

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ

**Материалы II Всероссийской с международным участием
заочной научно-практической конференции**

Санкт-Петербург
2015

Качество жизни и здоровье населения: электронный сборник материалов II Всероссийской с международным участием заочной научно-практической конференции/ под редакцией з.д.н. РФ, проф. В.С. Лучкевича. – СПб., 2015. – 352 с.

В конференции приняли участие сотрудники следующих высших медицинских учебных заведений и медицинских организаций: Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; Академия управления при Президенте Республики Беларусь, Минск; АУ Чувашии «Институт усовершенствования врачей», Чебоксары; Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко; Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск; Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк; Ивановский НИИ МиД им. В.Н. Городкова; Курский государственный медицинский университет; Нижегородская государственная медицинская академия; НИИ экспериментальной медицины, Санкт-Петербург; Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва; Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова, Санкт-Петербург; Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера; РНИИТО им. Р.Р. Вредена, Санкт-Петербург; Рязанский государственный медицинский университет; Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет; Санкт-Петербургский государственный университет аэрокосмического приборостроения; Ивангородский гуманитарно-технический институт, Ленинградская область, г. Ивангород; СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 107», Санкт-Петербург; СПб ГБУЗ Медицинский информационно-аналитический центр, Санкт-Петербург; Ставропольский государственный медицинский университет; Тверская государственная медицинская академия; Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, г. Челябинск



Содержание

Предисловие	8
ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ КОМПЕТЕНЦИЙ КАК ОСНОВА ОПТИМИЗАЦИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ	9
Лучкевич В.С.	9
ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА ЖЕНЩИН КАК ОДИН ИЗ АСПЕКТОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ.....	13
Абдулаева З.И.	13
ОСОБЕННОСТИ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ.....	24
Авдеева М.В., Лучкевич В.С., Самодова И.Л.	24
ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПОВ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ С ПРОЦЕССАМИ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ	27
Андреевская М.В., Бенкен А.А., Терехов А.Ю.	27
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ	28
Асеев А.В.	28
АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ	35
Баженова Л.Н., Штефан О.А.	35
ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ И САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШИХ И СРЕДНИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ	40
Баймаков Е.А., Мишкич И.А.	40
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МОРФОМЕТРИИ МАТОЧНЫХ ТРУБ	46
Баландина И.А., Некрасова Л.В., Кобаидзе Е.Г., Токарева Д.А., Некрасова А.М., Гурянова Б.К., Махмудова С.Э.	46
ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ: ФАКТОРЫ РИСКА, ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ	47
Батрак Н.В., Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю.	47
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	54
Безуглова Е.И., Лунева Ю.В., Филиппенко Н.Г., Поветкин С.В., Корнилов А.А.	54
ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ	56
Белова С.А.	56
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ	66
Белова С.А.	66
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	74
Барышникова Н.В. ^{1,2} , Белоусова Л.Н. ³ , Петренко В.В. ³ , Оганезова И.А. ³	74
НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ К АНАЛИЗУ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ.....	81
Богданов Р.Н., Глубоковский К.С., Лихтшангоф А.З.	81
АНАЛИЗ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	84
Варнавская Е.В.	84



КАЧЕСТВО РАННЕГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ РАННЕГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА	86
Василенко Т.Д., Воробьева М.Е.....	86
АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, НА ТЕРРИТОРИИ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ.....	90
Гололобова Е.А., Исаенко Т.П., Пашина И.В.	90
ПОКАЗАТЕЛЬ «ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ГОДЫ ПОТЕРЯННОЙ ЖИЗНИ» КАК ИЗМЕРИТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РАБОТАЮЩИХ НА СОВРЕМЕННОМ МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОМ ПРОИЗВОДСТВЕ.....	92
Давыдов Д.М.....	92
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	94
Дремина Т.Ф.	94
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	97
Дубовая А.В.	97
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНЕ С ГРАДООБРАЗУЮЩИМИ ПРЕДПРИЯТИЯМИ	106
Дуннен А.А., Скворцова Е.А., Захаров А.П., Нехорошев А.С.....	106
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.....	109
Еремин Г.Б., Мозжухина Н.А., Никонов В.А., Долгая Е.А.	109
ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	113
Ерёмина З.Н.	113
ВЛИЯНИЕ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ МОЗГА НА ПРОЦЕССЫ АДАПТАЦИИ И ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА.....	116
Ермина М.Ю., Ревенков В.А.	116
ОБОСНОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И НАРУШЕННОМ МИКРОБИОЦЕНОЗЕ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ.....	117
Закревский В.В., Копчак Д.В.	117
О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ.....	120
Зеленская Т.М., Яковлева Ю.С., Куцкая А.О., Галушка М.Ю.....	120
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМИРОВАННОСТИ	124
Зелионко А.В.	124
КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ КАК ФАКТОРА ПРИНЯТИЯ НОВОЙ МАТЕРИНСКОЙ РОЛИ.....	135
Земзюлина И.Н.....	135
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТА.....	140
Золотухина Д.И., Сазанов Г.В.	140
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ЧЕЛЯБИНСКА	142
Зорина И.Г.	142
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПИТАНИЯ И УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ.	148
Ильясова И.А., 250 гр. ЛФ, Ильясова З.И., 250 гр. ЛФ, Гладышева А.М., 250 гр. ЛФ, Андреевская М.В.	148
МОБИЛЬНОСТЬ КАК КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ИНВАЛИДОВ, СТРАДАЮЩИХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	150
Каличава А.Ш.	150



СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ	154
Ким А.В.	154
ИЗУЧЕНИЕ ВАРИАТИВНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОБЛАСТИ ШЕИ МЕТОДОМ ПРЕПАРИРОВАНИЯ.....	156
Киршина А.В., Некрасова Л.В.	156
АКТУАЛЬНОСТЬ ТРАДИЦИЙ И МЕЖВУЗОВСКОЙ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ	157
Киршина А.В., Некрасова Л.В.	157
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ	160
Коновал А.И., Пивоварова Г.М., Морозько П.Н., Короленко М. С., Харди- ков М. А., Копа Д. С., Соколов А. М.	160
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ	168
Кононов В.А., Явдошенко Е.О.	168
ШУМ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ ПРОЖИВАЮЩЕГО ВДОЛЬ АВТОМАГИСТРАЛЕЙ.....	171
Кордюков Н.М., Кордюкова Л.В., Кузнецова Е.Б.	171
ГИПНОЗ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ГИПНАБЕЛЬНОСТИ И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ II КУРСА СЗГМУ ИМ. И. И. МЕЧНИКОВА	178
Котлова К. Д., Шевцова М.А.	178
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ.....	179
Кочегарова И.М.	179
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ АДАПТАЦИОННЫХ СТРАТЕГИЙ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	181
Кузьмин В. П.	181
ВЛИЯНИЕ МАССОВОЙ КУЛЬТУРЫ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ	187
Кукконен Е.В.	187
К ВОПРОСУ О СТРУКТУРИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЕСОХРАНЯЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ.....	192
Кулемзина Т.В., Красножон С.В., Криволап Н.В.	192
ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ.....	196
Лихтшангоф А.З., Глубоковский К.С., Богданов Р.Н., Печникова П.А.	196
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ.....	198
Мазур О.Н., Мазур З.М., Филатов В.Н., Мазур О.З.	198
АДАПТАЦИЯ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПОТРЕБНОСТЕЙ У СТУДЕНТОВ ВТОРОГО КУРСА	201
Макеева В.И. ¹ , Пунченко О.Е. ²	201
МОДЕЛИРОВАНИЕ КАК МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ	205
Малова А.Г., Мехтиева Н.И., Перова С.В., Некрасова Л.В., Некрасова А.М.	205
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТЬ В РОССИИ КАК ФАКТОР УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СОЦИАЛЬНО НЕ ЗАЩИЩЕННЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ	206
Маркова Т.И., Хомутова Н.Н.	206
КАЧЕСТВО ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ – КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.....	213
Мелешков И.П., Мелешкова И.В.	213
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНТОВ.....	219
Морозько П.Н., Пивоварова Г.М.	219



АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ И ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА.....	222
Мухаметова Э.Р., Некрасова Л.В., Кадыралиев Б.К.....	222
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕНТГЕН-АНАТОМИЧЕСКИХ ОТДЕЛОВ COLON	224
Некрасова Л.В., Зацепурина А.В.....	224
ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ	226
Оганезова И.А. ¹ , Белоусова Л.Н. ¹ , Барышникова Н.В. ²	226
ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ОТДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ	234
Павлова А.Н., Шакиров А.М., Кадыскина Е.Н.....	234
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	239
Панёнков А.Н., Черненко Е.Н.....	239
АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ.....	241
Петрова Т.Н., Красноруцкая О.Н.....	241
ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ	251
Пивоварова Г.М., Морозько П.Н., Копа Д.С.,	251
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ	267
Плохих Н.И.....	267
СУБЪЕКТИВНОЕ ОЩУЩЕНИЕ ЛЕНИ КАК КОНФЛИКТА САМОРЕГУЛЯЦИИ ЛИЧНОСТИ И ПОКАЗАТЕЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ.....	269
Пунченко О.Е. ¹ , Иванова К.Н. ² , Марусий А.В. ² , Ухова С.Н. ²	269
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ ВТОРОГО КУРСА И ОТЧИСЛЕННЫХ	272
Пунченко О.Е. ¹ , Гуртовая А.Л. ² , Сотникова А.С. ² , Машоха И.С. ²	272
ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	273
Самсонова Т.В., Абумуслимова Е.А., Самодова И.Л.....	273
МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ПО ВОПРОСАМ ПОЛОВОГО ВОСПИТАНИЯ КАК ОСНОВА СОЗДАНИЯ ПРОГРАММЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ	278
Саранюк Р. В.	278
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ НАРУШЕННОЙ БИОМЕХАНИКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БИСФОСФОНАТНЫМИ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ	282
Слетов А.А. ¹ , Сирак С.В. ¹ , Салтовец М.В. ² , Колесникова М.Г. ¹	282
КАЧЕСТВО ТРУДА КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ	286
Смола Н.В., Шматко А.Д.....	286
ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА г. ЧЕБОКСАРЫ.....	292
Стекольщиков Л.В.....	292
НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ИНВАЛИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	299
Тимончик К.В., Щетко И.И.....	299



ПОЗИЦИЯ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ВОПРОСАМ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В СРЕДИ МОЛОДЕЖИ.....	303
Тимошилов В.И., Сидоров Г.А., Очаковский А.С., Казаченко Ю.И.	303
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ АМПУТАЦИЯХ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	306
Ткаченко А.Н. ^{1,2} , Мовчан К.Н. ¹ , Бахтин М.Ю. ¹ , Жарков А.В. ¹ , Петрова И.В. ²	306
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ЛЕЧЕБНО-РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ.....	312
Тягунов Д., Лучкевич В.С., Авдеева М.В., Самодова И.Л.	312
КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ОЦЕНКИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НА ЦИКЛАХ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	314
Филатов В.Н., Ризаханова О.А., Мазур З.М.	314
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМООПРЕДЕЛЕНИЕ УЧАЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ «ЮНЫЙ МЕДИК».....	316
Филиппова Е.А., Еремченко Н.В., Некрасова Л.В.	316
К ВОПРОСУ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОПАСНОСТИ.....	317
Фридман К.Б., Крюкова Т.В., Магомедов Х.К., Романцова В.Л.	317
ПРОБЛЕМА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ В СОВЕТСКОМ СОЮЗЕ И СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ	321
Хомутова Н.Н., Маркова Т.И.	321
БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА: НОРМА И ПАТОЛОГИЯ.....	328
Черная Ю.В. 231 гр. ЛФ, Андреевская М.В.	328
ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ В ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	330
Черный А.Ж. ^{1,2} , Лихтшангофа.З ³	330
К СОЦИОЛОГИЧЕСКОМУ ПОРТРЕТУ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	334
Черный А.Ж.	334
СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС КАК СПОСОБ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГЛАУКОМОЙ.....	340
Шилова М. А., Говязина Т.Н., Соловьева Л. И	340
МАТЕМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА	342
Шматко А.Д.	342
ОПТИМИЗАЦИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ КАК УСЛОВИЕ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ	347
Якубова И.Ш. ¹ , Поляшова А.С. ²	347



Предисловие

Одной из стратегических целей развития России является повышение качества жизни населения. Концепция исследования качества жизни является важной составляющей стратегии развития отечественного здравоохранения на период до 2020 года. К одному из принципиальных положений концепции относится постулат о необходимости разработки интегрированного критерия для оценки состояния основных видов функционирования человека.

С нашей точки зрения понятие «качество жизни, связанное со здоровьем – это интегральная, индивидуальная, субъективная характеристика удовлетворенности условиями жизнедеятельности и среды обитания, клинико-функциональных состояний и адаптационных возможностей организма, позволяющая оценить в динамике показатели социального, гигиенического, физического, психо-эмоционального и экономического благополучия, качество и эффективность медико-оздоровительных услуг».

Концепция, базирующаяся на принципах такой методологии, позволяет осуществлять важнейший принцип лечебного процесса: лечить не болезнь, а больного, с учетом его особенностей образа жизни и возможности выполнения основных видов функционирования.

Для реализации в России новой концепции здоровьесберегающей медицины, необходимо проводить исследования по изучению медицинской информированности населения с реализацией комплексных медико-образовательных и оздоровительных программ. Выявление особенностей социально-гигиенического функционирования (как важнейшей шкалы качества жизни) целесообразно проводить по апробированным методикам оперативной скрининг-диагностики с выявлением влияния факторов риска образа жизни и окружающей среды на формирование донозологических состояний и заболеваний.

В последние годы значительно увеличилось число научных коллективов, выполняющих научные клинические исследования по анализу качества жизни как самостоятельно, так и в плане комплексной деятельности в рамках научного академического центра качества жизни.

Хотелось пожелать, чтобы наша совместная деятельность была направлена на приоритетность профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, использование высокотехнологичных современных клинико-диагностических методов, качественного и эффективного лечения и ухода за больными в развитии и реализации концепции здоровьесберегающей медицины и улучшении качества жизни.

С уважением,

В.С. Лучкевич – заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения 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.





ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ КОМПЕТЕНЦИЙ КАК ОСНОВА ОПТИМИЗАЦИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Лучкевич В.С.

СЗГМУ имени И.И. Мечникова, кафедре общественного здоровья и здравоохранения
Санкт-Петербург

Медицинская информированность и грамотность в сфере здоровья являются важными и неотъемлемыми условиями сохранения и укрепления здоровья [1]. До настоящего времени уровень медицинской грамотности населения остаётся малоизученным. В одних исследованиях констатируется явно недостаточная информированность населения по медицинским вопросам, а в других, напротив, демонстрируется хорошая информированность и санитарная грамотность респондентов, хорошие и удовлетворительные знания, высокий уровень подготовленности населения [1,2,5]. До конца неясными остаются медико-социальные причины невысокой медицинской грамотности населения. Одни научные работы показывают, что недостаточный уровень медицинской грамотности населения обусловлен несовершенством системы профилактики на уровне первичного звена здравоохранения [5]. В других научных работах доказывается, что невысокий уровень медицинской грамотности населения обусловлен недостаточным качеством жизни и неудовлетворительными условиями жизнеобеспечения [3]. В современном российском законодательстве в сфере здравоохранения профилактика и здоровый образ жизни рассматриваются в совокупности как фактор обеспечения здоровья населения [3,4]. Это обуславливает необходимость научного обоснования системных мероприятий по повышению уровня медицинской информированности, медико-социальной и профилактической активности.

Научной новизной данного исследования является то, что впервые классифицированы уровни, этапы и периоды формирования медицинских знаний, умений и навыков с учётом особенностей жизнедеятельности городских и сельских жителей; впервые определены этапы жизнедеятельности, требующие специально ориентированных знаний и умений, необходимых для коррекции и профилактики возможного воздействия факторов риска формирования органической патологии; впервые научно обоснованы системные организационно-профилактические мероприятия по укреплению здоровья и улучшению качества жизни на основе формирования единого компетентно-комплексного подхода к здоровьесбережению городских и сельских жителей.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 1150 жителей Санкт-Петербурга и 560 жителей Приозерского района Ленинградской области старше 18 лет. У каждого обследуемого жителя бралось информированное согласие на участие в медико-социологическом исследовании.

Медико-социологическое исследование проводилось по специально разработанной программе медико-социологического анализа медицинской информированности, профилактической деятельности, здоровья и качества жизни населения. Проведена процедура валидации программы исследования при помощи расчёта коэффициентов Фергюсона и α -Кронбаха.

Статистическая обработка полученных материалов проводилась при помощи программ Microsoft Excel (2010) и STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc, США). При анализе качественных данных использовались методы непараметрической статистики – U тест Манна-Уитни, ранговый дисперсионный анализ Краскела-Уоллиса. Оценка статистической связи между качественными данными проводилась при помощи



процедуры ранговой корреляции Спирмена (R). Также был использован однофакторный и многофакторный дисперсионный анализ. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05. Для разделения населения на группы по уровню медицинской информированности использовался кластерный анализ, метод К средних [6]. В качестве признаков, по которым происходило ранжирование на кластеры, использовались вопросы, касающиеся информированности о состоянии здоровья и факторах риска заболеваний, а также вопросы, оценивающие наличие компетентности в области условий и методов профилактики заболеваний, основных мероприятий и видов деятельности по укреплению собственного здоровья.

Результаты. Среди городских (66,3%) и сельских (87,9%) жителей преобладали женщины. В возрастной структуре горожан наибольший удельный вес принадлежит жителям 20-29 лет (55,3%). Около трети сельских жителей составили обследуемые 40-59 лет (27,9%), более трети – 20-29 лет (34,3%). Среди городских жителей преобладали лица, имеющие высшее (45,1%) или среднее специальное образование (44,9%). Более половины обследованных сельских жителей (57,1%) обладали средним специальным образованием, 42,1% – высшим образованием.

При помощи кластерного анализа городские и сельские жители были разделены на группы по уровню медицинской информированности. Менее чем у половины городских жителей имелся высокий уровень медицинской информированности (46,1%), у 36,1% – средний, а у 17,8% – низкий уровень медицинской информированности. Более чем треть сельских жителей обладали высоким уровнем (37,1%), 33,6% – средним, 29,3% – низким уровнем медицинской информированности.

Ранговый дисперсионный анализ Краскела-Уоллиса показал, что на уровень медицинской информированности оказывают влияние такие факторы, как возраст, пол и уровень образования. Женщины по сравнению с мужчинами оказались более грамотны в вопросах медицинской информированности ($H=5,004$; $p=0,0253$). Также более информированными об основах здоровьесбережения оказались и лица в возрасте 20-29 лет по сравнению с другими возрастными категориями ($H=13,408$; $p=0,0198$), а также контингент лиц, имеющих высшее образование ($H=15,316$; $p=0,0005$).

Лица с высоким уровнем медицинской информированности обладали всесторонними знаниями о состоянии своего здоровья, имели личностное представление о значимости регулярного медицинского обследования, обладали достаточным уровнем знаний о методах и средствах первичной профилактики, основных мероприятия по поддержанию здорового образа жизни. Напротив, лица с низким уровнем медицинской информированности обладали меньшим объемом медицинских знаний, умений и навыков, в большинстве случаев не имели представления о состоянии своего здоровья, в основном не проходили регулярное медицинское обследование, практически ничего не знали о факторах, влияющих на здоровье, а также имели низкий уровень знаний о методах и средствах первичной профилактики.

Объем знаний сельских жителей в сфере здорового образа жизни выше, чем степень грамотности в вопросах личной гигиены и санитарии. В то же время степень грамотности горожан в вопросах личной гигиены и санитарии выше, чем степень компетентности в сфере здорового образа жизни. При этом, несмотря на высокий уровень медицинских знаний о методах и средствах первичной профилактики, а также высокую степень компетентности в вопросах здорового образа жизни,



городские и сельские жители недостаточно привержены ведению здорового образа жизни и нерегулярно проходят медицинское обследование.

Большинство городских жителей (64,7%) оценили состояние своего здоровья как «хорошее» и «очень хорошее»; 23,3% – как «посредственное» и «плохое» и только 12,0% - как «отличное». При этом горожане с более низким уровнем медицинской информированности хуже оценивают свое здоровье ($R=0,1$ при $p=0,03$). Более половины сельских жителей оценили состояние своего здоровья как «удовлетворительное» (53,6%), 35,7% как «хорошее», 7,9% как «отличное» и 2,8% как «плохое». При этом достоверных различий в субъективной оценке здоровья в зависимости от уровня медицинской информированности выявлено не было ($p>0,05$).

По данным медико-социологического опроса более половины горожан (58,8%) и сельских жителей (61,3%) имеют различные хронические заболевания. Среди лиц с низким уровнем медицинской информированности зафиксирована более высокая заболеваемость по сравнению с жителями с высоким уровнем ($p<0,05$). Также среди городских ($R=-0,13$ при $p=0,004$) и сельских ($R=-0,23$, $p=0,0001$) жителей наблюдается слабая, но достоверная обратная корреляция между уровнем медицинской информированности и наличием, а также длительностью хронического заболевания. Таким образом, жители, обладающие низким уровнем медицинской грамотности, чаще и дольше страдают хроническими заболеваниями.

Также было выявлено, что лица с высоким уровнем медицинской информированности обладают более благоприятными характеристиками по всем видам жизнедеятельности и социально-гигиенического функционирования, чем менее информированные ($p<0,05$).

Был проведен анализ этапов формирования медицинской информированности городского и сельского населения. Проанализированы объем медицинских знаний и особенности здоровьесберегающего поведения, определена значимость субъектов медико-информационного воздействия.

В процессе исследования было выявлено, что среди лиц с низким уровнем медицинской информированности больше удельный вес жителей, не интересующихся никакой информацией и не пополняющих свои знания о медицине и здоровье. Первые знания и опыт соблюдения правил санитарной гигиены городские (86,4%) и сельские (95,2%) жители получили от родителей, что привело к высокой приверженности к санитарно-гигиеническому уходу за собой в домашних условиях (соответственно: 83,8%, 88,4%). Более раннее формирование знаний о своем здоровье отмечается у жителей с высоким уровнем медицинской информированности по сравнению с жителями с низким уровнем.

Выводы.

1. Первичные медицинские знания, навыки и умения в основном прививаются родителями. В формировании базового уровня медицинских знаний, навыков и умений по здоровьесбережению приоритетная роль принадлежит педагогам среднего, средне-специального и высшего звена образовательной системы. В процессе активной профессионально-трудовой деятельности возможно приобретение дополнительных медицинских знаний и практических навыков здоровьесбережения.

2. Уровень медицинской информированности населения определяется такими приоритетными факторами, как пол, возраст и уровень образования, что крайне важно учитывать при составлении образовательных программ медико-информационного профиля.

3. Уровень медицинской информированности непосредственно влияет на



показатели здоровья и качество жизни городского и сельского населения, что определяет потребность населения в получении более высокого уровня знаний, навыков и умений по индивидуальному здоровьесбережению.

4. У горожан выявлен дефицит знаний о принципах здорового образа жизни, что свидетельствует о необходимости более активной пропагандистско-просветительской деятельности в сфере первичной профилактики. У сельских жителей, особенно со средним и низким уровнем медицинской информированности выявлена низкая степень грамотности в вопросах личной гигиены и санитарии.

4. Уровень медицинской информированности горожан в вопросах личной гигиены и санитарии выше, чем уровень компетентности о здоровом образе жизни. Объем знаний сельских жителей в сфере здорового образа жизни выше, чем уровень медицинской информированности в вопросах личной гигиены и санитарии. Наличие высокого уровня знаний о методах и средствах первичной профилактики среди населения, а также высокая степень информированности о принципах здорового образа жизни не всегда способствуют абсолютной приверженности к заботе о собственном здоровье.

5. Недостаточная медицинская информированность и неудовлетворительная приверженность к здоровьесбережению иницируют риск ухудшения здоровья и качества жизни городских и сельских жителей, что свидетельствует о приоритетной значимости информационно-образовательного воздействия медицинских работников в процессе формирования медицинских знаний, начиная от периода дошкольного образования и заканчивая периодом охраны здоровья во время активной профессионально-трудовой деятельности.

Список литературы:

1. Авдеева, М.В. Актуальность совершенствования профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи / М.В. Авдеева, Ю.В. Лобзин, В.С. Лучкевич // Врач. 2013. № 11. С. 83-85.

2. Зелионко, А.В. Медицинская информированность как ключевая компетенция при формировании здорового образа жизни у городских жителей / А.В. Зелионко // Международный научно-исследовательский журнал. 2014. Т.21. № 2-3. С. 71-73.

3. Лучкевич, В.С. Качество жизни как объект системного исследования и интегральный критерий здоровья и эффективности медико-профилактических и лечебно-реабилитационных программ / В.С. Лучкевич. – СПб: Изд-во СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2011. 87 с.

4. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5. Шильникова, Н.Ф. Анализ социальной удовлетворенности населения амбулаторно-поликлинической помощью / Н.Ф. Шильникова, О.В. Ходакова, И.В. Богатова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. №1. С. 40-42.

6. Юнкеров, В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев, М.В. Резванцев. - СПб.: ВМедА, 2011. 318 с.



ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА ЖЕНЩИН КАК ОДИН ИЗ АСПЕКТОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Абдулаева З.И.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра медицинской информатики и физики,
Санкт-Петербург

Качество жизни и здоровья населения в существенной степени обусловлено положением женщины в современном обществе. В данной статье проведён анализ заработной платы женщин, как одной из важных составляющих индекса материального уровня жизни, при оценке качества жизни населения различных стран.

Введение. Итак, при оценке качества жизни принимаются во внимание разные сферы жизнедеятельности человека, такие как физическая, психологическая, социальная, экономическая, духовная и др.[4].

В рамках международных исследований качества жизни населения были предложены различные подходы и индикаторы его оценки. К числу наиболее часто используемых показателей качества жизни относится:

1. Индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП),
2. Индекс качества жизни в городах мира, рассчитываемый ежегодно транснациональной консалтинговой группой Mercer Human Resource Consulting, результаты которого используются, в целях планирования и оценки качества жизни в тех или иных регионах мира, международными компаниями и государственными ведомствами.
3. Индекс качества жизни населения, разработанный специалистами компании Economist Intelligent Unit, основан на методологии сочетающей результаты обследований по субъективной удовлетворенности жизнью населения с объективными детерминантами качества жизни в различных странах.
4. Индекс качества жизни «Better Life Index», рассчитываемый Организацией экономического сотрудничества и развития.

Субъективную оценку качества жизни можно также измерить при помощи социологических опросов. Для этого используется широкий набор социологических инструментов.

Все перечисленные выше индексы имеют различные показатели, по которым производится оценка, при этом экономические показатели всегда идут на первых местах, например ВВП на душу населения. В субъективных показателях качества жизни населения также на главенствующем месте находится индекс материального уровня жизни, от которого во многом зависят и все другие уровни, в т.ч. и уровень здоровья населения, отображаемый, к примеру, индексом доступности медицинской помощи.

Таким образом, можно говорить о том, что важнейшей составляющей уровня жизни выступают доходы населения, или если выразиться проще - зарплата.

Главной функцией зарплаты согласно [1], является обеспечение воспроизводства рабочей силы, иными словами поддержание, и улучшение условий жизни работника, который должен иметь возможность нормально жить (платить за квартиру, пищу, одежду, лекарства, медицину и др.), у которого должна быть реальная возможность отдохнуть от работы (релаксироваться), чтобы восстанавливать силы, необходимые для работы. Также работник должен иметь возможность растить и воспитывать детей, будущие трудовые ресурсы.

Теперь, когда мы разобрались с тем, что такое зарплата и какую роль она играет в оценке качества жизни и здоровья населения, сузим вопрос до обозначенного в



названии статьи, и проведём сравнительный анализ заработной платы с учётом гендерного признака.

Гендерная эгалитарность. «Женщины не могут достичь значительных успехов в естественных науках и математике из-за существенного генетического отличия от мужчин, а не из-за социального неравенства. В частности, основной причиной, по которой женщины не занимают высоких постов, является то, что они не желают много работать, поскольку постоянно думают о детях». Это не цитата из речи Шейха аш-Шаарави, как Вы могли бы подумать вначале, а профессора экономики Гарвардского университета, бывшего министра финансов США Ларри Саммерса (Larry Summers), произнесённая 18.01.2005 г. на экономической конференции» (по сообщению газеты The Independent). Потом он, конечно, извинился, но слово, как говорится, не воробей...

Впрочем, Гарвард всегда любил дискутировать на эту тему: «У девушек, посещающих колледж, мозг становится больше и тяжелее. Кровь таким образом приливает к мозгу и отливает от матки, в результате чего женщина может стать бесплодной». Об этом писал в 1873 году гарвардский профессор Эдвард Кларк в своей работе «Пол в образовании» [8].

Ну и если мы коснулись ислама, то приведём слова того самого Аш-Шейха: «Требовать полного и абсолютного равенства между мужчиной и женщиной – невозможно из-за психологических, умственных и физических различий между ними».

Одним словом, затрагивая тему зарплаты женщин, следует рассматривать его в контексте гендерных прав. Которые начинаются со слова «феминизм».

Можно отметить только главные достижения феминизма, за последние примерно 150 лет, которые прямо или косвенно влияют на труд и уровень зарплаты современных женщин. Если Вы женщина, то Вы можете смело сказать спасибо феминизму если:

- Вы можете голосовать;
- Вы получаете столько же, сколько мужчины за такую же работу;
- Вы получили высшее образование, а не закончили только школу, когда Ваши братья поступили в колледж, потому что «все равно выйдете замуж»;
- Вы можете претендовать на любую профессию, а не только на «женскую»;
- Вы занимаетесь командным спортом;
- Вы можете надеть брюки и не будете отлучены от церкви или вынуждены уехать из города;
- Вы основали собственный бизнес и можете получить ссуду, используя только свое имя и кредитную историю;
- Вас привлекли к суду, и вам разрешено свидетельствовать в свою защиту;
- Вы владеете собственностью, которая принадлежит только Вам;
- у Вас есть право на собственную зарплату, даже если у Вас есть муж или близкий родственник-мужчина;
- Вы добились опеки над своими детьми в результате бракоразводного процесса;
- Вы можете получить диплом университета вместо справки о его окончании;
- у Вас есть право читать все книги по вашему усмотрению;
- Вы можете воспринимать себя как полноценного, взрослого человека, а не полу-ребенка, которого контролирует мужчина.

На сегодняшний день существует не мало международных документов, касающихся прав женщин, важное место среди них занимают Конвенции и



Рекомендации специализированного международного органа – Международный Организации Труда (МОТ). Природа Конвенций и Рекомендаций МОТ иная, чем у Конвенций и Деклараций ООН. Главное различие – государства-участники лишь **обязуются придерживаться** закрепленной в ратифицированной Конвенции политической линии. Главной Конвенцией МОТ, посвященной защите прав трудящихся женщин, можно считать Конвенцию 100 – «О равном вознаграждении мужчин и женщин за труд равной ценности» [3]. Она была принята МОТ 29 июня 1951 года и ратифицирована СССР 4 апреля 1956 года. Россией вообще ратифицирована подавляющая часть Конвенций МОТ о труде женщин, но не все (например, Конвенция 89 или Конвенция 117).

К сожалению, в ст. 3 этой же Конвенции оговорено, что «разница в ставках вознаграждения, которая соответствует независимо от пола разнице, вытекающей из объективной оценки исполняемой работы, не рассматривается как противоречащая принципу равного вознаграждения мужчин и женщин». Эта оговорка позволяет оставить решение вопроса о методе объективности оценки выполненной работы на усмотрение компетентных властей того или иного государства.

Как итог, возвращаемся к уже установленному ранее факту – практически во всех государствах присутствует гендерное разделение профессий, и как следствие их оплаты.

К сожалению, вывод, к которому приходит МОТ в одном из опубликованных отчетов, крайне неутешителен для женщин. На фоне общего увеличения в мире числа работающих по найму женщин в 2/3 промышленно развитых стран уровень безработицы среди женщин на 50-100% выше, чем среди мужчин. В развивающихся странах женщины составляют значительную часть рабочей силы в неформальном секторе, отличающемся низкой оплатой труда и отсутствием контроля за его условиями. Проведенное МОТ исследование рынка труда также свидетельствует о широкой дискриминации женщин. Рабочий день у них больше, а зарплата меньше, чем у мужчин. В среднем женщины получают от 50 до 80% заработка мужчин, исключение составляет Швеция – 91%.

Зависимость между уровнем экономического развития страны и средней заработной платой. В первую очередь разделим уровень заработных плат по степени социально-экономического развития стран, коих мы имеем 3 типа: развитые страны; страны с переходной экономикой; развивающиеся страны.

Различие в данных странах – это в первую очередь ВВП на душу населения.

Данные по ВВП на душу населения по типам экономического развития стран представлены на рисунке 1.

С большим отрывом по ВВП на душу населения (в тыс. \$) идут страны Катар (145,3 \$) и Лихтенштейн (122,1 \$). На третьем месте Люксембург (81,8 \$). Гистограмма показана на рисунке 2. Выборку ВВП на душу населения по странам с переходной экономикой, представлены на рисунке 2. Россия в данной статистике занимает 72 место (15,9 \$). Последние три 228, 229 и 230 места занимают Зимбабве (0,400 \$), Бурунди (0,300 \$) и Республика Конго (0,300 \$).



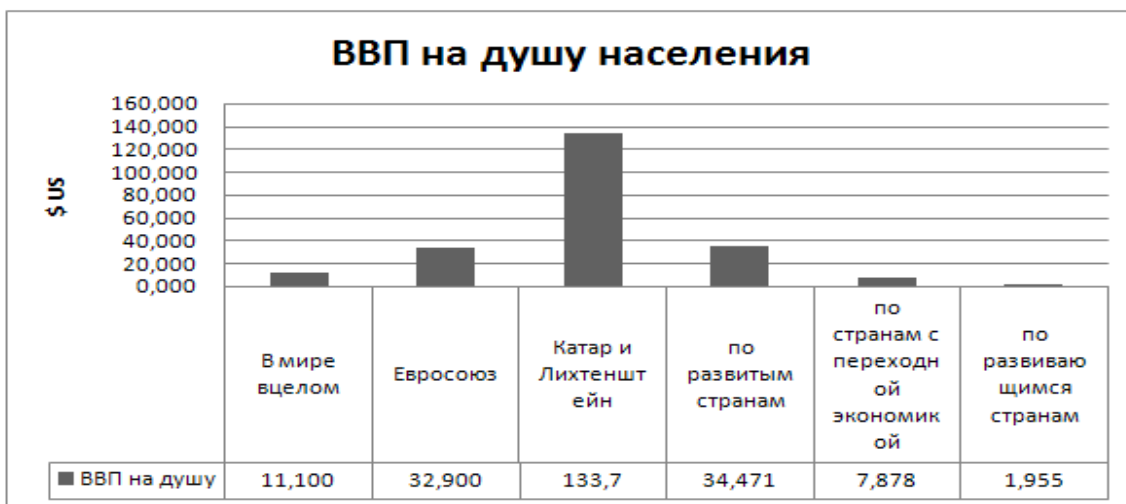


Рис. 1. ВВП на душу населения



Рис. 2. ВВП на душу населения в странах с переходной экономикой

Зарботная плата по странам мира также различна. Уровень средних зарплат представлен на рисунке 3.

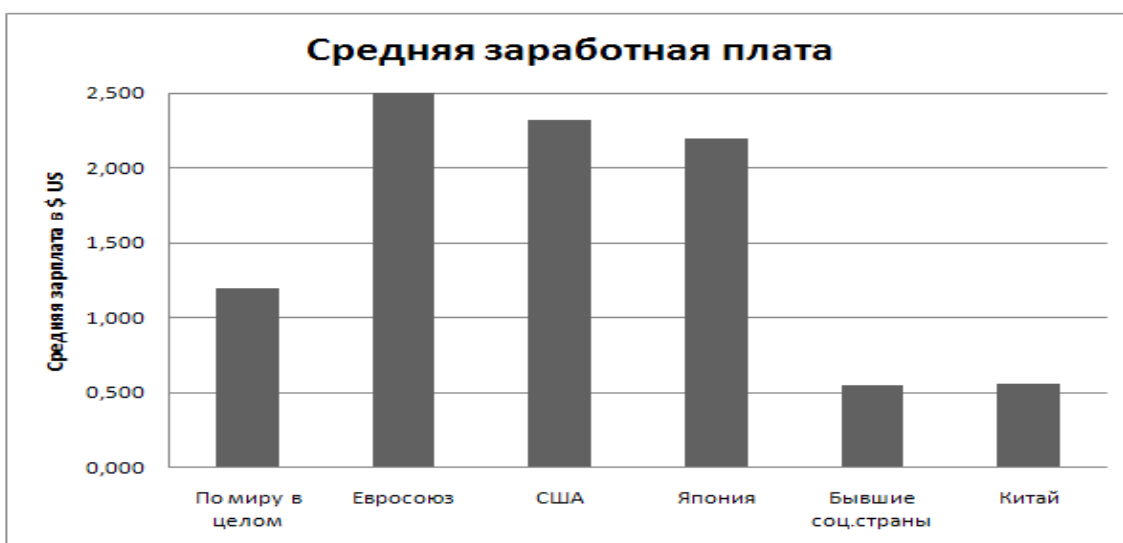


Рис. 3. Средняя зарплата в мире (в долларах США)



При этом не следует забывать о том, что в статистике предоставлены данные без учёта налоговых выплат. Т.е. брутто-зарплата. Налоговая ставка различна для всех стран. От 0% в Саудовской Аравии до 60,7% во Франции. При этом во многих странах налоги дифференцируются по величине дохода, в некоторых странах необлагаемой частью является некий минимум (в основном «прожиточный») и т.д. Между зарплатой и ВВП на душу населения существует тесная корреляция – **0,95**.

Некоторые страны выбиваются из общей тенденции, они имеют высокий уровень ВВП (Катар, Люксембург) и средний уровень по зарплатам, а для Ботсваны – заниженный уровень зарплат, но средний ВВП на душу населения для развивающихся стран. Рисунок 5 показывает корреляционную зависимость между заработной платой и ВВП на душу населения.

Можно смело утверждать, что чем более развита страна, и чем более развиты рыночные отношения, тем выше заработная плата и социальные условия. Но доля зарплатного выхода в ВВП на душу является примерно одинаковой для всех стран и составляет 58%.



Рис. 5. Зависимость заработной платы от ВВП на душу населения

Очевидно оставшиеся 42% – это чистая прибыль корпораций, которая оседает в виде нераспределённой прибыли в пассивах, а также те государственные накопления, которые были собраны в виде налогов и не были потрачены в виде бюджетных расходов, а осели в различных бюджетных и внебюджетных фондах, в том числе в золотовалютных резервах.

Факт очень высокой положительной корреляции двух факторов является примечательным и говорит о том, что экономические системы большинства стран мира примерно одинаково распределяют ВВП между потреблением и накоплением.

За счёт того, что все экономические субъекты отдельной страны находятся в рамках единого макроэкономического баланса, то стихийным образом, в ходе выравнивания спроса и предложения на продукцию этих экономических субъектов, осуществляется фиксация некоторых ключевых структурных пропорций, которые делают эту макроэкономическую систему устойчивой. Потому что, если доля потребления слишком высока, то экономические агенты лишаются инвестиционного потенциала для развития. Наоборот, если доля потребления слишком низка, то это приводит к деградации системы домашних хозяйств, к сжатию платежеспособного спроса – и тем самым оказывает негативное влияние на экономику.

Ситуация на рынке женской рабочей силы. Рассматривая ситуацию на рынке женской рабочей силы, необходимо, в первую очередь, обратиться к статистике. Так, общая мировая тенденция выглядит следующим образом [6]:

1. Занятость среди женщин во всем мире с 1990 по 2015 в среднем оставалась на уровне 52%, занятость среди мужчин за это же время упала с 81 до 77%.

2. Ни в одной стране мира женщины не зарабатывают в среднем больше мужчин.

Теперь рассмотрим приведённые выше данные более подробно.

По странам уровень занятости среди женщин различен. На рисунке 6 показана выборка по странам, отображающая процентное отношение работающих женщин (с 15 летнего возраста до пенсионного) к общему их числу. А на рисунке 7 показано соотношение занятости женщин и ВВП на душу населения.

Из графика (рис. 7) видно, что существуют четыре базовых кластера женской занятости, в зависимости от развитости страны и процентной занятости женщин в стране. Первый кластер – подавленная женская занятость; он характеризует страны с резко выраженными конфессиональными установками (мир ислама и Италия). Второй кластер – женская занятость в развивающихся странах и странах с переходной экономикой, где средняя женская занятость встречает низкую или среднюю зарплату. Победивший в этих странах протестантизм обеспечивает гендерное равенство. Третий кластер – женская занятость в развитых странах. Она средняя по доле, но оплачивается хорошо. Четвёртый кластер – кластер эксплуатации женского труда. Это, в основном, ряд стран Африки, где женщины низведены до положения рабынь – много работают, но мало получают.



Рис. 6. Уровень занятости женщин



Рис. 7. Зависимость женской занятости от ВВП на душу населения

На рисунке 8 рассматривается заработная плата женщин в возрасте 30-44 лет по сравнению с заработной платой мужчин в возрасте 30-44 лет для всех уровней образования.

Очень интересные данные в области заработной платы женщин, предоставили в Американском бюро статистики труда. Несмотря на то, что в стране разница между мужской и женской зарплатой примерно 30%, существуют и приятные исключения. В некоторых профессиях женщины добились превосходства.

Так, например, впервые в истории в США 16 женщин — гендиректоров концернов, входящих в индекс S&P 500, стали зарабатывать больше. По материалам агентства Bloomberg [2], средние доходы этих бизнес-леди на 43% превысили заработка директоров-мужчин. Данный пример является не последним исключением из правил. Существуют такие профессии из которых мужской пол был почти вытеснен. Например, профессия бухгалтера, ранее полностью «мужская» сейчас превратилась в чисто «женскую», за редким исключением (рис. 9).



Рис. 8. Зарплата женщин по сравнению с зарплатой мужчин



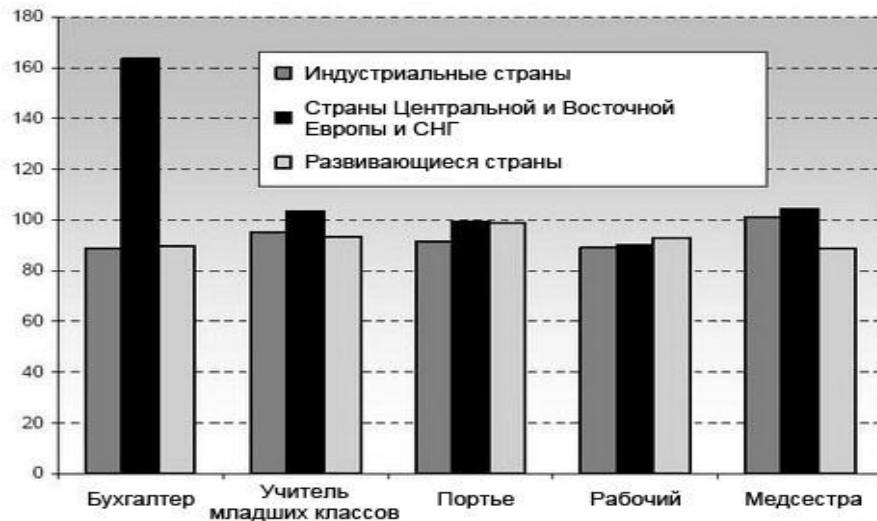


Рис. 9. Превышение «женской» зарплаты над «мужской» в некоторых областях деятельности

На таких «женских» должностях мужчины в среднем получают меньше женщин. Естественно список таких профессий крайне ограничен и не слишком престижен в мужском сообществе.

Но вернёмся к статистическим данным по США, где мы знаем, что феминизм достиг небывалых высот, при относительном гендерном равенстве. Необходимо отметить, что доходы здесь дифференцируются не только по половому признаку, но и по расовому различию (рис. 10).

Немаловажным фактором дохода является образование. Статистика показывает, что более высокие степени ведут к повышению средней заработной платы. Тем не менее, за полный рабочий день, мужчины зарабатывают больше, чем у женщин в каждой из категорий (табл.1).

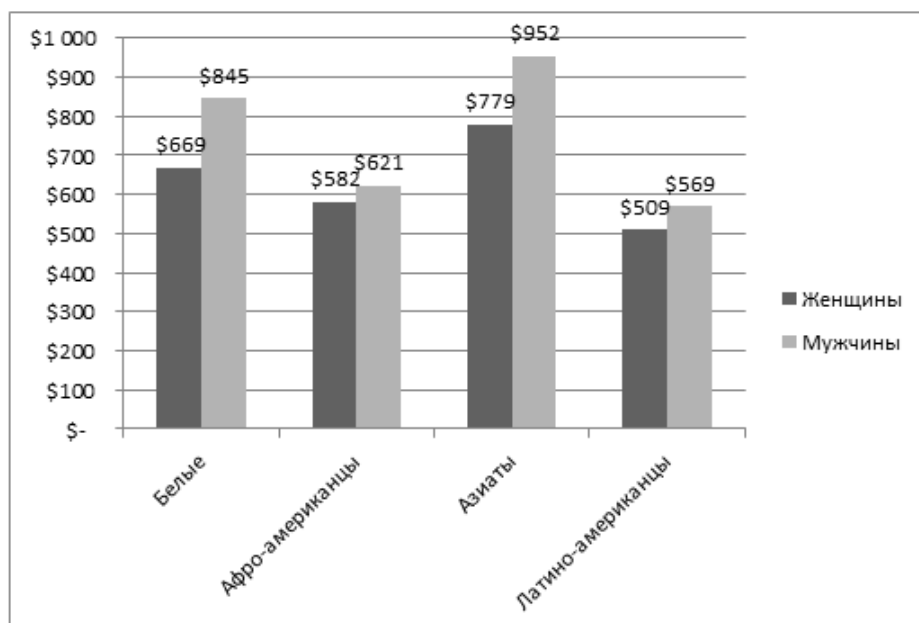


Рис. 10. Доходы женщин и мужчин в США в дифференциации по расовым признакам[2]



Различия в доходах между женщинами и мужчинами варьируется в зависимости от возраста, молодые женщины более тесно приближаются к равенству в оплате труда, чем пожилые женщины.

Таблица 1. Различия между зарплатой с учётом образования

Степень	Средний еженедельный доход женщин в \$ США	Средний недельный заработок мужчины в \$ США
Профессора	1 269	1 772
Доктора	1 243	1 754
Магистры	1 126	1 458
Бакалавры	891	1 200
Ассистенты	674	878
Выпускники высшей школы (не колледжа)	542	716

В таблице 2 представлен средний недельный заработок американских женщин при полном рабочем дне.

Таблица 2. Различия с учётом возраста

Возрастные группы	Женская зарплата в % от зарплаты мужчин
20-24	79,9%
25-34	77,7%
35-44	76,4%
45-54	73,6%
55-64	75,3%
65 +	76,1%

Степень различия уровня дохода мужчин и женщин в странах с развитой экономической системой, можно увидеть на примере Германии и Финляндии (табл.3, 4) [5].

Таблица 3. Данные по зарплатам в Германии

Отрасль экономики	Мужчины з/п в €	Женщины з/п в €
Энергообеспечение	4 259	3 480
Сектор финансовых и страховых услуг	4 871	3 442
Здравоохранение и социальный сектор	3 816	2 717
Перерабатывающая промышленность	3 655	2 702
Жилищное хозяйство	3 541	2 713
Прочие услуги	3 528	2 524
Образование и воспитание	3 343	2 995

Таблица 4. Данные по зарплате в Финляндии

Профессия	Мужчины з/п в €	Женщины з/п в €
Солдат	2 973	2 202
Управляющий директор и старшие должностные лица	4 482	3 320
Квалифицированные специалисты	3 367	2 747
Специалисты	2 781	2 175
Служащие, клерки	2 144	1 920
Служба продаж и средний медицинский персонал	2 086	1 741
Рабочие сельского и лесного хозяйства	1 664	1 544
Строительство, ремонт, производственный персонал	2 229	1 863
Работники транспорта	2 287	1 895
Другие сотрудники	1 951	1 608



Заключение

Возникает риторический вопрос, напрашивающийся сам собой. Почему женщины получают меньше, чем мужчины? Конкретного ответа на данный вопрос пока ещё не существует. Рассуждениями на данную тему занимается как мужская, так и женская половина, пытаюсь перетянуть одеяло на себя.

Главными причинами со стороны мужчин выдвигаются следующие гипотезы (исключаем конфессиональные, сионистско-заговорщицкие и прочие безумные объяснения):

- женщины-работницы обладают в среднем более низкой квалификацией, чем мужчины, а чем ниже квалификация, тем, соответственно, ниже ставки оплаты труда;
- у женщин занятость в среднем меньше, чем у мужчин; они чаще работают неполный рабочий день или прерывают стаж из-за домашних проблем, из-за необходимости ухода за детьми и т.п., ну а чем ниже занятость, тем меньше заработная плата;
- при приеме на работу женщины гораздо меньше и не столь настойчиво, как мужчины, «торгуются» по поводу размера зарплаты из-за боязни, что кандидатуру отклонят, ну а раз женщины слабее борются за свои финансовые интересы, то им и достаётся меньше;
- отдел HR (кадры) — в основном женщины, и они продвигают мужчин из личных симпатий.

Главная, и зачастую, единственная причина, которую видят женщины в сложившемся положении вещей – мужской шовинизм в руководстве предприятий и фирм.

Что касается «женской квалификации», то необходимо отметить, что в последние годы она растет гораздо более высокими темпами, чем мужская. Так среднее количество девушек в высших учебных заведениях по всем странам значительно превышает количество юношей, а превышение по учёным степеням видно из рисунка 11 [6].

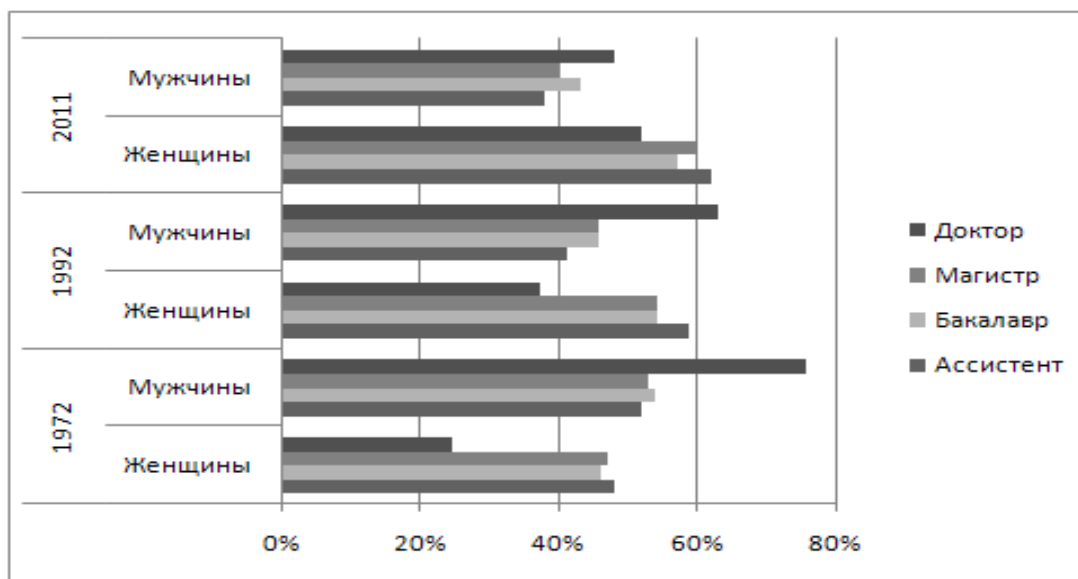


Рис. 11. Наличие учёных степеней с разделением по уровню образования



В мире существует большое количество нерешённых вопросов и противоречий в сфере оплаты труда женщин. На заработную плату женщин и их занятость влияют, прежде всего, следующие факторы: уровень развитости страны, конфессиональное давление, положение с правами человека. Можно также уверенно заявлять, что гендерное неравенство – это пережиток победившего патриархата, и этот уклад сохраняется уже несколько тысячелетий. Надежда на то, что с приходом эры Водолея гендерное равенство восстановится в полном объёме, а разделение ролей будет органичным и взаимовыгодным.

Нельзя не согласиться с утверждением немецкого исследователя Г. Шнорра, который пишет, что для исправления ситуации положения женщин в обществе, недостаточно формальных изменений в законодательстве – необходимы постепенные изменения всего подхода к социальной политике [9].

И хотя мировые тенденции по уравниванию прав женщин и мужчин идут на сближение, на сегодняшний день разрыв ещё слишком ощутим. Одно из последних исследований Лондонского института Chartered Management, показало, что труд мужчин и женщин будет оплачиваться одинаково лишь примерно через сорок лет. Таким образом, согласно прогнозам организации, женщины будут получать равные по сумме мужским вознаграждения за работу лишь к 2057 году. А их Лондонские коллеги из Школы экономики утверждают что, для того чтобы сравняться с мужчинами в вопросах дохода, женщинам понадобится вообще около 150 лет.

Литература

1. Жуков А.Л. Регулирование и организация оплаты труда: Учеб.пос. / А.Л. Жуков. – М.: МИК, 2003. -336 с.
2. Информационное агентство Bloomberg [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.bloomberg.com/> свободный. – Загл. с экрана. – Яз. англ. Дата обращения: 06.03.2015
3. Международное право. Конвенции [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www.conventions.ru/view_base.php?id=281 свободный. – Загл. с экрана. – Яз. рус. Дата обращения: 06.03.2015
4. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / А.А. Новик, Т. И. Ионова Под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко.— М.:ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007.— 320с.
5. Рыночная экономика и социальная роль государства. Коллективная монография. под ред. А.В. Воронцова и В.Н. Воловича – СПб: Изд-во «Северная звезда», 2014. – 374 стр. 267-293.
6. Статистическое подразделение ООН [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://unstats.un.org/unsd/default.htm> свободный. – Загл. с экрана. – Яз. англ. Дата обращения: 06.03.2015
7. Calvin Thomas, ed., «Introduction: Identification, Appropriation, Proliferation», Straight with a Twist: Queer Theory and the Subject of Heterosexuality, p.39n. University of Illinois Press (2000)
8. Clarke E. H. Sex in Education or, a Fair Chance for Girls / Wildside Press LLC, 2006 - 96 p.
9. Schnorr G. The Influence of ILO Standarts and Practic in the Federal Republic of Germany // ILR. 1974. Vol. 100. 6. P. 552.



ОСОБЕННОСТИ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ

Авдеева М.В., Лучкевич В.С., Самодова И.Л.

СЗГМУ имени И.И. Мечникова, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, Санкт-Петербург

Введение. В современном обществе высоко оценивается роль поведенческих факторов риска в формировании здорового образа жизни и предотвращении хронических неинфекционных заболеваний, которые на протяжении вот уже многих десятилетий представляют реальную угрозу социально-экономическому развитию нашей страны из-за высоких показателей смертности, заболеваемости и инвалидизации, особенно среди социально активного населения трудоспособного возраста [5]. В связи с этим проблемы организации охраны здоровья и пути совершенствования профилактической помощи населению остаются предметом исследования на протяжении вот уже многих десятилетий [2, 4, 8]. Факторы риска здоровью и их удельный вклад в развитие массовых неинфекционных заболеваний у населения РФ давно изучены и хорошо известны [9]. Согласно имеющимся данным развитие массовых неинфекционных заболеваний, прежде всего, обусловлено воздействием на организм социально обусловленных поведенческих факторов риска – табакокурения, злоупотребления алкоголем, низкой физической активности и нерационального питания [3].

В последнее десятилетие в России намечены социально ориентированные направления стратегического развития здравоохранения, определённые рядом федеральных нормативных и правовых документов, правительственных постановлений, и рекомендующих к активному продвижению наиболее современные и эффективные технологии общественного здоровьесбережения [6,7]. Назревшая потребность совершенствования организационно-профилактических мероприятий в системе первичной медико-санитарной помощи способствовала появлению новых структурных медицинских подразделений, специализирующихся на формировании у населения здорового образа жизни и системы жизненных ценностей, ориентированных на здоровьесбережение. Однако обращаемость населения с поведенческими факторами риска в Центры здоровья и медицинская эффективность индивидуального профилактического консультирования в преодолении социально обусловленных вредных привычек остаются не вполне изученными.

Цель исследования – изучение распространённости и структуры поведенческих факторов риска по данным обращаемости населения в Центры здоровья и анализ медицинской эффективности профилактического консультирования по формированию здорового образа жизни.

Материалы и методы. В условиях клинико-организационного эксперимента, проведённого на базе Центра здоровья Городской поликлиники №109 Санкт-Петербурга, по данным учётной формы №025-ЦЗ/у «Карта Центра здоровья» проанализирована распространённость и структура социально-поведенческих (курение, гиподинамия, нерациональное питание, злоупотребление алкоголем) факторов риска неинфекционных заболеваний у 2007 посетителей (средний возраст $53,4 \pm 3,5$ года).

Статистическая обработка данных проводилась в пакете прикладных программ STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc, США). Для оценки различий количественных признаков между 3-4 группами использовался факторный дисперсионный анализ



(ANOVA). Данные представлены в виде средних значений и стандартного отклонения. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Проведенное исследование показало, что большинству жителей Санкт-Петербурга свойственно биосоциальное поведение, ассоциированное с нездоровым образом жизни (80%). Из всех социально-поведенческих факторов риска нездорового образа жизни, среди посетителей Центра здоровья наиболее встречаемой оказалась гиподинамия (55,4%). Несколько реже по результатам скринингового анкетирования определялась нерациональность питания (51,9%). Вместе с тем среди посетителей Центра здоровья оказалось всего 18,9% курильщиков. Следует отметить, что обращаемость населения Санкт-Петербурга в Центр здоровья за медицинской помощью в отказе от злоупотребления алкоголем также оказалась крайне низкой. Всего 2,4% ($n=49$) от общего числа посетителей Центра здоровья сообщили, что с определённой периодичностью злоупотребляют алкоголем. У 39,5% обследованного в Центре здоровья населения наблюдалось сочетанное воздействие поведенческих факторов нездорового образа жизни на организм. В частности одиночный поведенческий фактор риска выявлен у 40,6% посетителей Центра здоровья; сочетание 2-х факторов нездорового образа жизни - у 31,1%; комбинация 3-х факторов риска - у 7,7%, а комбинация 4-х факторов риска встречалась - у 0,6% обратившихся за профилактической помощью. У горожан в структуре сочетанного воздействия факторов нездорового образа жизни наиболее часто встречалось нерациональное питание и гиподинамия (60,1%); курение, гиподинамия и нерациональное питание (17,2%), курение и гиподинамия (8,84%) курение и нерациональное питание (8,8%).

Факторный дисперсионный анализ выявил влияние индивидуальной образованности на интегральный профиль поведенческих факторов риска ($F= 8,76$ при $p < 0,001$). Удельный вклад уровня индивидуальной образованности в количественный профиль поведенческих факторов риска оценивается в пределах 0,8% (соответственно: $SS_j=13,8$; $\sum SS_j=1595,9$ при $p < 0,001$). В группе лиц с высшим образованием наблюдалось наименьшее количество поведенческих факторов нездорового образа жизни по сравнению с группами со средним и начальным уровнем образования (соответственно: $1,2 \pm 0,8$; $1,3 \pm 0,8$; $1,9 \pm 0,9$). При этом среднее количество зафиксированных поведенческих факторов риска в группе с высшим образованием оказалось достоверно ниже, чем в группах лиц со средним и начальным образовательным статусом (соответственно: $1,2 \pm 0,8$ vs $1,3 \pm 0,8$; $1,9 \pm 0,9$ при $p < 0,01$). Полученные данные отражают приоритеты общества к самосохранительному поведению в зависимости от уровня индивидуальной образованности.

С лицами, имеющими поведенческие факторы риска нездорового образа жизни, проводилась индивидуальная разъяснительная беседа с информированием о принципах рационального питания, необходимости поддержания оптимального уровня физической активности, вреде табакокурения и злоупотребления алкоголя, преимуществах отказа от табакокурения и злоупотребления алкоголя, а также групповое обучение в «Школе отказа от курения», «Школе оптимизации веса», «Школе профилактики заболеваний опорно-двигательного аппарата» и др.

Для анализа медицинской эффективности профилактического вмешательства подвергнуты анализу изменения в состоянии здоровья 100 человек, наступившие после их обучения в Центре здоровья основам здорового образа жизни и мерам индивидуальной первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний. Всего у 11 мужчин и 89 женщин были проанализированы медицинские заключения с результатами первичного и вторичного визита в Центр здоровья



(средний возраст 61,1±12,2 год). Индивидуальное профилактическое консультирование в Центре здоровья и формирование информационной компетентности о факторах риска заболеваний, основах здорового образа жизни и методах первичной профилактики способствовало уменьшению совокупного числа поведенческих факторов риска (соответственно: 1,5±0,8 vs 1,3±0,8 при $p < 0,001$), воздействующих на организм.

Исследование показало, что индивидуальное профилактическое консультирование даёт мало ощутимые результаты по контролю поведенческих факторов риска. В частности только у 18% обследованных ко второму визиту отмечалось снижение общего количества воздействующих на организм поведенческих факторов риска. Интегральный количественный профиль поведенческих факторов риска остался без положительной динамики в 62% случаев. У 3% обследованных общее количество социально-поведенческих факторов риска ко второму визиту ещё больше возросло. В 17% случаев социально-поведенческие факторы риска отсутствовали как до посещения Центра здоровья, так и в динамике. Полученные данные свидетельствуют об инертности населения в вопросах формирования здорового образа жизни и целесообразности нормативно-правового стимулирования профилактической активности и приверженности общества к здоровому образу жизни [1].

Список литературы:

1. Авдеева М.В., Лобзин Ю.В., Лучкевич В.С. Проблемы нормативно-правового обеспечения первичной профилактики социально значимых неинфекционных заболеваний // Медицинское право. 2014. №2. С. 16-18.
2. Авдеева, М.В. Актуальность совершенствования профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи / М.В. Авдеева, Ю.В. Лобзин, В.С. Лучкевич // Врач. 2013. №11. С. 83-85.
3. Авдеева, М.В. Комплексная оценка факторов кардиоваскулярного риска с использованием ресурсов Центра здоровья / М.В. Авдеева // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012. Т.11. №3. С. 47-52.
4. Калинина, А. М. Пропаганда здорового образа жизни: многофакторная профилактика основных неинфекционных заболеваний // Всемирное здоровье. 1995. №9502. С. 34-36.
5. Концевая, А.В. Клинико-экономическая оценка и обоснование технологий и программ профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в первичном звене здравоохранения: Дис. ... док. мед наук. - М.; 2011.
6. Послание Президента Федеральному Собранию. 12 декабря 2012 года, Москва, Кремль. URL: <http://www.kremlin.ru/news/17118> (Дата обращения: 30.12.2013).
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 года №597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» // Российская газета. 2009. Федеральный выпуск. №5007.
8. Чазова, Л.В. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в деятельности врача практического здравоохранения / Л.В. Чазова, А.М. Калинина, В.М. Иванов // Здравоохранение Российской Федерации. 1996. №6. С. 16-18.
9. Marquez, P.V. Addressing premature mortality and ill health due to non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation (Summary) / P.V. Marquez, T.Y. Dying. - USA, 2005. p. 33.



ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПОВ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ С ПРОЦЕССАМИ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ

Андреевская М.В., Бенкен А.А., Терехов А.Ю.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра нормальной физиологии,
Санкт-Петербург

Проблема адаптации студентов младших курсов к условиям обучения в вузе представляет собой одну из важных проблем. Адаптация студентов к обучению в вузе имеет свои особенности. Такой процесс приспособления может проходить достаточно длительное время, что может вызвать перенапряжение, как на психологическом, так и на физиологическом уровнях. Для успешной адаптации необходимым является формирование у студентов условных рефлексов в новых условиях. Учебная деятельность предъявляет к учащимся разнообразные требования. Можно полагать, что успешность выполнения учебных заданий зависит от типологических особенностей высшей нервной системы, таких процессов как возбуждение и торможение, а также от уровня тревожности при нервно-эмоциональном напряжении и покое.

Цель работы выявить взаимосвязь типов высшей нервной деятельности и уровня тревожности с процессами адаптации у студентов второго курса бюджетной и платной формы обучения.

Материалы и методы: опросник «Адаптивность-02» (МЛО-АМ) разработан А.Г.Маклаковым и С.В.Чермяниным, методика «определение преобладающего типа темперамента», оценка личностной тревожности (ЛТ) по Ч.Стилбергеру и Ю.Л. Ханину. Опрошено 60 студентов 2 курса, из них 30 учится на бюджетной основе, 30 на коммерческой основе.

Полученные результаты: для определения типа темперамента и представленности в нем свойств других типов испытуемым было представлено четыре карточки на каждом из которых написано по 20 свойств, характерных для представителей каждого типа темперамента: I карточка - холерика, II - сангвиника, III - флегматика, IV - меланхолика. Испытуемый отмечает знаком «+» присущие ему черты и знаком «-» отсутствию. Подсчитывается количество плюсов по каждой карточке отдельно. Если число положительных ответов по какому-либо типу темперамента составляет 40% и выше, значит, данный тип темперамента является доминирующим.

Выявлено: из студентов бюджетной формы обучения холериков (Х)-12, флегматиков (Ф)- 6, сангвиников (С)- 10, меланхоликов (М)-2. Из студентов коммерческой формы обучения холериков (Х)-15, флегматиков (Ф)-7, сангвиников (С)- 5, меланхоликов (М)- 3. После определения типов темперамента в этих группах определяли уровень тревожности.

Текст оценки личностной тревожности (ЛТ) по Ч.Стилбергеру и Ю.Л. Ханину состоит из шкалы по 20 утверждений, оценивающих реактивную и личностную тревожность. Испытуемым предлагается ответить, как часто испытывает каждое из приведенных утверждений по балльной шкале. Интерпретация результатов уровня тревожности:

до 30 баллов - низкий уровень тревожности, от 30 до 45 - средний уровень тревожности

от 45 и выше - высокий уровень тревожности



Тест позволяет определить уровень реактивной и личностной тревожности, как индивидуальный показатель чувствительности к стрессу и как черту личности, характеризующуюся склонностью испытуемого в той или иной степени испытывать в большинстве страх, опасение при психических нагрузках и в покое.

Полученные результаты: студенты бюджетной формы обучения с преобладающими чертами темперамента холерика и меланхолика имеют высокий уровень тревожности (46 баллов и выше) -11 студентов, средний уровень тревожности (32-45 баллов) – 6 студентов. Студенты с преобладающими чертами характера сангвиника и флегматика имеют низкий уровень тревожности. Студенты платной формы обучения: высокий уровень тревожности (46 баллов и выше) наблюдался у холериков, сангвиников и меланхоликов -23 студента (из 30).

При исследовании процессов адаптации в этих группах применялся опросник (165 вопросов) оценка проводилась по шкале: «достоверность» (Д); «нервно-психическая устойчивость» (НПУ); «коммуникативные потенциал» (КП); «моральная нормативность» (МН); «адаптивные способности» (АС).

При этом было выявлено, что у холериков только с высокой степенью тревожность, показатели адаптивных способностей (АС), нервно-психической устойчивости (НПУ), коммуникативного потенциала (КП) и моральной нормативности (МН) низкие и средние. Флегматики были со всеми уровнями тревожности, больше с умеренным, показатели АС, НПУ, КП, МН так же на всех уровнях без выявления закономерности. Сангвиники только с умеренной тревожностью (31-45 баллов), показатель АС и НПУ - средние, КП и МН - средние и высокие, у меланхоликов выявлена высокая тревожностью, все показатели низкие. У холериков высокая и умеренная тревожность, показатели АС средние, НПУ низкие и средние, КП и МН - средние и высокие. Флегматики так же с высокой и умеренной тревожностью. Показатели АС и НПУ - средние, а КП и МН - средние и высокие. Умеренная тревожность в основном у сангвиников, показатели все разные, без выявления закономерностей. Меланхолики с умеренной и высокой тревожностью, все показатели средние.

Заключение. Таким образом, индивидуальные особенности типов темперамента студента, присущие ему личностные характеристики, интеллектуальное развитие, уровень тревожности, эмоционально-волевые качества играют важную роль в успешности адаптации к условиям обучения в вузе.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Асеев А.В.

Тверская государственная медицинская академия, г. Тверь

Актуальность. В последнее время повсеместно отмечается улучшение отдаленных результатов лечения больных раком молочной железы (РМЖ), связанное, прежде всего, с выявлением ранних форм злокачественных новообразований, а так же с разработкой новых методов лечения. Возникает совершенно новая проблема - качество жизни (QL, quality of life) этих больных после завершения радикального лечения. Драматизм ситуации заключается в том, что качественные характеристики жизни не могут быть обеспечены современными методами лечения опухолевого процесса, так как большинство лиц, избавленных от рака, все же находятся в плену у страданий, разных по характеру и выраженности.



Это прежде всего относится к больным, перенесшим калечащие, визуально видимые операции.

R. Kaplan (1994) отмечает, что не менее важным, чем постановка диагноза, является то, как будет реагировать больная на диагноз и проводимое лечение, каким будет качество жизни женщины после завершения терапии.

Исторически первая обстоятельная работа, посвященная вопросу изучения и измерения QL, была опубликована D.A. Karnofsky (1949) и отражала лишь качество жизни онкологических больных в процессе химиотерапии. Долгие годы эта десятибалльная шкала Карновского являлась основным методом оценки QL.

В последующем были предложены другие методики в виде опросников и линейных аналоговых шкал, которые заполнялись самой больной или врачом, и отражали различные стороны человеческой жизни и деятельности. Концепция QL претерпела ряд изменений от частных к общему. В настоящее время сформулировано общее определение. Качество жизни — понятие, используемое в социологии, экономике, политике, медицине и некоторых других областях, обозначающее оценку некоторого набора условий и характеристик жизни человека, обычно основанную на его собственной степени удовлетворённости этими условиями и характеристиками.

Для социологических целей (2005) используют девять факторов качества жизни при определении оценки страны. 1. Здоровье: Ожидаемость продолжительности жизни (в годах). 2. Семейная жизнь: уровень разводов (на 1 тыс. чел.). 3. Общественная жизнь: переменная принимает значение 1 если в стране высокий уровень посещаемости церкви или профсоюзного членства. 4. Материальное благополучие: ВВП на душу населения, паритет покупательной способности. 5. Политическая стабильность и безопасность. 6. Климат и география: широта, для различения холодных и жарких климатов. 7. Гарантия работы: уровень безработицы (%). 8. Политическая свобода. 9. Гендерное равенство: измеряется путём деления средней зарплаты мужчин на зарплату женщин.

При рассмотрении больных РМЖ этот общий подход малопригоден, необходим учет частных проблем этой категории граждан, прежде всего с позиции перспективного повышения качества жизни. Мы используем следующий подход. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ - совокупность объективных и субъективных характеристик человека, отражающих степень жизненного комфорта, и включающая в себя психологические особенности личности больной, степень фрустрированности, уровень бытовой и трудовой активности, физическое и сексуальное благополучие.

В связи с тем, что качество жизни представляет собой многонаправленное явление, для изучения и измерения его необходимо использовать ряд диагностических методик. В настоящее время стало очевидным, что ни одна методика не может полностью охватить все аспекты качества жизни. Говоря об оценке качества жизни, необходимо решить вопрос, кто будет проводить такую оценку, сама больная или врач. Любая методика, какой бы объективной она ни была, не лишена доли, иногда значительной, субъективизма. Поэтому необходимо в первую очередь предоставить самой больной возможность оценить качество своей жизни: субъективизм при этом может быть нивелирован с помощью физических и психологических тестов.

Учитывая выше изложенное, целью нашей работы явилось изучение качества жизни женщин, больных раком молочной железы.

Материалы и методы. Для решения поставленных задач использовались следующие группы методов: клиническое наблюдение за больными РМЖ, методики изучения функции верхней конечности (измерение объема активных движений в



плечевом суставе, измерение окружности верхней конечности, кистевая динамометрия), психологические методики (клиническая беседа, личностный опросник института им.В.М. Бехтерева, архитипный тест и Торонтская алекситимическая шкала, семантический дифференциал, тест Розенцвейга, тест Спилбергера-Ханина, шкала депрессии Зунга, оригинальная методика оценки качества жизни на основе линейных аналоговых шкал, статистические методы, определение суточного выделения 17-кетостероидов, опросник E. Neim (1988).

Проведено обследование 306 больных раком молочной железы I - IIIб стадии в возрасте от 28 до 64 лет. Контрольную группу составили 160 женщин, госпитализированных в гинекологические отделения в связи с миомой матки или для прерывания беременности по медицинским показаниям.

Результаты и обсуждение. Во время клинической беседы фиксировалась ретроспективная самооценка женщин по следующим вопросам. Какова была первичная реакция больной на наличие опухоли и что она предпринимала в этот период? С какими социальными трудностями столкнулись женщины при выписке из стационара?

При оценке субъективных ощущений 283 больные (92,1%) считали, что выявление первичной опухоли сопровождалось чувством шока. Объясняли они это тем, что из средств массовой информации, литературных источников, рассказов знакомых наличие опухоли в молочной железе ассоциировалось со словом "рак", необходимостью выполнения калечащего вмешательства (мастэктомии) и мучительной смертью - 225 человек (73,7%). Еще 62 женщины (20,3%) отмечали наличие опухолей молочной железы у родственников и имели собственные наблюдения за течением этого заболевания. Оставшиеся 18 больных не смогли интерпретировать свои ощущения.

Более углубленный анализ первичной реакции на выявление опухоли был проведен у 114 больных (37,4%). Ретроспективно 71 (62,3%) из них считали, что первичный страх обусловлен представлением об утрате молочной железы как неотъемлемой части женского тела, превращении в "бесполого уroda", возможных нарушений сексуальных отношений. Остальные 43 женщины (14,1%), обнаружив опухоль в молочной железе, связали ее со смертельно опасным заболеванием, первостепенное значение для них имел страх перед смертью. Большинство обследованных нами женщин, обнаружив опухоль в молочной железе, испытали первичный страх в связи с возможной утратой женственности. Мысли об угрозе жизни пришли к ним позже. Этот страх перед утратой женственности удерживал многих из них от своевременного обращения к врачу. Среди наших больных 148 (48,5%) обратились к врачу в течение 1 одного месяца после выявления опухоли, 91 (29,8%) - через 1-3 месяца, а остальные 66 женщин (21,7%) - более чем через 3 месяца после выявления уплотнения в молочной железе. Обнаружив опухоль в молочной железе, женщины связывали ее со словом "рак". Но они боялись столкнуться лицом к лицу с фактом наличия РМЖ и поэтому откладывали свой визит к врачу (Вдруг врач, осмотрев опухоль в молочной железе, подтвердит диагноз "рак!"). После выявления опухоли все больные отметили мучительные переживания в связи с необходимостью удаления молочной железы, причем среди женщин, испытавших первичный страх в связи с возможной утратой железы, эти переживания были сильнее. Более того, согласие на выполнение мастэктомии больные давали только после того, как в их сознании происходила переоценка ценностей, представление о молочной железе изменялось от сексуально значимой неотъемлемой части женского тела к органу, угрожающему жизни.



Одной из частых психологических особенностей больных РМЖ мы считаем алекситимию, выражающуюся, прежде всего, в трудностях идентификации и выражения собственных чувств. Наиболее общими чертами являются: а) трудности в общении и образовании дружеских связей; б) неспособность понимать причины многих событий, удовлетворенность знанием внешних формальных проявлений; в) неспособность воспринимать поддержку в трудных ситуациях; г) трудности в идентификации собственных чувств; д) редуцированная способность выражать агрессию или сопротивляться ей; е) примитивность представлений о средствах защиты от агрессии, особенно о коллективных средствах защиты; ж) фиксация на препятствии.

Выраженность этих проявлений, существование их в течение многих лет, предшествующих заболеванию, что отмечают сами женщины, позволяет рассматривать алекситимию как один из возможных психологических предшественников рака молочной железы.

Кроме этого, для всех больных РМЖ оказался повышенным уровень как личностной, так и реактивной тревоги, что приводило к социальной дезадаптации у 86,5% женщин. В противовес литературным данным, депрессивная симптоматика среди наших больных встречалась редко (13,5% больных).

В нашем обществе до сих пор существуют представления о фатальности, заразности, мучительности онкологических заболеваний и связанные с этим тенденции социальной изоляции больных. Частные проявления социальной изоляции при РМЖ мы выявили у 219 наших больных (71,8%) во время клинической беседы. Наиболее частым вариантом была реакция врачей общей лечебной сети при обращении за медицинской помощью по месту жительства. Большинство женщин, оперированных по поводу РМЖ (171 больная - 56,1%), столкнулись с невниманием и предвзятостью медицинского персонала. При обращении с минимальными жалобами они слышали: "Что же вы хотите, ведь вы лечились в онкологическом диспансере", "Скажите спасибо, что вы еще живете", "Если хотите лечиться, обращайтесь туда, где вас оперировали". У 17 больных (5,6%) трудно складывались отношения с членами семьи. Родственники не принимали во внимание наличие послеоперационных осложнений и требовали выполнения всей домашней работы.

Для оценки действенности стрессовых ситуаций в настоящем и будущем мы провели анализ стрессорирующих событий в прошлом. Всем больным задавали однотипные вопросы: 1) Можете ли Вы отметить значимые утраты или сильные переживания негативного характера в течение 5-10 лет до выявления Вашей болезни? 2) Можете ли Вы смириться с этими утратами?

Среди больных РМЖ 198 женщин (64,7 %) ответили утвердительно на первый вопрос, причем смерть или тяжелая болезнь близких родственников встретились у 104 больных (52,5%), трудности с трудоустройством у 49 человек (24,7%), необходимость стать беженцем - у 22 женщин (11,1%), другие причины у 23 человек (11,7%). Удельный вес женщин, положительно ответивших на первый вопрос, в основной и контрольной группах не отличаются друг от друга ($P > 0,05$). Различия спектра причин негативных переживаний в прошлом между этими двумя группами женщин так же статистически недостоверно ($P > 0,05$). Ответы на второй вопрос в этих группах существенно отличались. Среди больных РМЖ принятие факта негативного события и конструктивное преодоление его отметили только 18 (5,9%) человек. В контрольной группе таких ответов было 126 (78,8%). Таким образом, существует связь между стрессовыми ситуациями в прошлом и развитием рака молочной железы. При этом первостепенное значение имеет не частота событий негативного характера в прошлом, а субъективная оценка значимости этих



переживаний, способность справиться со стрессующей ситуацией, сохранить при ней психологическую адаптацию.

С целью изучения фрустрационной толерантности использовали тест Розенцвейга. Обследованы 37 больных РМЖ. Для больных РМЖ оказались характерными следующие черты личности: 1) общее снижение фрустрационной толерантности и адаптируемости личности; 2) повышение требовательности к окружающим, что, с одной стороны, приводит к изоляции больных, с другой - сопровождается развитием вокруг этих женщин конфликтных ситуаций; 3) эти больные не склонны к принятию компромиссного решения или к примиренческому поведению, что также создает предпосылки для фрустрации со стороны окружающих.

В качестве биохимического маркера реакции организма на стресс можно использовать суточное выделение 17-кетостероидов с мочой как показатель функции надпочечников. Среди больных РМЖ отмечено низкое суточное выделение 17-КС с мочой. Только у 2 больных РМЖ этот показатель был выше среднего для здоровых людей. У большинства больных (63,3%) зафиксировано суточное выделение 17-КС меньше нижней границы нормы.

При оценке семейного положения женщин оказалось, что для больных РМЖ характерен семейный дискомфорт. Более чем у каждой третьей больной РМЖ (36%) в анамнезе зафиксирован развод, а вдовство на момент обследования обнаружено у 12% женщин, что достоверно больше, чем в контрольной группе (3%). Из 306 обследованных больных 31 женщина (10,2%) после мастэктомии отмечали нарушение отношений с мужем, причем у 9 больных эти нарушения привели к распаду семьи. Эти женщины пытались восстановить сексуальные отношения, но неудачно, при первом же объятии мужчина понимал, в чем дело, и на этом все заканчивалось. При беседе с нами больные пытались решить для себя вопрос, как относиться к половой жизни: пытаться ли восстановить ее, несмотря ни на что, или "поставить на себе крест", "свыкнуться с мыслью, что такая она никому не нужна и обречена остаток дней жить одна".

При оценке сексуальной привлекательности больных РМЖ обращает на себя внимание распространенное мнение "Я мало кого интересую" и "Я никому не нужна". Суммарно такое мнение встретилось у каждой третьей больной (40% и 36% соответственно), в контрольной группе 8%.

Говоря о физическом самочувствии после coitus, 35,2% больных РМЖ отметили боль в промежности, физическое безразличие или неотреагированность полового возбуждения. В контрольной группе о подобном самочувствии говорили 14% опрошенных. В то же время ощущение физической удовлетворенности у больных РМЖ встречалось относительно редко (41%) в сравнении с 64% в контрольной группе.

Чувство благодарности мужчине за доставленное удовольствие испытывали лишь 48% больных РМЖ (в контрольной группе 72%). Обращает на себя внимание тенденция к самопожертвованию в половых отношениях у больных РМЖ, которая проявляется распространенными мыслями об "избавлении от досадной обязанности" (11%, в контрольной группе 6%) и "сознанием исполненного долга" (36%, у здоровых женщин 22%).

Как мы и предполагали, для больных РМЖ в сравнении с контрольной группой оказался характерен психосексуальный дискомфорт, проявлявшийся в несоответствии идеальных представлений о сексе своим реальным отношениям. Полное соответствие идеальных представлений и реальных отношений отметили



только 16% больных РМЖ (в сравнении в контрольной группе 27%), в то время как полное несоответствие выявлено у 21% больных РМЖ (в контрольной группе 10%).

В первые недели после мастэктомии объем движений в плечевом суставе уменьшен более чем на 50 %, что обусловлено операционной травмой. Однако с первых дней после операции мы начинали занятия лечебной физкультурой и обучали больных самомассажу конечности. В соответствии с состоянием послеоперационной раны объем упражнений лечебной физкультуры постепенно увеличивался. Через 3 месяца после мастэктомии при отсутствии осложнений со стороны послеоперационного рубца объем движений в плечевом суставе на стороне операции приближался к дооперационным показателям. Несмотря на успех восстановительного лечения, мы рекомендовали нашим больным продолжить самостоятельно занятия лечебной физкультурой не менее 8-12 месяцев после операции. Через 6 месяцев после мастэктомии мы наблюдали ограничение объема движений в плечевом суставе у 30 больных: у 15 из них имела место контрактура плечевого сустава, обусловленная длительной лимфореей, нагноением послеоперационной раны и рубцовыми процессами после лучевой терапии; у 11 наблюдались явления тромбоза поверхностной и глубокой вен плеча. У остальных женщин нарушение функции конечности было связано с обострением остеохондроза шейного и грудного отдела позвоночника, связанное с изменением "мышечных тяг" после мастэктомии.

Одной из основных характеристик возможности адаптации к стрессу является система копинговых реакций (механизмов совладания, преодоления). Мы проводили групповую рациональную психотерапию, направленную на снятие эмоционального напряжения, тревоги, неопределенности, повышение коммуникативных навыков и развитие адаптивных механизмов совладания. Лечение проводилось в течение 3-4 недель; обследование проводилось в начале и в конце лечения. Для исследования был использован опросник E.Heim (1988).

Для больных РМЖ, так же как и для здоровых людей, оказался характерен очень широкий спектр механизмов совладания, однако эти спектры отличаются друг от друга.

В поведенческой сфере адаптивные формы поведения встречались реже, чем в контрольной группе (40% и 56%). "Альтруизм", как форма поведения с оказанием бескорыстной помощи другим людям, встретился среди больных РМЖ в 25%, в контроле 10%. Для этих больных были характерны порядочность, отзывчивость, готовность оказать помощь ближнему. "Сотрудничество" как форма поведения, при которой женщина идет на общение с другими людьми, которые, как ей кажется, имеют больший опыт в разрешении конфликтов и трудных жизненных ситуаций, и "обращение" встречались значительно реже в сравнении с контрольной группой (9% и 18%; 4% и 28%).

Неконструктивные формы преодоления в поведенческой сфере встречались среди больных РМЖ чаще, чем в контрольной группе (37% и 18%). Например, "отступление", как проявление неспособности бороться с конфликтами и снижения фрустрационной толерантности среди больных РМЖ встретилось в 23% (в контроле 11%).

При исследовании реакций совладания в когнитивной сфере оказалось, что конструктивные и относительно конструктивные стратегии преодоления встречались редко, что говорит о неадекватности поведенческих реакций в когнитивной сфере (в частности "передача смысла" - 4%, в контроле 14%; "религиозность" - 4%, в контроле 20%). Неадекватная стратегия "растерянности" у



больных РМЖ встречалась в 20 раз чаще, чем в контрольной (40% и 2% соответственно).

Наибольшие отличия выявлены при исследовании стратегий преодоления в эмоциональной сфере. Конструктивные формы копинг-поведения здесь встретились почти в 3 раза реже, чем в контрольной группе (18% и 62%), а стратегия "оптимизма" даже в 11 раз реже (3,7% и 42,0%). Среди относительно конструктивных форм преобладала пассивная кооперация (35%, в контроле 10%). Неконструктивные поведенческие стратегии в эмоциональной сфере у больных РМЖ встречались значительно чаще, чем в контрольной группе (46% и 26%). При этом преобладало "подавление эмоций" (24%) и "самообвинение" (18%).

В результате применения программы психологической поддержки и психотерапии получен положительный эффект, хотя далеко не все проблемы удалось разрешить с использованием применяемой программы.

Адаптивные варианты совладания в поведенческой и эмоциональной сферах стали встречаться чаще (51%, до лечения 40%; 37% до лечения 18%). При этом значительно чаще стали встречаться "обращение" (12% и 4%) и "оптимизм" (12% и 3%). Развитие оптимистического взгляда на будущее является важной частью каждодневной работы с больными. Нарастание частоты стратегии "обращения" связано прежде всего с развитием коммуникативных качеств и уверенностью в том, что обращаясь за помощью, можно получить ответ. Мы считаем это положительным моментом, так как при этом уменьшается внутренняя неопределенность в связи с дефицитом информации, меньше становится оснований для развития психогенного дистресса. В то же время в когнитивной сфере адаптивные варианты копинг-поведения стали встречаться реже. Мы связывали это с развитием психологической защиты от диагноза в форме "отрицания болезни".

Наряду с нарастанием частоты стратегии "оптимизм" в эмоциональной сфере необходимо отметить снижение частоты неадаптивной стратегии "подавление эмоций" (с 24% до 4%). Мы связываем это с развитием коммуникативных навыков и уменьшением степени алекситимии, связанной с высоким уровнем тревоги и фобиями.

Копинг-поведение определяется как стратегия действий, предпринимаемых индивидом при психологической угрозе, и проявляющаяся в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личности. Отличие механизмов совладания и психологической защиты состоит в том, что первые используются индивидом сознательно и направлены на активное изменение ситуации, а вторые неосознаны, пассивны и направлены на смягчение психологического дискомфорта. Для больных РМЖ, так же как и для здоровых людей, оказался характерен очень широкий спектр механизмов совладания, однако эти спектры отличаются друг от друга. В целом, адаптивные стратегии преодоления встречались достоверно реже, чем в контрольной группе, что соответствует феномену снижения фрустрационной толерантности и адаптационных возможностей. В результате применения программы психологической поддержки и психотерапии получен положительный эффект. Достоверно чаще стали встречаться адаптивные варианты совладания в поведенческой и эмоциональной сферах. Динамика механизмов совладания в процессе лечения связана с развитием коммуникативных навыков и уменьшением степени алекситимии.

При оценке отдаленных результатов лечения среди больных, получавших такую преимущественно психологическую поддержку, оказалось, что пятилетняя выживаемость составила 66,1%, что несколько выше, чем в общей когорте больных РМЖ в Тверской области на соответствующий промежуток времени (59,4%).



Наиболее значимой оказалась разница у больных III стадией РМЖ, среди больных получавших психологическую поддержку 5-и летняя выживаемость оказалась 55,1%, что почти на 60% больше, чем в общей когорте (35,4%).

Заключение. Говоря о качестве жизни больных раком молочной железы можно выделить три принципиально разных направления. Это преморбидные особенности больных РМЖ; особенности состояния, связанные с сиюминутным противоопухолевым лечением (прежде всего химио-лучевое лечение и хирургическое вмешательство); личностные особенности после завершения специфической противоопухолевой терапии. Среди преморбидных особенностей можно отметить человеческую порядочность и неагрессивность, снижение толерантности к стрессам, неразвитость адаптивных стратегий копинг-поведения, сниженную активность и удовлетворенность в сексуальной сфере. На всех этапах диагностики, лечения и последующего наблюдения, наряду с традиционными медицинскими воздействиями, необходима психологическая поддержка, научение более адаптивным стратегиям копинг-поведения. Это позволило в нашем исследовании не только улучшить качество жизни женщин, но и повысить выживаемость больных III стадией РМЖ почти на 60%.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Баженова Л.Н., Штефан О.А.

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ РФ,
Челябинск

Актуальность. В последние десятилетия в структуре заболеваемости и смертности населения, болезни системы кровообращения занимают одно из первых мест. Актуальность этой проблемы для здравоохранения обусловлена их широкой распространенностью, высоким показателем смертности и инвалидизации [1, 2]. Сердечно-сосудистые заболевания наносят значительный социально-экономический ущерб российскому обществу не только за счет высокой смертности населения, но и потери трудоспособности, расходов на лечение и реабилитацию больных [3]. Доля лиц, впервые признанных инвалидами по причине болезней системы кровообращения, составляет около 41 %. Актуальной эта проблема является и для Челябинской области.

Материалы и методы. Целью исследования явился анализ работы Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Челябинск) по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи гражданам России за 2011-2013гг. Работа по предоставлению специализированной (в т.ч. высокотехнологичной) медицинской помощи гражданам РФ организована в соответствии с государственным заданием, ежегодно утверждаемым приказами Минздрава России. Для проведения анализа работы использовались медицинские карты стационарного больного (форма №003/у), статистические карты выбывшего из стационара (форма № 066/у-02), данные информационно-аналитической системы Минздрава России по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета.

Результаты и их обсуждение. Проведен анализ 13474 учетных форм № 066/у -02 «статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного



стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому» за период с 2011 по 2013 годы. Распределение пациентов по видам оказанной высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение пациентов по видам оказанной высокотехнологичной медицинской помощи

Код вида	Наименование вида высокотехнологичной медицинской помощи	2011г	2012г	2013г
14.00.001	Коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца	967	1555	1583
14.00.002	Коронарная реваскуляризация миокарда с применением аортокоронарного шунтирования при ишемической болезни и различных формах сочетанной патологии	918	1110	1108
14.00.003	Хирургическое лечение хронической сердечной недостаточности	7	22	21
14.00.004	Эндоваскулярная, хирургическая коррекция нарушений ритма сердца без имплантации кардиовертера-дефибриллятора	902	1629	1523
14.01.005	Эндоваскулярная, хирургическая коррекция нарушений ритма сердца с имплантацией кардиовертера-дефибриллятора	20	60	94
14.00.006	Хирургическая и эндоваскулярная коррекция заболеваний магистральных артерий	10	28	72
14.00.007	Хирургическое и эндоваскулярное лечение врожденных, ревматических и неревматических пороков клапанов сердца, опухолей сердца	196	207	222
14.00.008	Радикальная и гемодинамическая коррекция врожденных пороков перегородок, камер сердца и соединений магистральных сосудов	300	449	471
	Всего	3320	5060	5094

Обеспеченность населения Челябинской области операциями реваскуляризации на сосудах сердца с применением стентирования в 2013 г. составила 41,0 на 10 тыс. населения. Этот показатель приближается к общероссийским показателям. Обеспеченность населения Челябинской области операциями с применением аорто-коронарного шунтирования выше общероссийского показателя (Челябинская область - 3,0 на 10 тысяч населения, Российская Федерация - 2,8 на 10 тысяч населения), при этом ниже расчетной потребности для Российской Федерации на 6,7 % (5,6 на 10 тысяч населения). Количество оперативных вмешательств, проводимых с целью коррекции нарушений ритма сердца жителям Челябинской области в 2012 г. в 2,05 раз превышает аналогичный показатель по Российской Федерации в 2011 г. (Челябинская область - 4,0 на 10 тысяч населения, Российская Федерация - 1,95 на 10 тысяч населения). Расчетная потребность для Российской Федерации при этом в 4,9 раза выше имеющегося уровня (19,5 на 10 тысяч населения).

За 2011-2013 годы отмечается рост выполненных оперативных вмешательств по видам 14.00.001, 14.01.005, 14.00.006, 14.00.007, 14.00.008 (стентирование



коронарных артерий, имплантация кардиовертеров-дефибрилляторов, хирургическая коррекция врожденных и приобретенных пороков сердца). Аорто-коронарное шунтирование за этот период остается практически на одном уровне (количество операций: 918-1110 соответственно). Очевидно преобладание малоинвазивных методов хирургического лечения в сравнении с открытыми оперативными вмешательствами. Это соответствует общероссийским и мировым тенденциям (таб.2).

Таблица 2

Объемные показатели работы ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г.Челябинск)

	2011 г.	2012 г.	2013
Пролечено больных всего, из них	4010	6616	6797
ВМП	3320	5060	5094
СМП	690	585	514
ОМС	-	968	1183
Выполнено операций	3800	5535	5430
Средний койко-день	9,3	8,1	7,7
Средний предоперационный день	5	4	2
Работа койки	224,2	291,3	273
Оборот койки	24,0	33,8	40,7
Хирургическая активность	84%	92%	97%
Осложнения	8,8%	10,5%	6,96%

Кроме того, в ФГБУ «ФЦССХ» идет постоянная работа по освоению новейших (эксклюзивных) технологий (диаграмма 1).

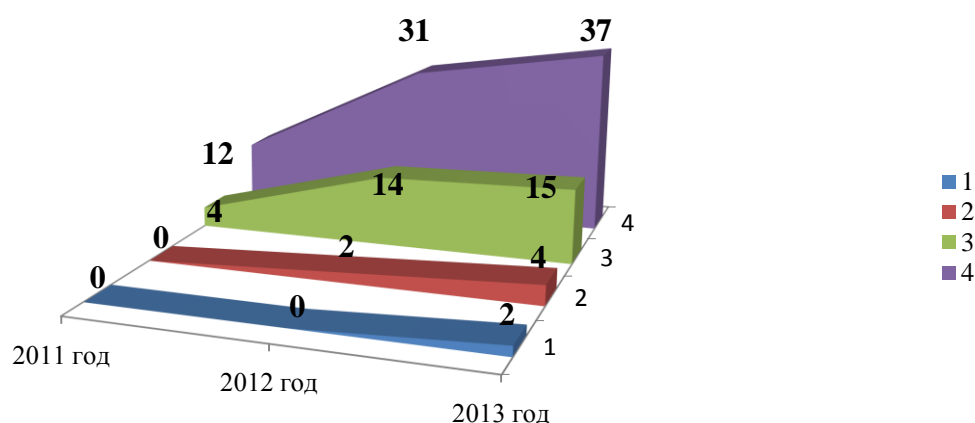


Диаграмма 1 Внедрение новых технологий

- 1.Эндоваскулярная коррекция при помощи биоразтворимых стентов
- 2.Эндоваскулярная коррекция при помощи стент-графтов
- 3.Экстракорпоральная мембранная оксигенация
- 4.Операции при аневризме восходящего отдела и дуги аорты



Благодаря активной работе с органами исполнительной власти в сфере здравоохранения по отбору и направлению пациентов в наш Центр, увеличилось количество пролеченных пациентов из других регионов России.

Расширилась география: пациенты направляются на лечение из Самарской, Тверской, Пермской областей, Республики Татарстан, Красноярского, Хабаровского края. Если в 2011г. пациенты поступали преимущественно из 4 субъектов РФ, то к 2013г. количество субъектов увеличилось до 25 (диаграмма 2).



Диаграмма 2 Распределение пациентов по территориальному принципу

Доля пролеченных пациентов в 2011-2013 гг., проживающих на территории других субъектов Российской Федерации, составила 6,3%; 14,9% и 14,4%, соответственно.

В 2013г. отмечен рост числа пролеченных жителей Челябинской области в сравнении с предыдущими годами. Это явилось результатом работы организационно-методического отдела (проведение совещаний с привлечением кардиологов, терапевтов, участковых врачей первичного звена по порядку отбора и направления пациентов в наш Центр; подготовка информационных писем; проведение конференций, освещение проблем оказания ВМП жителям Челябинской области в СМИ и т.д.).

Проведен анализ нуждаемости в оперативном лечении по гендерному признаку: сохраняется устойчивое превалирование мужчин из числа пролеченных пациентов (65,6%, 62,8%, 62,4% - соответственно). В целом, мужчины страдают заболеваниями сердечно-сосудистой системы, требующими оказания высокотехнологичной медицинской помощи, почти в 2 раза больше, чем женщины.

Основными причинами являются образ жизни и наличие, как правило, большего количества факторов риска у мужской части населения России: образ жизни, вредные привычки (алкоголизм, табакокурение), несбалансированное питание. Анализ показал, что мужчины трудоспособного возраста гораздо чаще нуждаются в оказании ВМП, чем женщины (диаграмма 3).



Диаграмма 3 Распределение пациентов по признаку «трудоспособный – пенсионный возраст»

В центре проводится широкий спектр операций по коррекции врожденных пороков сердца и сосудов и нарушений ритма сердца у детей. Детское кардиохирургическое отделение - одно из немногих отделений в Уральском регионе, которое специализируется на оперативном лечении детей. Распределение детей, прооперированных по поводу ВПС в 2011 –2013гг., по возрасту представлено на диаграмме 4.

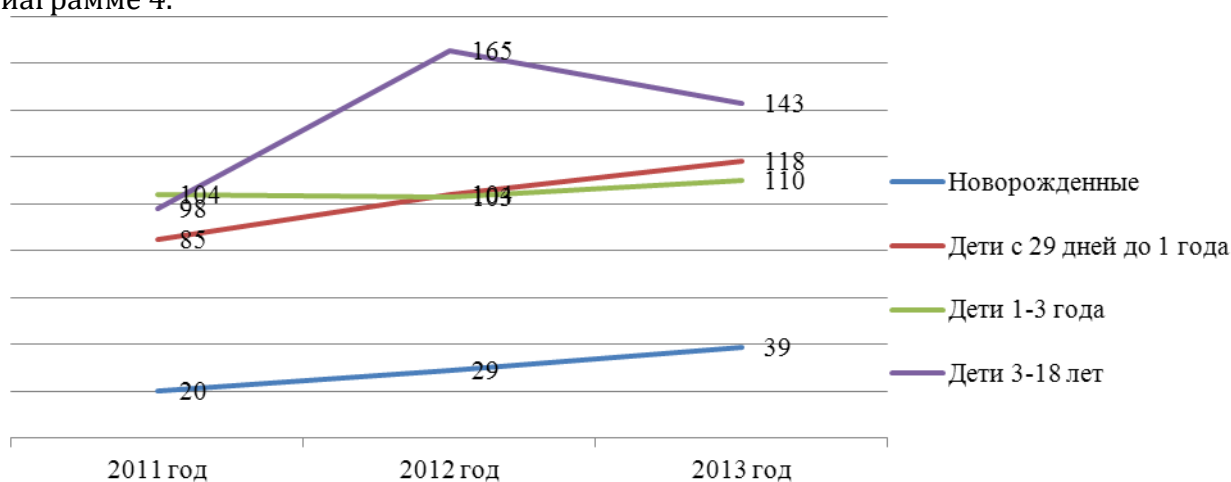


Диаграмма 4 Динамика оперативных вмешательств по поводу ВПС

Диаграмма показывает, что в течение 3 лет идет увеличение количества детей, получивших оперативное лечение, особенно это касается новорожденных и детей в возрасте до 1 года. Количество прооперированных новорожденных за отчетный период выросло почти вдвое. Часть детей направлялась на консультацию из родильных домов в первые сутки и даже часы жизни. Состояние некоторых из них требовало безотлагательной госпитализации и проведения оперативного лечения.

Выводы. Анализ показал рост доступности ВМП в связи с увеличением удельного веса объемов ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» (с 22% до 40%) в структуре оказанной ВМП населению Челябинской области. Это стало возможным благодаря увеличению объемов государственного задания. Кроме того,



с началом работы и выходом на плановую мощность центра число пролеченных в федеральных специализированных медицинских организациях, расположенных за пределами Челябинской области, в период с 2011 г. по 2013 г. уменьшился с 10 % до 2 %. Для повышения доступности в оказании ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» на уровне региона необходимо создание электронного регистра больных ИБС в Челябинской области, в том числе нуждающихся в оказании ВМП с оценкой «польза/риск» и «стоимость/эффективность», внедрение системы маршрутизации пациентов с ИБС с контролем на всех этапах диагностики и оказания медицинской помощи, повышение качества оказания диагностической и лечебной помощи с ориентиром на порядки медицинской помощи и стандарты ее оказания, создание системы отбора высоких технологий с доказанной эффективностью и безопасностью с учетом экономической целесообразности их применения, что позволит увеличить продолжительность и качество жизни пациентов, получивших ВМП.

Литература:

1. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. // Сердечно - сосудистая хирургия - 2013. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. – М. : изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева .- 2013.- С. -1-101.
2. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В., Фуфаев Е.Н. и др. Организация отбора больных на высокотехнологичные методы лечения по профилю «сердечно-сосудистая хирургия». Методические рекомендации (утверждены МЗСР РФ №1619-ВС от 6.03.2008).//М.изд-во НЦССХ им А.Н. Бакулева 2008г. 77 стр.
3. Самородская И.В., Фуфаев Е.Н., Болотова Е.В. Сердечно-сосудистые заболевания: статистика заболеваемости и результаты клинико-эпидемиологического исследования. стр 37-53 в Атласе здоровья России. Под редакцией академика РАМН Бокерия Л.А. //М. изд-во НЦССХ им А.Н. Бакулева. 2008г.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ И САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВЫСШИХ И СРЕДНИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Баймаков Е.А., Мишквич И.А.

СЗГМУ имени И.И. Мечникова, кафедра профилактической медицины и охраны здоровья, Санкт-Петербург

Формирование здорового образа жизни и профилактика заболеваний в настоящее время признано одним из основных направлений здравоохранения в нашей стране. Медицинская профилактика всегда занимала важное место в организации здравоохранения. Однако наиболее активное развитие профилактического направления медицины в лечебной сети началось в последнее десятилетие. В одном из своих первых интервью на посту министра здравоохранения В.И. Скворцова констатировала: «Первое направление развития здравоохранения – это формирование единой профилактической среды и создание отдельного акцента на профилактику в самом широком смысле слова». Эта мысль была развита в одном из пунктов резолюции первого национального съезда врачей Российской Федерации в 2012 году «Принцип приоритета профилактики характеризует переход от системы здравоохранения, направленной преимущественно на лечение заболеваний, к системе, основанной на формировании здорового образа жизни и предупреждении развития заболеваний». В развитие этих установок вышел целый ряд приказов Министерства здравоохранения.



В реализации профилактической политики Министерства здравоохранения одна из основных ролей отводится преподавателям учебных заведений. Вопросы медицинской профилактики включены в учебные программы для всех обучаемых контингентов. Для полноценного преподавания вопросов профилактики заболеваний преподаватели сами должны быть мотивированы на ведение здорового образа жизни.

В реализации указанных планов естественно важную роль призваны сыграть медицинские работники. Организация центров медицинской профилактики, отделений и кабинетов медицинской профилактики в первичном звене здравоохранения, центров здоровья, расширение функциональных обязанностей участковых терапевтов и педиатров в области профилактики потребовало от врачей и медицинских сестер расширения компетенций по вопросам профилактики заболеваний.

Вместе с тем, развитие профилактической медицины высветило определенные проблемы: недостаточная мотивация и недостаточный уровень знания медицинских работников в области профилактики заболеваний. Кроме этого, обращает на себя внимание недостаточно бережное отношение к собственному здоровью. Отсутствие должного личного примера мешает исполнению профессиональных обязанностей.

Исследования, проведенные на кафедре профилактической медицины и охраны здоровья СЗГМУ им. И.И. Мечникова показали, что распространенность табакокурения составляет среди врачей 11%, среди медицинских сестер 26%, а среди студентов 6-ого курса медицинского ВУЗа более 50%. Распространенность кратности приема пищи менее 3-х раз в день у перечисленных выше контингентов составляла колебалась от 14 до 15%. Недостаточную продолжительность сна (менее 7 часов в сутки) отметили 20% врачей, 63% медицинских сестер, 98,2% студентов 6 курса. Недостаточную физическую активность отметили 68% врачей, 48,4% медицинских сестер, 54% студентов шестого курса (Мишкич И.А., Алуф О.Б., 2014, Павлова А.Н., Чечура А.Н., 2013, Баймаков Е.А., Кадыскина Е.Н., Мишкич И.А., 2013, Ваюхичева О.В., Мишкич И.А., 2013).

Возникает вопрос: что или кто влияет на мировоззрение медицинских работников в области сохранения собственного здоровья и профессиональной деятельности в области медицинской профилактики? Известно, что образ жизни медиков, как и всего населения, формируется под влиянием семьи, друзей, средств массовой информации, произведений искусства и других факторов. Важную роль в становлении профилактического мышления играют учебные заведения.

Врач до получения диплома обучается в средней школе и медицинском ВУЗе, или проходит путь: средняя школа, медицинский колледж, медицинский ВУЗ. Средний медицинский работник соответственно обучается в средней школе и медицинском колледже. Медики суммарно обучаются в учебных заведениях в зависимости от уровня образования от 14 до 18 лет, а иногда и дольше.

В этот продолжительный период роль личности преподавателей средних и высших учебных заведений, формирующих мировоззрение медицинских работников, в том числе, и их отношение к сохранению здоровья, трудно переоценить. Именно поэтому необходимо уделять самое пристальное внимание профессиональной подготовке преподавателей всех уровней, и в том числе, медицинских образовательных учреждений, в области формирования здорового образа жизни, установок на сохранение здоровья, профессиональной обязанности и потребности учить и воспитывать будущих медиков в соответствующем направлении. Важное значение в данном вопросе играет личный пример.



Литературные данные о факторах, влияющих на здоровье преподавателей, немногочисленны и, в основном, касаются профессиональных факторов. Ведущими профессиональными факторами риска нарушения здоровья признаны наличие психоэмоционального напряжения, повышенная голосовая нагрузка, гиподинамия, отсутствие в течение трудовой жизни постоянного режима дня, работа при специфических параметрах состояния воздушной среды, интенсивная голосовая нагрузка, необходимость выполнения большого объема напряженной зрительной работы, высокая плотность эпидемических контактов. Кроме этого обращает на себя внимание такие факторы образа жизни, как распространенность вредных привычек, недостаточная продолжительность сна. Отмечена низкая медицинская активность преподавателей (Микерова М.С., 2007, Е.А. Гревцова, 2010, Толмачев Д.А., 2012).

Нами проведены исследования, цель которых получить обоснование для профилактических мер, направленных как на сохранение здоровья преподавателей различных учебных заведений, в которых получают образование будущие медики, так и на формирование личности преподавателей, в разрезе обучения врачей и медицинских сестер вопросам профилактики заболеваний.

В ходе исследования использовались данные анкетного опроса, проводимые авторами данной статьи по оригинальной анкетке, а также результаты анкетирования пациентов в центрах здоровья Санкт-Петербурга по анкетете, утвержденной приказом МЗ РФ. Всего проанкетировано 356 преподавателей, в том числе, преподавателей медицинских ВУЗов (152 человека), медицинских колледжей (95 человек), общеобразовательных школ (109 человек). Среди интервьюируемых преобладали женщины (75,9%), что характерно для данной профессиональной группы. По возрасту большую часть составляли преподаватели от 30 до 60 лет (64,3%), 22,5% - старше 60 лет и 13,2% - до 30 лет. Все преподаватели имели высшее образование.

В ходе работы оценивались жалобы на здоровье у преподавателей медицинских ВУЗов и колледжей. По локализации больше всего жалоб на здоровье было со стороны нервной и сердечно-сосудистой системы. Так, почти половина респондентов (49,4%) предъявили жалобы на слабость, повышенную утомляемость в конце рабочего дня, на частые головные боли указали 42,9%, на повышенное артериальное давление - 36,4%, на повышенную раздражительность - 32,8%, на боли, неприятные ощущения в области сердца, перебои сердцебиения - 30%, на нарушение сна - 29,6%, на наличие отеков - 25,9%, на повышенную потливость - 18,6%, на частые колебания настроения - 17,4%, на головокружение - 16,2%. Достаточно высокий уровень жалоб на боли в пояснице (33,6%) и на аллергические реакции (27%). Жалобы на частый насморк - 22,7%, на частую осиплость, потерю голоса, боли в горле - 22,3%, на частый кашель - 13,8%. Жалобы на нарушения стула - 21,0%, на частую тошноту, отрыжку изжогу - 19%, на боли в животе - 15,8%, на зубные боли - 14,6%.

Известно, что вклад образа жизни в здоровье составляет более 50%, а вклад условий труда - 18-20%. Результаты наших исследования показали, что образ жизни у части преподавателей не соответствует здоровому.

Более половины опрошенных преподавателей (41,8%) питается не регулярно, менее 3-х раз в день. Углубленный анализ характера питания показал, что нерегулярно питаются 28,4% преподавателей колледжей, 23,2% преподавателей ВУЗов, 14,3% учителей. В рабочее время пищу на рабочем месте принимает больше половины респондентов (56,0%), в специально отведенном месте - 20,5% педагогов, при этом 77,3% педагогов имеют возможность разогреть принесенную с собой пищу



на рабочем месте. В столовой питаются, 18,8% опрошенных и не принимают пищу в течение рабочего дня 4,7% интервьюированных.

Продолжительность сна менее 7 часов в сутки также отметили более половины респондентов (57,3%). Отчасти это можно объяснить тем фактом, что больше половины преподавателей (66,7%) берут работу на дом, так как им не хватает времени выполнить весь объем необходимой работы. Еще одна особенность, снижающая возможность полноценного отдыха - значительная часть преподавателей ВУЗов и колледжей (62,3%) вынуждена совмещать основную работу с дополнительными заработками, что преимущественно обусловлено относительно невысоким уровнем заработной платы профессорско-преподавательского состава. Все это приводит к тому, что возможность полноценного отдыха после работы не имеет 67,1% преподавателей ВУЗов и колледжей.

Отсутствие необходимого свободного времени возможно отчасти снижает возможность занятий физкультурой. Среди опрошенных преподавателей 53% оценивают свою физическую активность как недостаточную. При этом утреннюю зарядку делает 24,1%, а систематически занимаются в тренажерных залах и 25,3%.

Часть преподавателей имеет вредные привычки. По данным опроса курит 15,2% преподавателей ВУЗов, колледжей, учителей школ. Распространенность курения среди преподавателей вузов составила 14,5%, среди преподавателей колледжей - 17,9%, среди учителей школ - 13,8%, разница не достоверна ($p < 0,05$). Детальный анализ курительного поведения показал, что половина курящих употребляет до 10 сигарет в день, еще 44,4% - до 20 сигарет в день и более 5% употребляет более 20 сигарет в день.

Алкоголь употребляет около 80% респондентов. Распространенность употребления алкоголя в группе преподавателей ВУЗов составила 84,2%, в группе преподавателей колледжей - 76,8%, в группе учителей - 76,1% ($p < 0,05$). Углубленный анализ частоты употребления алкоголя в группах педагогов показал, что по выходным и праздничным дням алкоголь употребляет 2/3 учителей (66%), 76,8% преподавателей колледжей, 83,6% преподавателей ВУЗов; ежедневно употребляет алкоголь 0,7% преподавателей ВУЗов и 1,9% учителей. Обращает на себя внимание тот факт, что никогда не употребляют алкоголь 15,8% преподавателей ВУЗов, 32,1% учителей и 23,2% преподавателей колледжей.

Определенный интерес представляет самооценка преподавателей условий своего труда. В первую очередь обращают на себя внимание сенсорные, интеллектуальные и эмоциональные нагрузки. Естественно, более половины (53,4%) респондентов указывает на нагрузки на голосовой аппарат. Немного менее половины преподавателей обращают внимание на повышенную необходимость восприятия и оценки получаемой информации (47,5%) и длительного сосредоточения внимания (45,9%). Чуть более пятой части обращают внимание на высокую степень профессиональной ответственности за принятые на работе решения (21,1%). Оценивая характер работы, третья часть (32,6%) обращает внимание на гиподинамию (в основном, работа сидя), а 15,4% отмечает, что их работа осуществляется стоя или сопровождается ходьбой.

Из других факторов условий труда респонденты обращают внимание на повышенные, по мнению респондентов, уровни электромагнитных полей (21,1), неблагоприятную световую среду (недостаток естественного света - 20,5% или неудовлетворительное искусственное освещение 18,2%), на неблагоприятный микроклимат (повышенная или пониженная температура на рабочем месте (соответственно 19,9% и 11,2%), повышенная опасность заразиться инфекционными



болезнями (17,7%), шум (15,4%). Как видно из результатов исследований, эти данные совпадают с литературными данными.

Представляло интерес оценить информированность преподавателей по вопросам профилактики заболеваний. Подавляющее большинство респондентов (97,3) отмечает, что им знакомо понятие «Здоровый образ жизни», Однако, 5,0% респондентов ассоциируют здоровый образ жизни только с отсутствием вредных привычек, 3,0% - отмечают, что здоровый образ жизни – это исключительно соблюдение режима и условий жизни, труда и отдыха, и по 1,0% считают, что ЗОЖ - это только здоровое питание, материальное благосостояние, либо психологический комфорт,

Важным моментом компетентности преподавателей в области профилактики является оценка источников информации по данному вопросу. Информацию по вопросам здоровья и факторов, влияющих на него, большая часть респонденты получили при освоении ими специальности (71,7%). Вместе с тем, обращает на себя внимание, почти треть респондентов (31,7%) получают знания по медицинской профилактики не из профессиональных источников, а из средств массовой информации.

В число изучаемых в работе вопросов, входило следующее: передают ли преподаватели, имеющиеся у них знания по профилактике заболеваний на работе и в своей семье. Согласно результатам опроса 88,3% преподавателей дают своим студентам рекомендации по здоровому образу жизни в процессе обучения. Кроме этого, более 90% (91,3%) отметили, что стараются привить членам своей семьи здоровый образ жизни.

Оценивалась и медицинская активность в преподавательской среде. Исследования показали, что диспансеризацию в течение последних 3-х лет проходили 75,3% респондентов, а профилактические медицинские осмотры - 81,4% преподавателей медицинских вузов и колледжей. Интересно, что при этом в почти у десятой части респондентов (8,3%) были выявлены профессиональные заболевания. Однако, 5,0% опрошенных не видят пользы в профилактических медицинских осмотрах. Несмотря на то, что преподаватели в целом следуют профилактическому курсу Министерства здравоохранения, 39% педагогов считают, что обращаться к врачу следует только тогда, когда заболел.

Заключение. Здоровый образ жизни и установки на сохранение здоровья формируется у населения под влиянием различных факторов. У медицинских работников, учитывая большую продолжительность обучения, личность и профессионализм преподавателей имеет существенное значение в течение всех этапов обучения (общеобразовательная школа, колледж, ВУЗ). Преподаватели должны быть мотивированы на работы в области формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний, иметь соответствующие знания и использовать их при обучении и лично для себя. Только в этом случае будет ощутимый эффект.

Интервьюирование преподавателей высших и средних медицинских заведений, а также общеобразовательных школ показало, что их образ жизни не всегда можно назвать здоровым.

В первую очередь это связано с вопросами режима жизни. Преподаватели в большинстве своем имеют недостаточную продолжительность сна, не регулярно принимают пищу и недостаточно занимаются физкультурой. Это отчасти можно объяснить недостатком времени, в связи с необходимостью работы дома и совмещения основной работы с дополнительными заработками.

Условия труда преподавателей характеризуются эмоциональными, интеллектуальными и сенсорными нагрузками в сочетании у большей части



рассматриваемой профессиональной группы с гиподинамией. Обращает на себя внимание тот факт, что значительная часть преподавателей отметили низкую физическую активность.

Что касается вредных привычек, здесь следует отметить, что внимание заслуживает табакокурение. С одной стороны среди преподавателей распространённость курения ниже, чем среди популяции взрослого населения России. Вместе с тем, учитывая многочисленность профессиональной группы преподавателей и их несомненное личное влияние на учащихся в процессе длительного обучения, группа курящих преподавателей требует корректировки их поведения в плане табакокурения.

Оценка информированности, активности преподавателей и воспитательной деятельности в области медицинской профилактики показала, что большая часть преподавателей готова к своей миссии учить будущих врачей вопросам профилактики. Однако часть из них нуждается в дополнительных знаниях, повышении мотивации и профессиональных навыков.

Субъективная оценка состояния здоровья преподавателей показала, что при проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, медицинского обследования в центрах здоровья рассматриваемая профессиональная группа заслуживает серьезного внимания, и прежде всего, по риску развития патологии со стороны нервной, сердечно-сосудистой систем, органов пищеварения и носоглотки.

Проведенные исследования свидетельствуют о необходимости системного подхода к созданию условий по формированию у преподавателей средних и высших учебных заведений, и прежде всего медицинских, установок на сохранение своего здоровья и компетенций в области преподавания вопросов формирования здорового образа жизни и сохранения здоровья.

Список литературы:

1. Алуф О.Б., А.А., Истомина А.В., Мишкич И.А. Сааркоппель Л.М. К вопросу организации и состояния питания студентов. - Санитарный врач. – 2014. - №2. – С. 29-31
2. Алуф О.Б., Васюхичева О.В., Мишкич И.А., Султанбекова А.А., Истомина А.В. Гигиеническая оценка пищевого поведения студентов первого курса медицинского высшего учебного заведения. ЗНиСО. – 2014. - №2 (251). – С. 23-26
3. Гревцова Е.А. Труд учителя. Социально-медицинские и психолого-педагогические аспекты: монография / Е.А. Гревцова; Ряз. гос. ун-т имени С.А. Есенина. – Рязань, 2010. – 172 с.
4. Мишкич И.А., Павлова А.Н., Баймаков Е.А., Чечура А.Н. К вопросу о профессиональном риске нарушения здоровья медицинских работников, занятых в учреждениях здравоохранения и образования. - Качество жизни и здоровье населения: электронный сборник материалов научно-практической конференции, посвященной 90-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения / под редакцией з.д.н. РФ, проф. В.С. Лучкевича. – СПб., 2014. – 256-259 с.
5. Баймаков Е.А., Кадыскина Е.Н., Мишкич И.А. Использование анкетного метода для оценки условий труда преподавателей медицинского вуза // Профилактическая медицина – 2013: Материалы III всероссийской конференции с международным участием. 27 ноября 2013 года / под. ред. А.В. Силина. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. – С. 129-130
6. Васюхичева О.В., Мишкич И.А., Алуф О.Б. Оценка режима, условий жизни и учебной нагрузки студентов 1-го курса медицинского вуза // Профилактическая медицина – 2013: Материалы III всероссийской конференции с международным



участием. 27 ноября 2013 года / под. ред. А.В. Силина. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. – С. 138-139

7. Павлова А.Н., Чечура А.Н., Кирьянова М.Н., Лучкевич В.С. Оценка условий труда и состояния здоровья медицинских сестер отделения функциональной диагностики // Профилактическая медицина – 2013: Материалы III всероссийской конференции с международным участием. 27 ноября 2013 года / под. ред. А.В. Силина. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. – С. 175-176

8. Микерова М.С. Здоровье преподавателей медицинских вузов и факторы, его определяющие: автореф. дис. ... канд. мед. наук. /М.С. Микерова. – М., 2007. – 30 с.

9. Толмачев Д.А. Комплексная оценка здоровья и качества жизни преподавателей медицинского вуза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / Д.А. Толмачев – М., 2012. – 29 с.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МОРФОМЕТРИИ МАТОЧНЫХ ТРУБ

Баландина И.А., Некрасова Л.В., Кобаидзе Е.Г., Токарева Д.А., Некрасова А.М., Гурянова Б.К., Махмудова С.Э.

Пермский государственный медицинский университет
им. академика Е.А.Вагнера, кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии

Актуальность исследования. В наше время вопрос о репродуктивности населения встаёт на первое место. Частота бесплодного брака в России колеблется от 8 до 19%. Для благополучного зачатия необходимо нормальное функционирование маточных труб. По данным Всемирной организации здравоохранения, причиной бесплодия брака в 30-85% случаев является трубный фактор (К.Д. Квициани, 2009). При бесплодии женщины нередко возникает необходимость в эндоскопическом хирургическом вмешательстве, с целью не только воздействия на яичники, но и одновременно, при наличии смешанного генеза бесплодия, проведения восстановления проходимости труб (Е.А. Сандакова, Этапное лечение больных с дисрегуляторными нарушениями менструальной функции, 2001). Более того, при нарушениях функций придатков матки, при нарушении проходимости труб или воспалительном процессе в придатках, возможна внематочная беременность.

Цель исследования – представить сравнительные морфометрические характеристики маточных труб на послеоперационном материале и на влажных препаратах кафедры анатомии.

Материал и методы исследования. С целью определения значимости маточных труб в вопросах репродукции были получены данные статистического отдела ПККБ за период 2011-2013 гг. Из них следует, что из 1806 пациенток гинекологического отделения 253 человека пролечены по поводу заболеваний маточных труб, что составило 14%, с последующим эндоскопическим вмешательством. Морфометрию выполнили на влажных препаратах кафедры нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии в количестве 26 маточных труб (13 правых и 13 левых) и на 16 маточных трубах: 8 правых и 8 левых (послеоперационный материал).

Результаты исследования. Среди объектов исследования наибольшая длина правой маточной трубы составила 165 мм. Минимальные размеры правой маточной трубы равны 63 мм. А в среднем параметры правой маточной трубы составили $116 \pm 0,6$ мм. Наибольшая длина левой маточной трубы составила 144 мм. Минимальная длина левой маточной трубы равна 85 мм. При работе с послеоперационным материалом исследованы 16 маточных труб: их них 8 правых и 8



левых. Критерием исключения явились макроскопически неизмененные маточные трубы. При морфометрии определили, что длина правой маточной трубы составляет от 75 мм до 102 мм. В составе правой маточной трубы длина перешейка составила 33% от общей длины, ампулы – 52%, воронки – 7%. Определить длину маточной части оказалось невозможно. Длина левой маточной трубы определилась от 60 мм до 96 мм, при этом длина перешейка составила 38%, длина ампулы – 49%, воронки – 5%. Строение стенки маточной трубы рассмотрели на гистологических срезах с окраской гематоксилином и эозином и с окраской по Ван Гизону. Определили, что стенка включает три оболочки: слизистую, представленную реснитчатыми и железистыми клетками; средний слой (в нем прослеживаются гладкие миоциты, расположенные поперечно и продольно); снаружи – соединительные волокна, среди которых определяются многочисленные полнокровные тонкостенные кровеносные сосуды.

Заключение. Таким образом, учитывая морфометрические показатели маточных труб на влажных препаратах кафедры анатомии и морфометрические характеристики послеоперационных маточных труб определяется, что длина правых маточных труб больше длины левых маточных труб. Знание микроанатомии маточных труб необходимо при реконструктивных мини-инвазивных операциях.

ПРИВЫЧНОЕ НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ: ФАКТОРЫ РИСКА, ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Батрак Н.В., Малышкина А.И., Сотникова Н.Ю.

ФГБУ «Ивановский НИИ Мид им. В.Н. Городкова» МЗ РФ, Иваново

Актуальность. Одной из наиболее важных проблем в современной медицине, оказывающей отрицательное воздействие на репродуктивное здоровье женщины, обуславливающей высокие показатели перинатальной заболеваемости и смертности, является невынашивание беременности. По данным многих авторов, частота данного осложнения, не имеющая тенденции к снижению на протяжении последних лет, составляет 10-25% от всех беременностей. Этиология невынашивания беременности разнообразна и зависит от многих факторов. Одни из них приводят к закладке аномального эмбриона, другие создают неблагоприятные условия для его нормального развития. В последние годы внимание ученых привлекают иммунные аспекты самопроизвольного прерывания беременности, которые в 40-50% случаев проявляются в виде патологических изменений на различных уровнях иммунной системы, а также неадекватной реакцией организма матери на отцовские антигены. В настоящее время исследователи пришли к выводу, что в большинстве случаев не существует единой причины, приводящей к симптомокомплексу привычных ранних потерь плода. Превалируют сочетания различных факторов, при которых происходит срыв компенсаторных механизмов, направленных на защиту эмбриона от отторжения материнским организмом. Одним из рациональных направлений, способствующих решению проблемы невынашивания беременности, является выделение среди беременных групп риска и их мониторинг. Это позволит определить новые методы ведения беременности, учесть и использовать все возможные профилактические и лечебные мероприятия, обеспечить междисциплинарный подход.

Материалы и методы. В условиях клиники ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Министерства здравоохранения Российской Федерации и женских консультаций г. Иваново проанкетировано 411 женщин, клинически обследовано - 124,



иммунологические тесты проведены у 80 женщин в I триместре гестации. Наблюдение за женщинами велось в течение всей беременности и послеродовом периоде, также оценивалось состояние новорожденного. Формирование клинических групп проводилось в зависимости от наличия на момент включения в исследование признаков угрозы прерывания беременности и исходов гестации. К признакам угрожающего выкидыша относили: боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей, признаки отслойки плаценты по ультразвуковому исследованию. Выделены следующие группы: 1 группа (основная): 211 женщин с клиникой угрозы прерывания текущей беременности в ранние сроки и привычным невынашиванием в анамнезе обследованы методом анкетирования, 88 из них обследованы клинически, 50 – иммунологически; 2 группа (контрольная): 200 женщин без угрозы прерывания беременности на ранних сроках и привычного невынашивания в анамнезе обследованы методом анкетирования, 36 из них обследованы клинически, 30 – иммунологически. Критерии включения: возраст 18-40 лет; признаки угрозы прерывания ранних сроков у женщин с привычным невынашиванием беременности в анамнезе; одноплодная беременность. Критерии исключения: неразвивающаяся беременность; беременность, наступившая в результате экстракорпорального оплодотворения; аномалии развития матки, экстрагенитальная патология в стадии декомпенсации, многоплодная беременность, острые и обострение хронических инфекционно-воспалительных заболеваний. Клинические методы исследования включали сбор анамнеза, общий и гинекологический осмотр. Проводилось изучение медико-социальных особенностей беременных женщин на основании добровольного информированного согласия методом анкетирования, с использованием специальной карты, включающей характеристику социально-бытовых, профессиональных, материальных факторов, особенности пищевого поведения, акушерско-гинекологический и соматический анамнез, оценку информированности по тесту об изменении образа жизни после наступления беременности, психологического компонента гестационной доминанты. Использовали общие лабораторные методы (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, определение группы крови и резус-фактора), ультразвуковое исследование плода и плаценты. Мембранную экспрессию рецепторов и внутриклеточный синтез цитокинов моноцитами определяли с помощью моноклональных антител (mAT) методом двухцветной проточной цитофлуориметрии на приборе FACScanto (Becton Dickinson, USA). В исследовании использовали следующие mAT: конъюгированные с FITC анти-CD14 антитела (Beckman Coulter, France), конъюгированные с PE анти-CD45 антитела (eBioscience, USA), анти-CD178 антитела (eBioscience, USA). Внутриклеточную продукцию цитокинов оценивали с помощью следующих mAT: конъюгированные с FITC анти-human-IL-10 антитела и конъюгированные с PE анти-human-TNF α антитела (eBioscience, USA). Анализ результатов проводили в программе «FACSDiva» (Becton Dickinson, USA). Содержание LIGHT, DcR3в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа на микропланшетном ридере MultiscanEXLabsystems (Finland) с использованием коммерческой тест-системы (Nycultbiotech, Netherlands). Анализ проводился в соответствии с протоколом фирмы-производителя. Определение уровня иммуноглобулинов классов IgA, IgM, IgG к Herpes simplex virus, Cytomegalovirus, Epstein-Barr virus, Toxoplasma gondii, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Chlamydia trachomatis, Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae в периферической крови производилось методом твердофазного иммуноферментного анализа на шариковых носителях с использованием с использованием коммерческих систем ЗАО «Вектор-Бест»





(Новосибирск, Россия). Количественное определение волчаночного антикоагулянта, аутоантител к кардиолипину, фосфатидилсерину, β 2-гликопротеину I в сыворотке крови проводилось методом иммуноферментного анализа (Биохиммак, Orgentec) с использованием автоматического ридера «EL-808» (USA). Математические методы обработки данных включали статистический анализ, методы клинической эпидемиологии (расчет значений относительного риска – ОР, доверительного интервала – ДИ при уровне значимости 95%) и осуществляли с использованием пакетов прикладных программ «Statistica for Windows 6.0.», «Microsoft Excel 2007», «MedCalc» и «OpenEpi». Обработка данных проводилась по общепринятым методам вариационной статистики после проверки рядов данных на нормальность распределения.

Результаты. Возраст опрошенных женщин варьировал в пределах 19-40 лет. Сравнительный анализ показал, что медиана возраста женщин с привычным невынашиванием беременности достоверно превышала медиану возраста женщин контрольной группы: соответственно 32 года (28-35 лет) и 26 лет (24-30 лет), $p < 0,001$. Возраст отца будущего ребенка колебался в пределах 18-57 лет и в основной группе женщин был также достоверно выше и составил 33 года (30-38 лет), тогда как в контрольной – 29 лет (26-34 года), $p < 0,001$. При оценке антропометрических показателей выявлено, что медиана массы тела опрошенных основной группы составила 63 кг (58-70 кг) и достоверно превысила медиану массы тела женщин контрольной группы – 60 кг (53-65,25 кг), $p < 0,001$. ИМТ пациенток основной группы был также достоверно выше по сравнению с контрольной и составил соответственно 23,23 кг/м² (20,82-26,44 кг/м²) и 21,94 кг/м² (19,72-24,09 кг/м²), $p < 0,001$. Выявлено, что в основной группе число женщин с избыточной массой тела превышало данный показатель контрольной группы (23,7% и 15%, $p = 0,035$). Беременные женщины с привычным невынашиванием в анамнезе по сравнению с беременными контрольной группы достоверно чаще состояли в повторном браке (18,9% и 3%, $p < 0,001$). Возраст вступления в брак у пациенток основной группы был достоверно больше по сравнению с женщинами контрольной группы и составил соответственно 25 лет (22-29 лет) и 23 года (21-25 лет), $p < 0,001$. Женщины с привычным невынашиванием по сравнению с группой контроля достоверно чаще были служащими (59,2% и 29,5%, $p < 0,001$), тогда как женщины контрольной группы достоверно чаще были рабочими (25,6% и 46%, $p < 0,001$) и учащимися (0,5% и 5,5%, $p = 0,006$). Частое нервно-психическое напряжение на работе отмечали 43,1% ($p < 0,001$) женщин основной группы, контакт с пылью и химическими веществами – 27%, физически тяжелую работу и вынужденное положение – 19,5%. При этом продолжительность работы в условиях воздействия неблагоприятных факторов женщин основной группы была достоверно больше и составила $8,33 \pm 0,41$ лет по сравнению с женщинами контрольной группы $5,1 \pm 0,53$ ($p < 0,001$). Женщины основной группы достоверно чаще проживали в отдельной квартире (73,9% и 63%, $p = 0,022$) со всеми удобствами (92,4% и 84,5%, $p = 0,018$) по сравнению с женщинами контрольной группы. При этом женщины контрольной группы достоверно чаще имели совместное жилье с другими членами семьи (25,1% и 40,5%, $p = 0,001$) с частичными удобствами (7,1% и 14%, $p = 0,034$). Уровень дохода на одного члена семьи у женщин основной группы был достоверно больше 15000 рублей (41,7% и 31%, $p = 0,031$). Жилая площади на одного члена семьи была достоверно больше 12 м² у беременных с угрозой прерывания (64,9% и 41,5%, $p < 0,001$). Большая часть женщин (84,8% и 63,5%, $p < 0,001$) основной группы имела личный транспорт. Несмотря на то, что женщины основной группы достоверно чаще употребляли в пищу свежие овощи (42,7% и 29,5%, $p = 0,007$), более редко употребляли сладкое



(35,6% и 25,5%, $p=0,035$), жареную пищу (6,2% и 1,5%, $p=0,028$) и использовали растительное масло при приготовлении блюд (91% и 97%, $p=0,019$) по сравнению с женщинами группы контроля, обращает внимание более частое употребление алкоголя пациентками с привычным невынашиванием беременности (36,5% и 12%, $p<0,001$). Принимая во внимание многофакторность привычного невынашивания беременности, важное значение имеет изучение семейного анамнеза. При анализе акушерско-гинекологического анамнеза обнаружена большая частота отягощенной наследственности по материнской линии у женщин с привычным невынашиванием беременности по сравнению с женщинами контрольной группы (20,4% и 9%, $p=0,001$). При этом достоверно чаще наблюдались самопроизвольные выкидыши (17,1% и 8,5%, $p=0,014$) и мертворождения (3,3% и 0%, $p=0,026$) у родственников по материнской линии в основной группе женщин. При анализе половой функции женщин исследуемых групп возраст начала половой жизни в основной группе составил 18 лет (17-19 лет) и 18 лет (17-18,5 лет) в контрольной группе ($p>0,05$). При этом начали половую жизнь до вступления в брак 84,4% женщин основной группы и 93,5% опрошенных контрольной группы ($p=0,005$). По количеству половых партнеров женщины обеих групп были сопоставимы 2 (1-3) и 2 (1-3), $p>0,05$. В контрольной группе отмечалось более продолжительное время до наступления первой беременности после начала половой жизни (3 года (2-6 лет) и 5 лет (3-7 лет), $p=0,004$). При анализе репродуктивной функции в среднем на одну женщину основной группы приходилось 4 (3-5) беременностей, тогда как на одну женщину контрольной группы – 2 (1-3), ($p<0,001$). Аборты у женщин основной и контрольной группы наблюдались одинаково часто (27,5% и 30,5%, $p>0,05$). Самопроизвольные выкидыши достоверно чаще наблюдались у женщин основной группы по сравнению с контрольной (57,3% и 11,5%, $p<0,001$). У женщин основной группы также достоверно чаще наблюдалась неразвивающаяся беременность (62,1% и 0%, $p<0,001$). Также у женщин основной группы достоверно чаще наблюдалась внематочная беременность (3,8% и 0%, $p=0,015$). Указали на наличие в анамнезе инфекций, передаваемых половым путем, 38,4% женщин основной группы и 18,5% женщин из контрольной ($p<0,001$). Микоплазменная инфекция достоверно чаще наблюдалась в группе женщин с угрожающим выкидышем и привычным невынашиванием по сравнению с контрольной группой (7,1% и 1%, $p=0,004$). При анализе гинекологических заболеваний выявлено, что женщины основной группы по сравнению с контрольной достоверно чаще в анамнезе имели острый/хронический сальпингоофорит (16,1% и 4,5%, $p<0,001$), острый/хронический эндометрит (15,6% и 0%, $p<0,001$). Эндометриоз (17,1% и 5,5%, $p<0,001$), миома матки (12,8% и 3,5%, $p=0,001$) также достоверно чаще наблюдались у женщин основной группы. Среди пациенток с привычным невынашиванием достоверно чаще отмечались оперативные вмешательства на органах репродуктивной системы (38,9% и 18%, $p<0,001$) по поводу внематочной беременности (9% и 1%, $p<0,001$), трубно-перитонеального бесплодия (7,6% и 2,5%, $p=0,034$), миомы матки (4,3% и 0%, $p=0,008$). В рамках нашего исследования были проанализированы сведения о различных нозологических формах имеющих соматических заболеваний. Нами выявлено, что женщины основной группы достоверно чаще имели различную соматическую патологию (60,2% и 47%, $p=0,009$). Женщины с привычным невынашиванием по сравнению с женщинами контрольной группы достоверно чаще указывали на наличие хронического гастрита (15,6% и 8,5%, $p=0,039$), ожирения (7,1% и 2%, $p=0,025$), сочетанной экстрагенитальной патологии (19% и 6,5%, $p<0,001$). При изучении медицинской активности установлено, что достоверно чаще в качестве источника информации о состоянии



своего здоровья 77,7% женщин с привычным невынашиванием в анамнезе используют рекомендации медицинских работников, тогда как в контрольной – 64,5% ($p=0,004$) и полностью выполняют их назначения (91,9% - основная, 82% - контрольная группа, $p=0,004$). Установлено, что 49,8% женщин с привычным невынашиванием в анамнезе достоверно чаще обращаются к врачу сразу при ухудшении здоровья, тогда как в контрольной только 39% ($p=0,036$). Значительная часть опрошенных основной группы (52,1%) не занимаются самолечением по сравнению с женщинами контрольной группы (38,5%, $p=0,007$) и достоверно реже применяют симптоматическое лечение по сравнению с женщинами с неосложненным течением беременности (29,9% и 40,5%, $p=0,031$). Достоверно чаще женщины контрольной группы считали, что нет необходимости в прегравидарной подготовке и ничего не предпринимали при подготовке к зачатию (24,2% - основная, 55% - контрольная группа, $p<0,001$). Женщины с привычным невынашиванием достоверно чаще при планировании беременности проходили обследование (54,5% и 20,5%, $p<0,001$) и лечение (56,9% и 12%, $p<0,001$) по сравнению с женщинами контрольной группы. При этом женщины основной группы планировали беременность за 9 месяцев (6-12 месяцев), тогда как в контрольной группе – за 5 месяцев (2-8 месяцев), $p<0,001$. Женщины с привычным невынашиванием в анамнезе обращались на учет в женскую консультацию в сроке 6 недель (5-7 недель), тогда как женщины контрольной группы в 6 недель (5-8 недель), $p=0,01$. Однако, при оценке по тесту информированности выявлена информированность женщин основной группы на 90% (80-100%), контрольной – на 90% (90-100%), $p<0,001$, что, вероятно связано с тем, что пациентки с привычным невынашиванием реже полагаются на собственные знания о состоянии здоровья, реже занимаются самолечением и чаще обращаются к медицинским работникам. При изучении психологического состояния нами выявлена тенденция к снижению оптимального (70,8% и 75,8%), увеличению эйфорического (25,5 и 21,5%) и гипогестогнозического (3,2% и 0,5%) компонентов гестационной доминанты у женщин основной группы по сравнению с контрольной группой. Полное клинико-лабораторное обследование было проведено у 124 женщин. Все беременные основной группы на момент обследования имели клинические признаки угрозы прерывания. При этом угрожающий выкидыш был диагностирован у 64,8% женщин, начавшийся выкидыш – у 35,2%. Отслойка плодного яйца по УЗИ определялась у 11,4% женщин. При оценке антропометрических показателей выявлено, что вес и индекс массы тела у женщин основной группы достоверно превышали данный показатель в контрольной группе, что нами было выявлено ранее. Окружность талии у женщин основной группы достоверно превысила данный показатель у женщин группы контроля и составила соответственно 83 см (78-90 см) и 77 см (70,5-81,5 см), $p=0,001$. При этом количество женщин окружность талии которых соответствовала 80 см и более достоверно большим было среди беременных с привычным невынашиванием (67,2% и 38,9%, $p=0,007$). Отношение окружности талии к объему бедер у пациенток с привычным невынашиванием также превышало данный показатель у женщин с неосложненным течением беременности. Количество женщин у которых данный показатель соответствовал значению более 0,8 было большим в основной группе (78,7% и 47,2%, $p=0,002$). Толщина кожной складки на уровне пупка у женщин основной группы была достоверно больше и составила соответственно 3 см (2-3 см) и 2 см (2-2,75 см), $p=0,004$. При оценке лабораторных данных в ранние сроки гестации установлено статистически значимое повышение уровня глюкозы в венозной плазме натощак у женщин с привычным невынашиванием беременности ($4,97\pm 0,06$ и $4,05\pm 0,09$, $p<0,001$). При этом количество женщин уровень гликемии которых соответствовал



5,1 ммоль/л и более, но менее 7,0 ммоль/л было достоверно большим в основной группе женщин (42,2% и 2,8%, $p < 0,001$). При анализе лабораторных показателей нами выявлены достоверно более высокие значения АСТ (31,5 Ед/л (24-40 Ед/л) и 23 Ед/л (21-25 Ед/л), $p < 0,001$), протромбинового индекса (111% (100-126%) и 107,5% (101,5-109,5%), $p < 0,001$) у женщин основной группы по сравнению с контрольной. Женщинам основной группы было проведено комплексное обследование, направленное на выявление причины угрозы прерывания беременности и включающее определение уровня 17-ОНР, серологических маркеров АФС, антител к фосфатидилсерину, антител к ХГЧ, ультразвуковое исследование. Нами выявлено, что гиперандрогенемия – у 36 (40,9%), аномалии развития матки – у 7 (7,9%), антифосфолипидный синдром – у 5 (5,7%). С целью определения инфекционного фактора как одной из причин угрозы прерывания и привычного невынашивания беременности проведено иммунологическое исследование методом твердофазного иммуноферментного анализа. Нами выявлено, что у женщин основной группы по сравнению с контрольной достоверно чаще определяются маркеры острого инфицирования (64,8% и 44,4%, $p = 0,039$), IgA к *Mycoplasma hominis* (14,8% и 2,8%, $p = 0,023$) и *Toxoplasma gondii* (4,8% и 0%, $p = 0,028$). При этом у женщин с угрожающим выкидышем и привычным невынашиванием достоверно чаще по сравнению с контрольной группой выявляются маркеры острой бактериальной микст-инфекции (6,8% и 0%, $p = 0,009$). В результате иммунологического обследования беременных исследуемых групп в сроке 5-12 недель гестации была проведена оценка мембранной экспрессии молекулы CD178 моноцитами периферической венозной крови. Медиана мембранной экспрессии CD178 моноцитами у женщин с угрожающим выкидышем ранних сроков и привычным невынашиванием в анамнезе была достоверно ниже, чем в группе контроля (33,1% (27,7-38%) и 61,25% (51,5-66,25%), $p < 0,001$). Нами выявлены достоверно более низкие показатели относительного количества IL-10+ моноцитов у женщин основной группы по сравнению с параметрами контрольной группы (31,05% (26,9-37,6%) и 64,5% (60-69,8%), $p < 0,001$). При оценке относительного количества TNF- α + моноцитов нами установлены достоверно более высокие значения данного показателя в группе женщин с угрожающим выкидышем ранних сроков и привычным невынашиванием в анамнезе по сравнению с данными показателями в группе контроля (64,8% (59,1-72%) и 43,05% (35,65-54,45%), $p < 0,001$). В результате иммунологического обследования беременных исследуемых групп в сроке 5-12 недель гестации была проведена оценка содержания DcR3 в сыворотке крови. Учитывая предел чувствительности тест-системы 0,3 пг/мл, была установлена достоверно большая частота встречаемости положительных результатов данного показателя в контрольной группе женщин (16,9% и 41,4%, $p = 0,018$), при этом медиана изучаемого показателя имела тенденцию к повышению в контрольной группе женщин по сравнению с данным параметром основной группы (1,518 пг/мл (0,579-9,829 пг/мл) и 3,837 пг/мл (0,703-6,886 пг/мл), $p > 0,05$). Нами была проведена оценка содержания LIGHT в сыворотке крови. Учитывая предел чувствительности тест-системы 15 пг/мл, установлена тенденция к увеличению частоты встречаемости положительных результатов изучаемого показателя в контрольной группе женщин (6,8% и 17,2%, $p > 0,05$), при этом наблюдалась также тенденция к увеличению медианы данного показателя в контрольной группе по сравнению с основной группой (106,335 пг/мл (40,4-288,9 пг/мл) и 123,8 пг/мл (103,3-185,7 пг/мл), $p > 0,05$). При анализе течения настоящей беременности выявлено, что у женщин основной группы по сравнению с контрольной достоверно чаще был диагностирован угрожающий выкидыш как ранний, так и поздний (100% и 27%, $p < 0,001$) на достоверно более ранних сроках



беременности (8 недель (6-10 недель) и 10 недель (7-12 недель), $p < 0,01$). Анемия достоверно чаще встречалась в основной группе женщин (28,4% и 16%, $p = 0,003$). Гестационный сахарный диабет достоверно чаще выявлялся у женщин с привычным невынашиванием по сравнению с контрольной группой женщин (8,1% и 1,5%, $p = 0,039$). ПОНРП по УЗИ достоверно чаще определялась в основной группе женщин (3,8% и 0%, $p = 0,017$). Угрожающие преждевременные роды наблюдались у 42,2% беременных основной группы и у 15,5% женщин в контрольной ($p < 0,001$). Преждевременный разрыв плодных оболочек произошел у 15,2% женщин основной и у 3% беременных контрольной группы ($p < 0,001$) в сроке гестации 35,5 недель (30,5-37,25 недель) и 40 недель (39-41 неделя) соответственно ($p = 0,001$). При анализе исходов настоящей беременности у женщин изучаемых групп выявлено, что неразвивающаяся беременность достоверно чаще определялась в основной группе женщин по сравнению с контрольной – 13,7% и 0,5% соответственно ($p < 0,001$). У 28 (13,3%) женщин основной группы беременность завершилась преждевременными родами, тогда как в контрольной только у 5 (2,5%) ($p < 0,001$), при этом достоверно чаще наблюдались преждевременные роды в сроке 34-37 недель (9% и 2%, $p = 0,004$). При анализе течения родов родоразрешение через естественные родовые пути наблюдалось у 60,7% женщин основной группы и у 71,5% женщин контрольной ($p > 0,05$). При оценке антропометрических показателей выявлено, что у женщин основной группы медиана длины тела новорожденных при своевременных родах достоверно ниже данного показателя в контрольной группе (51 см (50-53 см) и 52 см (51-54 см), $p = 0,002$). Оценка по шкале Апгар как на первой (8 баллов (7-8 баллов) и 8 баллов (8-8 баллов), $p < 0,001$), так и на пятой минуте (9 баллов (8-9 баллов) и 9 баллов (9-9 баллов), $p < 0,001$) после рождения была достоверно выше в группе контроля. При анализе структуры заболеваемости новорожденных выявлено, что у новорожденных основной группы достоверно чаще по сравнению с контрольной наблюдались синдром задержки развития плода (8,4% и 2,1%, $p = 0,013$), признаки внутриутробной гипоксии (21,7% и 6,9%, $p < 0,001$), респираторный дистресс-синдром (5,4% и 1,1%, $p = 0,039$), ишемическое (12,7% и 4,8%, $p = 0,013$), перинатальное поражение ЦНС (3,6% и 0%, $p = 0,026$), внутрижелудочковые кровоизлияния (6% и 1,1%, $p = 0,022$). В основной группе женщин достоверно чаще наблюдалась недоношенность новорожденных II степени (7,1% и 0,5%, $p < 0,001$). Нами выявлено достоверно более длительное время пребывания детей и женщин основной группы по сравнению с контрольной в родильном доме (6 дней (5-7 дней) и 5 дней (4-6 дней), $p < 0,001$).

Заключение. Социально-бытовые, материально-экономические, профессиональные, медико-гигиенические факторы являются факторами риска привычного невынашивания. Увеличение в основной группе женщин по сравнению с контрольной отклоняющихся от оптимального типов психологического компонента гестационной доминанты является возможной причиной неблагоприятного течения беременности, родов и послеродового периода. Основной причиной привычного невынашивания беременности является урогенитальная инфекция. Неблагоприятное течение настоящей беременности у женщин основной группы связано с выявленными нами факторами риска, к которым относится поздний репродуктивный возраст, наличие потери беременности в анамнезе, стрессовые ситуации, прием алкогольных напитков, наличие урогенитальной инфекции, сахарный диабет, экстрагенитальная патология, характерных как для привычного невынашивания беременности, так и для других гестационных осложнений.



Неблагоприятные перинатальные исходы являются причиной различных гестационных осложнений у женщин с привычным невынашиванием беременности.

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Безуглова Е.И., Лунева Ю.В., Филиппенко Н.Г., Поветкин С.В., Корнилов А.А.
Курский государственный медицинский университет, кафедра клинической фармакологии, Курск

Актуальность. Наличие хронических сердечно-сосудистых заболеваний - гипертоническая болезнь (ГБ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), у большинства пациентов обуславливает снижение качества жизни (КЖ) [2,3,4,5,6,7,8]. Оценка качества жизни у больных с сочетанной кардиоваскулярной патологией представляет большое научное и практическое значение [1]. Возможность коррекции вышеуказанных нарушений в процессе проведения комплексной фармакотерапии больных с сочетанной кардиальной патологией является актуальной задачей современной кардиологии.

Цель исследования: изучение динамики показателей качества жизни больных с сочетанной кардиальной патологией в условиях рутинной клинической практики.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 80 пациентов со стабильной стенокардией напряжения (ССН) I-III функционального класса (ФК), гипертонической болезнью (ГБ) I-III степени, ХСН I-III ФК. Из них 38 мужчин (47.5%) и 42 женщины (52.5%). Средний возраст составил 56.4 ± 5.4 года. Пациенты включались в исследование на этапе изменения схемы фармакотерапии врачами ЛПУ, проводимой при амбулаторном наблюдении больных. Были использованы различные схемы терапии больных с сочетанной сердечно-сосудистой патологией, включавшие: бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) или сартаны, диуретики, антиагреганты, статины, блокаторы кальциевых каналов (БКК), нитраты по потребности, антагонисты альдостерона. Для оценки качества жизни больных использовался опросник SF – 36 [3]. Длительность наблюдения составляла 2 месяца. Статистическая обработка данных производилась с помощью программы Statistica 8.0. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Данные в таблице представлены в виде $M \pm SD$.

Результаты исследования. Частота назначения основных классов сердечно-сосудистых лекарственных средств у обследованных больных была следующая: антиагреганты (87.5%), бета-адреноблокаторы (65.3%), ИАПФ (58.3%), БКК (56.3%), диуретики (45.1%) и статины (45.1%) принимало менее половины пациентов, наименьшую долю занимают антагонисты альдостерона (21.8%).

На фоне рутинной амбулаторной фармакотерапии пациентов с сочетанной кардиоваскулярной патологией в течение двух месяцев наблюдалось достоверное улучшение следующих показателей качества жизни (таблица 1): общего состояния здоровья (оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения) на 18% ($p < 0,001$); физического функционирования (определяется степенью, в которой физическое состояние ограничивает выполнение будничной деятельности) на 20.5% ($p < 0,001$); уменьшение интенсивности боли и ее влияния на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу



по дому и вне дома на 24% ($p < 0,001$); увеличение жизнеспособности (ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным) на 13% ($p < 0,001$); повышение самооценки психического здоровья (характеризует настроение: наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций) на 9% ($p < 0,01$). В процессе обследования больных также наблюдалось достоверное снижение социального функционирования на 7.5% ($p < 0,05$). Показатели ролевого функционирования, обусловленного физическим и эмоциональным состоянием, изменялись недостоверно.

Одним из основных показателей КЖ пациентов является выраженность болевого синдрома. Учитывая исследуемый контингент больных, снижение частоты и интенсивности болевого синдрома может служить показателем достижения контроля над заболеванием. У обследованных пациентов в исходном состоянии было выявлено, что число больных, у которых тяжелые и умеренные физические нагрузки не вызывали затруднений при их выполнении, составляло 43.75%. После двухмесячной комплексной фармакотерапии количество таких больных возросло в два раза ($p < 0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о выраженном улучшении, по мнению пациентов, интегрального показателя состояния здоровья.

Так, достоверно уменьшилось количество больных (на 10%, $p < 0,05$), считающих себя склонными к болезни в большей степени, чем окружающие, а также ожидающие его ухудшения. Достоверно уменьшилось число пациентов, считающих неверным утверждение «у меня отличное здоровье» (на 12.5%, $p < 0,05$). Из литературных источников известно, что оптимистичное отношение пациента к своему заболеванию улучшает не только результаты лечения, но и суммарный уровень КЖ [3].

Своевременное выявление низкого КЖ у больных с сочетанной сердечно-сосудистой патологией, изучение психосоциальных факторов наряду с факторами сердечно-сосудистого риска, а также их коррекция, являются важнейшими составляющими современных диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных программ для пациентов с сочетанной сердечно-сосудистой патологией [8].

Заключение. Таким образом, рутинная амбулаторная фармакотерапия способствовала улучшению качества жизни больных с сочетанной кардиоваскулярной патологией. Это выразилось в достоверном повышении жизнеспособности, общего состояния здоровья, реализуемого как за счет физического, так и психического компонентов, уменьшения интенсивности болевых ощущений. Положительное изменение качества жизни обследованных больных обусловлено комплексным влиянием лекарственных средств на основные звенья патогенеза ГБ, ССН, ХСН и редуцирование клинических проявлений заболеваний.

Литература

1. Линчанская Т.П., Герасимова Е.В. Психологические особенности и качество жизни у больных коронарной болезнью сердца // Материалы международной конференции качества жизни в медицине. СПб., 2002. С. 185-186.
2. Орлов В.А., Гиляревский С.Р. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине: обзорная информация. – М., 1992.
3. Парахонский А.П. Оценка качества жизни больных артериальной гипертонией // Фундаментальные исследования. – 2006. – № 12 – С. 33–34.
4. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. – 784 с.



5. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования// Кардиология. – 2007. – № 3. – С.28-37.
6. Carney R.M., Freeland K.E., Sheline Y.I. Depression and coronary heart disease: a review for cardiologists // Clin. Cardiol. 1997.Vol. 20. P. 196-200.
7. Robbins M.A., Elias M.F., Croog S.H., Colton T. Unmedicated blood pressure levels and quality of life in elderly hypertensive women. Psychosom Med 1994; 56:3:251 – 259.
8. Surtees P.G., Nicholas W.J. Wainwright. Depression and Ischemic Heart Disease Mortality: Evidence From the EPIC-Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study// Am. J. Psychiatry. – 2008. – №165. – P. 515-523.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Белова С.А.

ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Челябинск), Челябинск

Актуальность. Уровни распространенности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний варьируют по муниципальным образованиям и зависят не только от динамики развития патологии, но и определяются неравной доступностью медицинского обслуживания населения разных городов и сельских районов, наличием или отсутствием преемственности в организации медицинской помощи на разных этапах ее оказания, что требует анализа существующей системы оказания медицинской помощи и изучения уровня и динамики заболеваемости и смертности, мнения населения об организации оказания медицинской помощи в Челябинской области [1,2,3,4].

Материалы и методы. Проведено изучение организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению Челябинской области, распределенных по четырем территориальным группам в зависимости от уровней медицинской организации в трехуровневой системе оказания медицинской помощи Челябинской области. В первую территориальную группу был включен г. Челябинск, где сосредоточены медицинские организации всех трех уровней медицинской помощи. Вторую территориальную группу составили муниципальные образования, являющиеся центрами медицинских округов с медицинскими организациями первого и второго уровня. Третья территориальная группа - это медицинские организации третьего уровня, оказывающие первичную медико-санитарную и специализированную помощь. В четвертую территориальную группу включены сельские территории области. Оказание медицинской помощи осуществляется в медицинских организациях третьего уровня в рамках первичной медико-санитарной помощи.

С целью обеспечения равной доступности и качества предоставляемой медицинской помощи населению Челябинской области, независимо от места проживания, в системе здравоохранения Челябинской области внедряется трехуровневая система первичной медико-санитарной помощи в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи (рис.1.1)

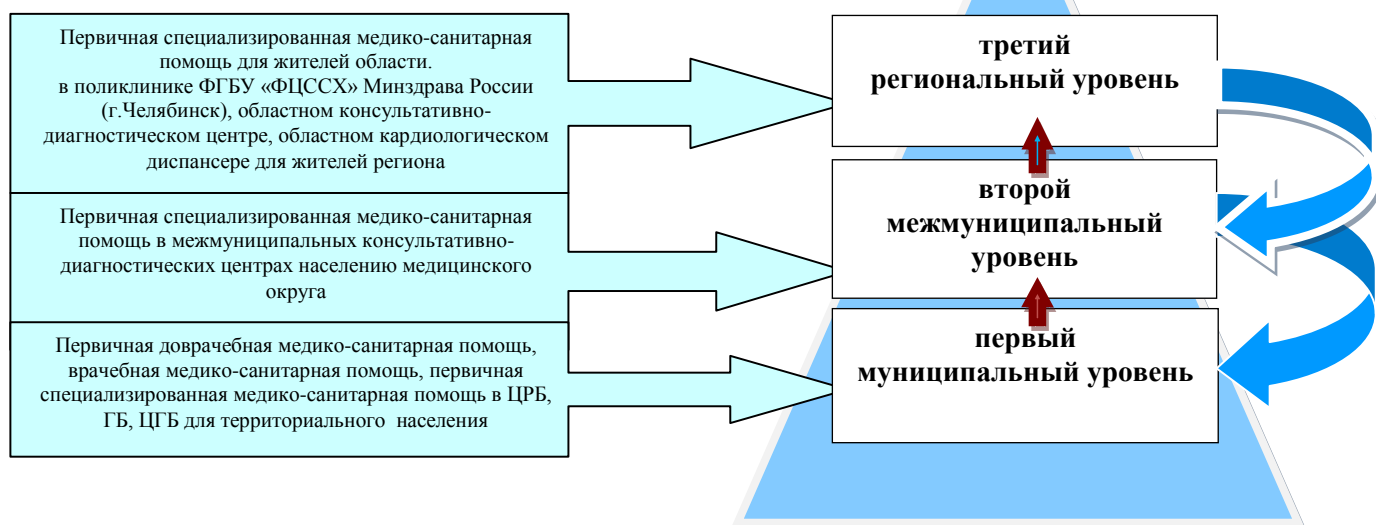


Рисунок 1.1 Схема трехуровневой системы первичной медико-санитарной помощи на региональном уровне

Организация первичной медико-санитарной помощи, первичной специализированной помощи больным ИБС осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 918н от 15 ноября 2012 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно - сосудистыми заболеваниями», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2012 г. № 1334н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения» и приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 24 июля 2012 г. N 1054 «Об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Челябинской области», положенными в основу формирования организационно-функциональной модели оказания первичной медико-санитарной помощи больным ИБС.

Результаты и обсуждение. Первичная медико-санитарная помощь больным кардиологического профиля в Челябинской области оказывается в 91 медицинской организации, в том числе в 8 самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждениях - в 6 взрослых поликлиниках, в 1 диагностическом центре, 1 профильном диспансере и в поликлиниках 48 городских больниц, 21 ЦРБ, 2 районных больниц, 2 федеральных учреждений и 161 офисе врача общей практики.

Анализ кадровых ресурсов медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, показал, что в первичном звене в 2012 году работал 1021 врач - терапевт, в том числе в первой группе - 456 терапевтов, во второй группе — 236, в третьей - 227 и в четвертой - 102 терапевта. Обеспеченность врачами - терапевтами в 2012 г. составила по Челябинской области 3,6 на 10 тыс. населения, что ниже аналогичного показателя в РФ - 4,8 на 10 тыс. населения. Лучший показатель обеспеченности врачами терапевтами в 2012г. в первой группе - 5,0 на 10 тыс. населения, самые низкие показатели во второй и четвертой группах - 3,1 на 10 тыс. населения. При анализе показателей обеспеченности врачами - терапевтами выявлены статистически значимые



различия в медицинских организациях Челябинской области и первой группы ($p < 0,001$; $r = 0,948$); Челябинской области и второй группы ($p = 0,014$; $r = 0,633$); в Челябинской области и третьей группы ($p = 0,003$; $r = 0,732$); первой и второй группы ($p = 0,023$; $r = 0,585$) и первой и третьей групп ($p = 0,011$; $r = 0,652$).

Динамика уровня обеспеченности врачами – терапевтами за анализируемый период имеет тенденцию к снижению. Уровень обеспеченности врачами - терапевтами в Челябинской области снизился с 5,3 на 10 тыс. населения в 2001 года до 3,6 на 10 тыс. населения в 2012 году (темп снижения 67%).

Анализ динамики обеспеченности врачами - терапевтами показал, что за исследуемый период в первой группе уровень обеспеченности врачами – терапевтами снизился с 7,7 на 10 тыс. населения в 2001 году до 5,0 на 10 тыс. населения в 2012 году (темп роста 64%), во второй группе отмечалось снижение с 3,4 на 10 тыс. населения в 2001 году до 3,1 на 10 тыс. населения в 2012 году (темп роста 91%), в третьей – снижение с 3,9 на 10 тыс. населения в 2001 году до 3,4 на 10 тыс. населения в 2012 году (темп роста 87%), в четвертой группе отмечался рост с 3,0 на 10 тыс. населения в 2001 году до 3,1 на 10 тыс. населения в 2012 году (темп роста 103%).

Таким образом, за анализируемый период ситуация по обеспеченности врачами-терапевтами оставалась без динамики за период с 2001 года по 2010 год, с 2011 года отмечается снижение обеспеченности врачами – терапевтами в целом и преимущественно в первой, третьей группах за счет перехода части врачей – терапевтов во врачи общей практики.

Обеспеченность врачами общей практики в Челябинской области в 2012 г. составила в 0,62 на 10 тыс. населения, что ниже показателя обеспеченности врачами общей практики в РФ – 0,69 на 10 тыс. населения (рис. 1.2).

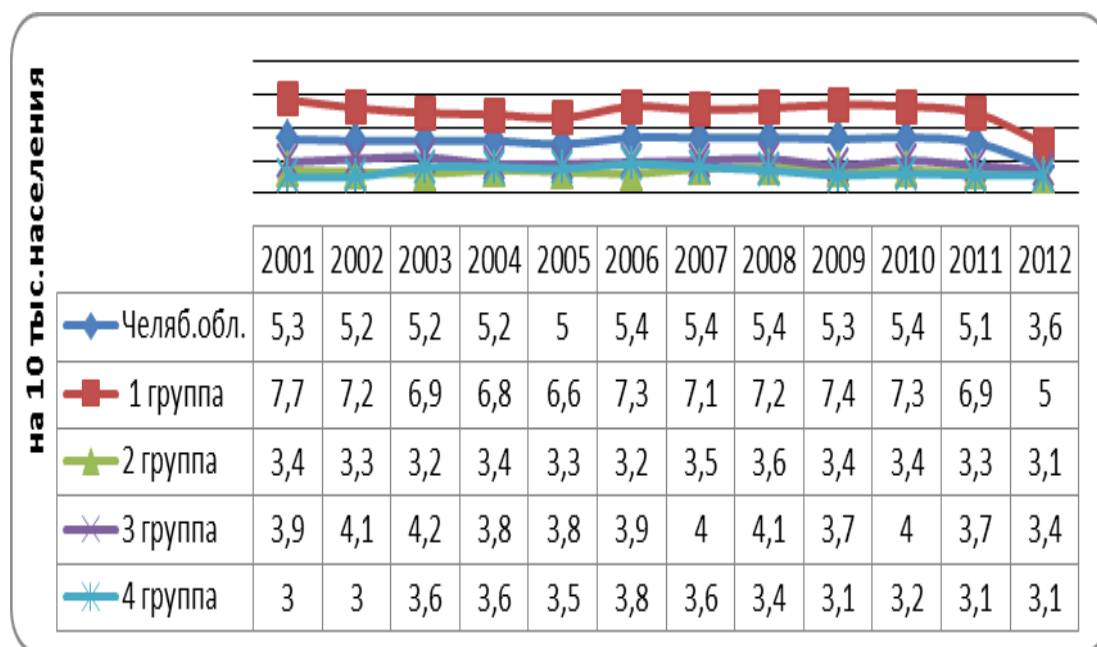


Рисунок 1.2. Динамика обеспеченности врачами- терапевтами в Челябинской области и территориальных группах за 2001-2012 годы (на 10 тыс.населения)



Оказание первичной специализированной медицинской помощи по профилю «кардиология» осуществляется в рамках первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в кардиологических кабинетах поликлиник и диспансеров и дневных стационаров кардиологического профиля при поликлиниках.

В 2012 году в Челябинской области работали 153 врача — кардиолога. Большинство врачей кардиологов оказывали медицинскую помощь в городах. В медицинских организациях первой группы работал 91 врач — кардиолог, 40 — в медицинских организациях второй группы, в третьей и четвертой группах — работает 20 и 2 врача - кардиолога соответственно.

Обеспеченность врачами - кардиологами составила в 2012 г. 0,59 на 10 тыс. населения, что ниже обеспеченности врачами-кардиологами в РФ – 0,85 на 10 тыс. населения.

В целом за изучаемый период наиболее высокий уровень обеспеченности врачами - кардиологами отмечается в первой группе - 1,0 на 10 тыс. населения, самый низкий показатель обеспеченности врачами - кардиологами в четвертой группе - 0,05 на 10 тыс. населения.

Статистически значимые различия по обеспеченности врачами - кардиологами установлены для медицинских организаций второй и третьей групп ($p=0,02$; $r=0,657$). В остальных группах отсутствуют статистически значимые различия (табл. 4.1.2 Приложения).

Темп роста показателя обеспеченности врачами - кардиологами на 10 тыс. населения в 2012 году к аналогичному показателю 2001 года составил по Челябинской области 118%, по первой группе - 113 %, во второй - 166 %, в третьей - 380 % и четвертой - 500 % (рис. 1.3).

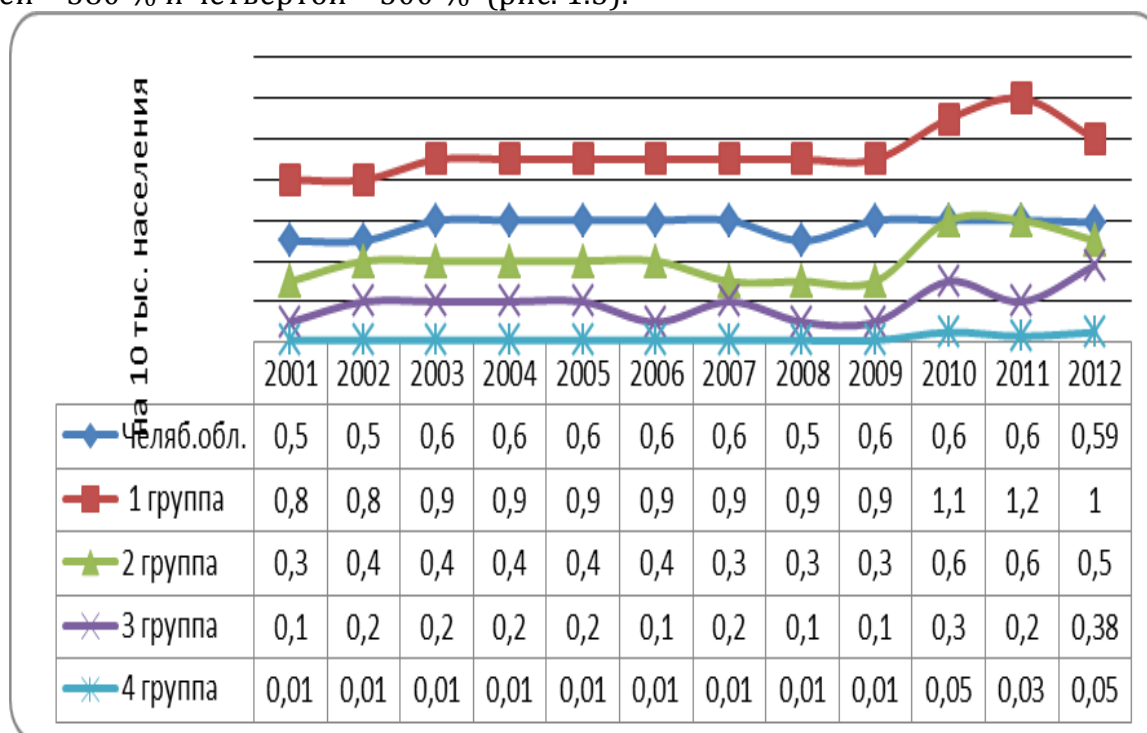


Рис. 1.3. Динамика обеспеченности врачами-кардиологами в Челябинской области и территориальных группах за 2001-2012годы (на 10 тыс. населения)



Для оказания медицинской помощи в области развернуто 58 кардиологических коек дневного пребывания при поликлиниках. Этот профиль коек представлен в медицинских организациях первой и третьей территориальных групп. Всего за 2012 год в дневных стационарах при поликлинике было пролечено 1187 больных, проведено 14149 койко - дней. Средняя длительность лечения одного больного составила 11,9 дня. Темп роста обеспеченности кардиологическими койками дневного стационара при поликлинике в 2012 г. к аналогичному показателю 2001г. составил + 232%. Обеспеченность кардиологическими койками дневного стационара при поликлинике в 2012г. составила 0,22 на 10 тыс. населения.

С целью оценки эффективности оказания первичной медико-санитарной помощи нами проведен анализ охвата диспансерным наблюдением больных ИБС. Установлено, что за анализируемый период увеличилось число зарегистрированных случаев больных ИБС. Общее число зарегистрированных случаев в 2012 году увеличилось в 1,6 раза по сравнению с 2001 годом и составило 142368 человек. Увеличение числа зарегистрированных случаев ИБС, по-видимому, объясняется формированием этапной системы оказания помощи при ИБС, начиная от выявления при проведении дополнительной диспансеризации и на углубленных осмотрах, через сеть смотровых кабинетов, Центров здоровья, в ходе работы выездных профилактических бригад.

Одновременно с ростом заболеваемости по обращаемости за анализируемый период отмечается увеличение в 1,8 раза числа больных ИБС, находящихся под диспансерным наблюдением. Абсолютное число больных ИБС, состоящих под диспансерным наблюдением, в 2012 году было 86816 человек, что составило 61% от общего числа зарегистрированных больных с ИБС, что выше аналогичного показателя по РФ -43%. В 2001 году число лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, составляло также 61%.

Анализ показал, что за период с 2001 года по 2012 год снизилось число лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу ИБС от общего числа зарегистрированных случаев ИБС в первой группе с 59,1% до 56,6% и во второй группе с 63,8% до 56%. В третьей и четвертой группах отмечался рост числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением от общего числа зарегистрированных больных с ИБС с 64% до 73% и 56,2 % до 65,8% за период с 2001 года по 2012 год.

Число лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу ИБС, в 2012 году в первой группе составило 37786 человек (41,3 на 10 тыс. населения), во второй группе – 16071 человек (23,3 на 10 тыс. населения), в третьей группе - 21319 (32,9 на 10 тыс. населения), в четвертой -11640 человек (35,9 на 10 тыс. населения). Темп роста числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, в 2012 г. к аналогичному показателю 2001 года по Челябинской области составил +186%. Высокие значения темпа роста отмечаются первой и третьей группах - +163% и +171% соответственно. Максимальное значение темпа роста установлено в четвертой группе –+255%. В третьей группе темп роста числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, в 2012 г. к аналогичному показателю 2001 года составил + 125% (рис. 4.1.5). Абсолютное значение 1% прироста числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу ИБС, в 2012 году к аналогичному показателю 2001года составило по Челябинской области +0,18, в первой группе - +0,25, во второй и третьей - +0,19, в четвертой –+ 0,14 (рис.1.4).

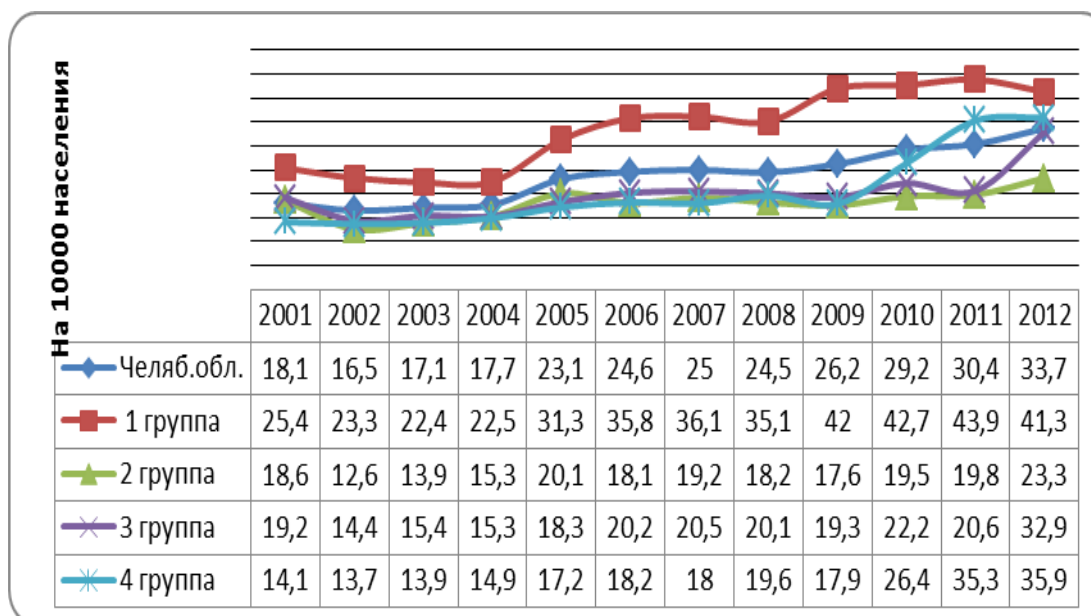


Рисунок 1.4. Динамика численности диспансерных групп больных ИБС в Челябинской области и территориальных группах за 2001- 2012 годы (на 10 тыс. населения)

Выявлены статистически значимые различия по числу лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, по поводу ИБС, в медицинских организациях всех территориальных групп: первой и второй ($r=0,733$, $p<0,01$), первой и третьей ($r=0,672$, $p<0,05$), первой и четвертой ($r=0,772$, $p<0,01$), второй и третьей ($r=0,860$, $p<0,01$), второй и четвертой ($r=0,725$, $p<0,01$), третьей и четвертой групп ($r=0,788$, $p<0,01$) (табл.4.1.3 Приложения).

В структуре лиц, состоящих на диспансерном наблюдении по поводу ИБС, в 2012г. больные стенокардией составляют 49 %.

Число лиц, состоящих под диспансерным наблюдением от общего числа больных стенокардией за анализируемый период в Челябинской области снизилось с 69,4% до 64,2%, что выше аналогичного показателя по РФ – 51%.

Анализ показал, что за период с 2001 года по 2012 год снизилось число лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу стенокардии от общего числа зарегистрированных случаев стенокардией в первой группе с 71,1% до 57,4% и в четвертой группе с 61,1% до 60 %. Во второй и третьей группах отмечался рост числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением от общего числа зарегистрированных больных со стенокардией с 61,7% до 64,6 % и 76,4 % до 82,6 % за период с 2001 года по 2012 год.

Численность лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, по поводу стенокардии составила в 2012 году 42072 человека (16,3 на 10 тыс. населения), в том числе в медицинских организациях первой группы под диспансерным наблюдением состояло 17035 человек (18,7 на 10 тыс.человек), во второй – 8842 человека (12,8 на 10 тыс.человек), в третьей и четвертой группе – 11208 и 5835 человек (17,3 и 18, 0 на 10 тыс. населения) соответственно.

Анализ показывает, что за период наблюдения с 2001г. по 2012 г. в Челябинской области отмечается рост числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу стенокардии.

Темп роста числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу стенокардии за анализируемый период в Челябинской области составил 161 %,

наибольшие темпы роста показателя во второй - 267% и четвертой группе - 209%. Наименьшие темпы роста отмечены в первой группе, где с 2009 года отмечено снижение числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу стенокардии. Темп роста в третьей группе составил 163% (рис.1.5).

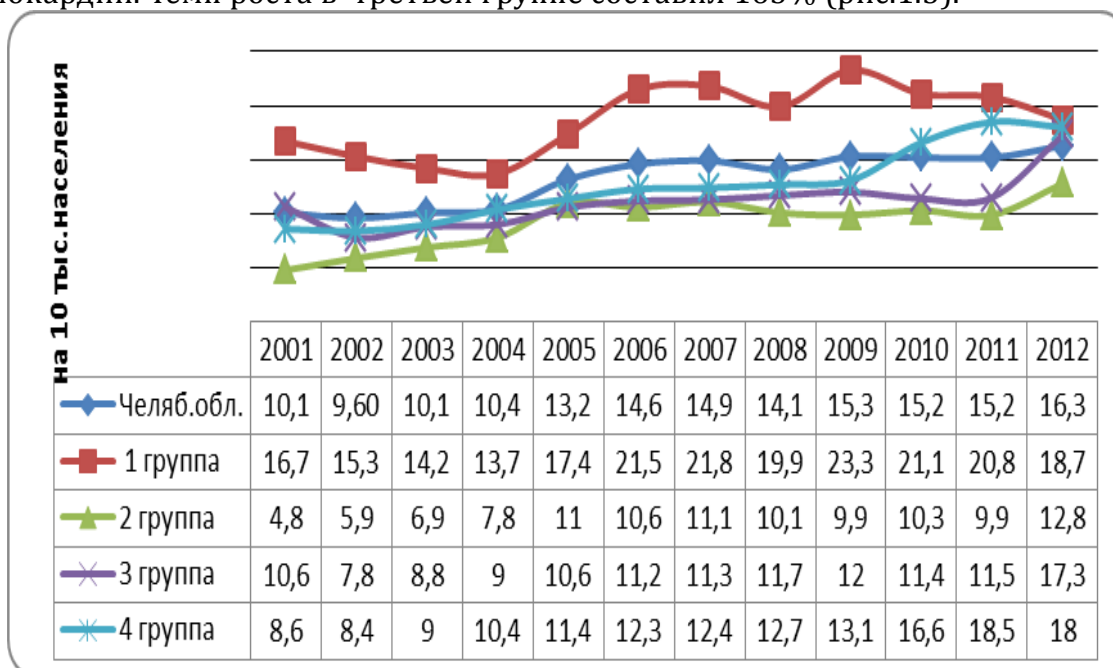


Рисунок 1.5. Динамика числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу стенокардии, в Челябинской области и территориальных группах за 2001- 2012 годы (на 10 тыс. населения)

При анализе выявлены статистически значимые различия по числу лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, по поводу стенокардии, в медицинских организациях первой и второй ($r=0,636$, $p<0,05$), первой и четвертой ($r=0,604$, $p<0,05$), второй и третьей ($r=0,731$, $p<0,01$), второй и четвертой ($r=0,750$, $p<0,01$), третьей и четвертой ($r=0,741$, $p<0,01$) групп. Статистически значимые различия отсутствуют по числу лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу стенокардии, в медицинских организациях второй и третьей группы ($p=0,102$) (табл. 4.1.4 Приложения).

В конце 2012 года под диспансерным наблюдением в Челябинской области находилось 627 человек, перенесших острый инфаркт миокарда, что составляет 14,3% от числа больных, перенесших ОИМ, что выше аналогичного показателя по РФ - 11%). В первой группе под диспансерным наблюдением находились 73 человека, во второй - 227, в третьей - 230 и в четвертой 97 человек.

Анализ показал, что за период с 2001 года по 2012 год отмечается рост числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу острого инфаркта миокарда от общего числа зарегистрированных случаев больных с острым инфарктом миокарда в Челябинской области в целом с 11,9% до 14,3% в первой с 2,9% до 3,9%, в третьей группе с 11% до 20,7% и в четвертой группе с 19,7% до 24,6%. Во второй группе отмечалось снижение числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением от общего числа зарегистрированных больных с острым инфарктом миокарда с 22,8% до 22,1% за период с 2001 года по 2012 год.

Проведенный анализ показывает, что в Челябинской области отмечался рост числа лиц, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу ИМ, с 2001г. по 2003г. с последующим снижением в период с 2003 г. по 2005 г. до уровня



0, 1 на 10 тыс. населения на протяжении 2006 – 2011 годов. Число лиц, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу ИМ, оставалось без динамики с 2001 г. по 2011г. на уровне 0,1 на 10 тыс. населения в первой и третьей группах, с последующим с ростом числа лиц до 0,4 на 10 тыс. населения в третьей группе. Темп роста числа лиц, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу ИМ, в 2012 году в Челябинской области составил 100%, в том числе в первой группе темп роста составил – 100%, во второй – 300%, в третьей – 400% и четвертой – 300% к аналогичному показателю 2001 года (рис. 1.6).

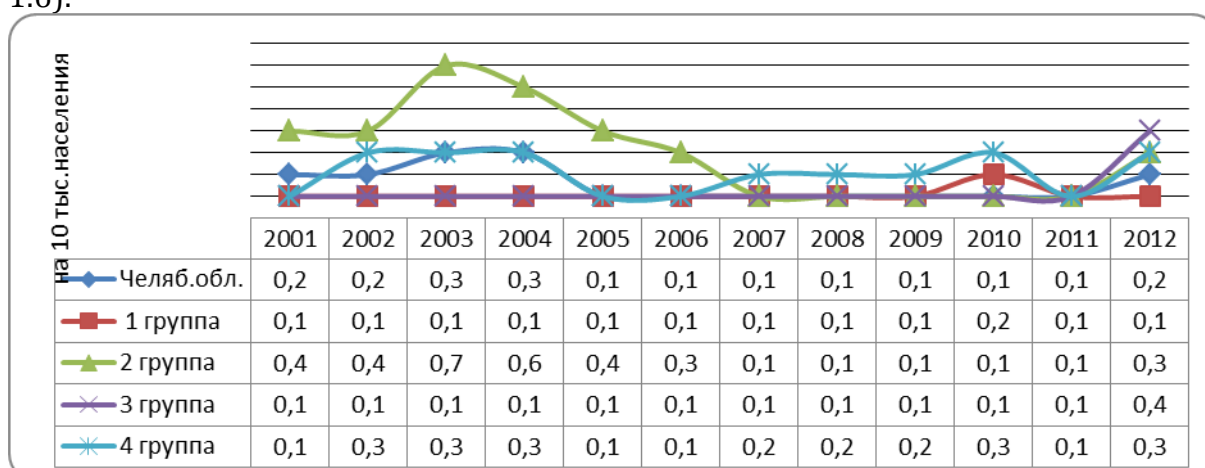


Рисунок 1.6. Динамика числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу инфаркта миокарда, в Челябинской области и территориальных группах за 2001- 2012 годы (на 10 тыс. населения)

При анализе выявлено отсутствие статистически значимых различий по числу лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, по поводу ИМ, между всеми территориальными группами ($p > 0,05$) (табл. 4.1.5 Приложения).

За анализируемый период в Челябинской области отмечен рост числа лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, по поводу повторного инфаркта миокарда с 2001г. по 2003г.

Анализ показал, что за период с 2001 года по 2012 год отмечается снижение числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу повторного инфаркта миокарда от общего числа зарегистрированных случаев повторного инфаркта миокарда в Челябинской области с 11,3% до 6,9%, что ниже аналогичного показателя по РФ – 9%). Во второй группе с 23,3 % до 3,8%, в третьей с 19,7 % до 17,% и четвертой группе с 35,6 до 24,3%. В первой группе отмечался рост числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу повторного инфаркта миокарда от общего числа зарегистрированных больных с повторным инфарктом миокарда с 1, 0 % до 1,8 % за период с 2001 года по 2012 год.

С 2004 г. по 2006 г. выявлено снижение числа лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, по поводу ПИМ менее 0,01 на 10 тыс. населения, с отсутствием динамики на протяжении 2007- 2011г. В 2012 отмечен рост числа лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, по поводу ПИМ до 0,04 на 10 тыс. населения. Снижение числа лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, по поводу ПИМ в период с 2004 г. по 2006-2007 г. наблюдалось во всех группах. Отмечен рост числа лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, по поводу ПИМ с 2011г. во всех территориальных группах (рис.1.7).



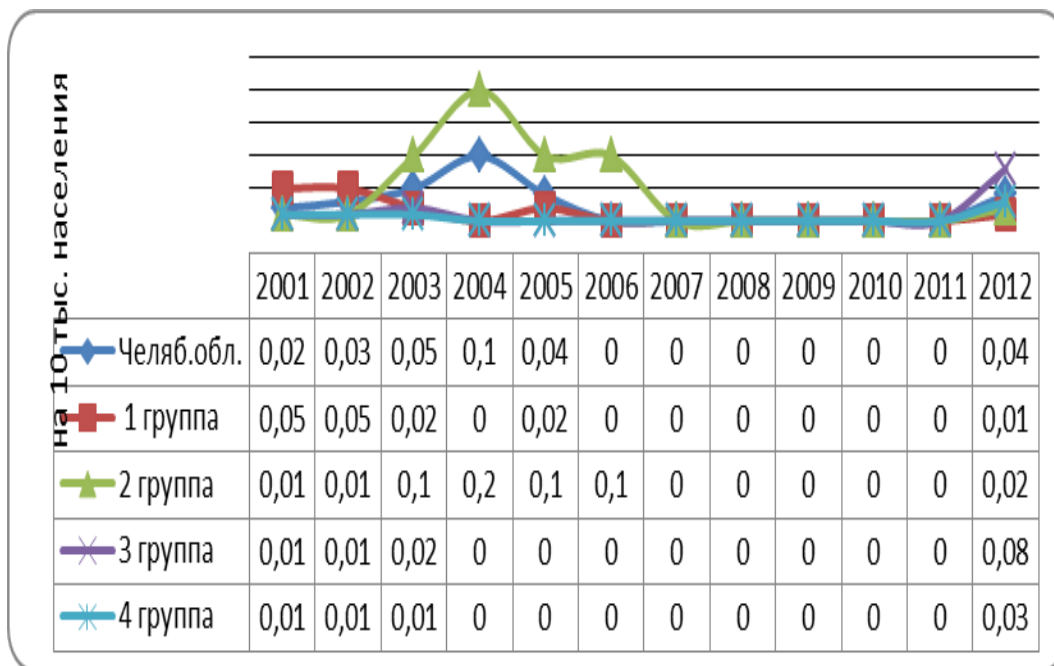


Рисунок 1.7 Динамика числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу повторного инфаркта миокарда, в Челябинской области и территориальных группах за 2001- 2012 годы (на 10 тыс. населения)

Анализ выявил наличие статистически значимых различий числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу повторного инфаркта миокарда, в Челябинской области и во всех территориальных группах за 2001-2012 годы ($p < 0,01$).

Сравнительный анализ выявил однонаправленную динамику изменения числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу острого инфаркта миокарда и повторного инфаркта миокарда в Челябинской области и территориальных группах за анализируемый период (рис. 1.8)

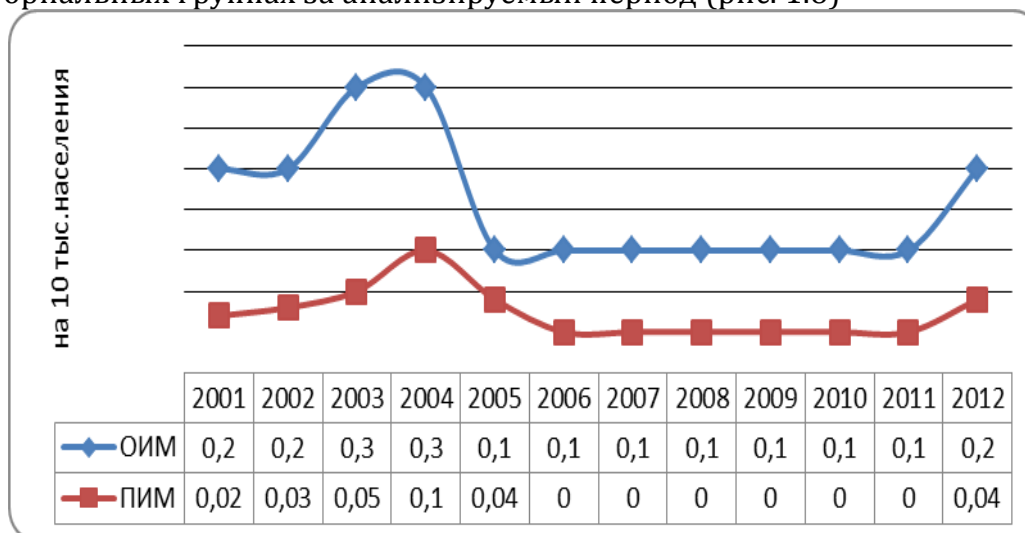


Рисунок 1.8 Динамика числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу острого инфаркта и повторного инфаркта миокарда, в Челябинской области за 2001- 2012 годы (на 10 тыс. населения)



С целью изучения взаимосвязи показателей здоровья и показателей деятельности медицинских организаций, нами проведен корреляционный анализ, который не установил наличие корреляционной связи уровня общей заболеваемости ИБС с показателем обеспеченности врачами – терапевтами как в целом в Челябинской области ($r = -0,327, p > 0,05$), так и по группам – в первой группе ($r = -0,272, p > 0,05$), во второй – ($r = +0,139, p > 0,05$), в третьей ($r = -0,303, p > 0,05$) и четвертой группах ($r = -0,310, p > 0,05$).

Выявлена прямая корреляционная связь показателя общей заболеваемости ИБС и обеспеченности врачами –кардиологами в первой ($r = +0,701, p < 0,05$) и четвертой группах ($r = +0,680, p < 0,05$) и отсутствие корреляционной связи во второй ($r = -0,268, p > 0,05$) и третьей группах ($r = -0,212, p > 0,05$).

Установлена прямая связь уровня первичной заболеваемости ИБС и обеспеченности врачами – терапевтами в третьей группе ($r = -0,597, p < 0,05$) и уровня обеспеченности врачами-кардиологами в первой ($r = +0,729, p < 0,01$) и четвертой группах ($r = +0,792, p < 0,01$). В остальных группах отсутствуют статистически значимые различия между показателями ($p > 0,05$).

Определена зависимость числа лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, по поводу ИБС в четвертой группе и обеспеченности врачами-кардиологами ($r = +0,675, p < 0,05$) и обеспеченности врачами –терапевтами ($r = -0,675, p < 0,01$). Результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что в целом в Челябинской области за период с 2001 года по 2012 год обеспеченность врачами – кардиологами ниже уровня обеспеченности в РФ, отмечается низкий охват числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу ИБС, стенокардии, острого и повторного инфаркта миокарда, отсутствует динамика числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу ИБС от общего числа зарегистрированных случаев ИБС, отмечается снижение числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением под диспансерным наблюдением от общего числа зарегистрированных случаев по поводу стенокардии и повторного инфаркта миокарда и рост числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу острого инфаркта миокарда.

Для первой группы установлено, что на фоне уровня обеспеченности врачами – кардиологами и врачами- терапевтами, превышающего среднеобластные значения, отмечается рост числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением от общего числа зарегистрированных лиц по поводу ИБС и стенокардии и незначительный рост числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением от общего числа зарегистрированных лиц по поводу повторного инфаркта миокарда. В этой группе отмечаются самые высокие значения охвата диспансерным наблюдением по ИБС, в т.ч. стенокардии.

Уровень обеспеченности врачами – терапевтами и врачами –кардиологами для второй группы ниже уровня обеспеченности в среднем по области. Отмечается снижение числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением от общего числа зарегистрированных лиц по поводу ИБС, острым и повторным инфарктом миокарда и рост по поводу стенокардии.

Для третьей группы установлено, что на фоне обеспеченности врачами – терапевтами и врачами – кардиологами ниже среднеобластных показателей отмечается рост числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением от общего числа зарегистрированных лиц по поводу ИБС, стенокардии и острым инфарктом миокарда и рост диспансерной группы больных повторным инфарктом миокарда.



В четвертой группе отмечается снижение числа лиц, состоящих под диспансерным наблюдением от общего числа зарегистрированных лиц по поводу стенокардии и повторного инфаркта миокарда и рост по поводу ИБС и острого инфаркта миокарда.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о сохраняющейся актуальности изучения динамики заболеваемости и смертности от ИБС и разработки мер по совершенствованию организации медицинской помощи больным ИБС в Челябинской области в условиях формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи в целом по Челябинской области. Отмечена недостаточная эффективность работы врачей –терапевтов и врачей –кардиологов по охвату лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, что является основной организационной технологией вторичной и третичной профилактики ИБС снижения уровня временной и стойкой нетрудоспособности и смертности населения Челябинской области от ИБС.

Литература:

1. Алленов, А.М. Болезни системы кровообращения: эпидемиологическая ситуация в Свердловской области/ А.М. Алленов, С.А. Никифоров, Д.Р. Медведская// Врач. – 2012. -№ 4. – С.116-118.
2. Бойцов, С.А. Смертность и летальность от болезней системы кровообращения, актуальность развития первой помощи для их снижения/ С.А. Бойцов, П.В. Ипатов, А.В. Кротов// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2007. –№ 6 (4).- С. 86- 95
3. Улумбекова, Г.Э. Здоровоохранение России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года/ Монография. – М. : ГЭОТАР- Медиа.- 2011. -87с.
4. Шальнова, С.А. Анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 12 регионах Российской Федерации , участвующих в исследовании «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России» / С.А. Шальнова, А.О. Конради, Ю.А. Карпов, А.В. Концевая, А.Д. Деев, А.В. Капустина, М.Б. Худяков, Е.В. Шляхто, С.А. Бойцов// Российский кардиологический журнал . – 2012.- № 5 (97). –6-11.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Белова С.А.

ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г.Челябинск), Челябинск

Актуальность. В последнее время в России большое внимание уделяется изучению качества жизни пациентов, обусловленное здоровьем. Качество жизни определяется как отражение воздействия заболевания и его лечения на представление пациента, изменяющееся под влиянием разных повреждающих факторов, функциональных стрессов, психологического и социального воздействия [1]. Целесообразность и актуальность изучения качества жизни больных ИБС не вызывает сомнений в связи с тем, что ИБС является ведущей причиной инвалидизации и смертности населения Российской Федерации и Челябинской области [2]. Кроме того, оценка качества жизни больными ИБС является критерием оценки доступности медицинской помощи [3].

Материалы и методы. Исследование качества жизни было проведено у 830 больных ИБС, распределенных по четырем территориальным группам в зависимости от уровней медицинской организации в трехуровневой системе оказания медицинской помощи Челябинской области.



В первую территориальную группу был включен г. Челябинск, где сосредоточены медицинские организации всех трех уровней медицинской помощи.

Вторую территориальную группу составили муниципальные образования, являющиеся центрами медицинских округов с медицинскими организациями первого и второго уровня.

Третья территориальная группа - это медицинские организации третьего уровня, оказывающие первичную медико-санитарную и специализированную помощь.

В четвертую территориальную группу включены сельские территории области. Оказание медицинской помощи осуществляется в медицинских организациях третьего уровня в рамках первичной медико-санитарной помощи.

Для изучения качества жизни в исследовании была использована русифицированная версия международного сертифицированного опросника Medical Outcomes Study Form (SF-36), состоящего из 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование (PF), ролевая деятельность (RP), интенсивность боли (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE) и психическое здоровье (MH). Значение показателя каждой шкалы варьируют между 0 и 100, чем выше показатель, тем лучше качество жизни респондента.

Интерпретация результатов тестирования осуществлялась в процентах: 0 % - 20 % - низкий показатель качества жизни; 21 % - 40 % - пониженный показатель; 41 % - 60 % - средний показатель; 61 % - 80 % - повышенный и 81 % - 100% - высокий показатель качества жизни. Шкалы были сгруппированы в два показателя «физический компонент здоровья» (GPh Health) и «психологический компонент здоровья» (GMent Health).

Результаты и обсуждения. В результате анализа показателей качества жизни больных ИБС, проживающих в области установлено, что уровень физического функционирования (PF) составил $56,5 \pm 1,04$ балла.

Уровень ролевой деятельности (RP), показывающий влияние физического состояния на повседневную деятельность, составил $42 \pm 1,4$ балла.

Уровень интенсивности боли (BP) составил $50,6 \pm 0,9$ балла. Свое общее состояние здоровье (GH) пациенты оценили в среднем по области в $48,4 \pm 0,6$ балла.

Жизненная активность (VT) больных ИБС составила $50,2 \pm 0,7$ балла. Социальное функционирование (SF) составило $60,1 \pm 0,8$ баллов.

Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE) составило $46,2 \pm 1,4$ балла. Уровень психического здоровья (MH) в составил $54,2 \pm 0,6$ балла.

Физический компонент качества жизни больных ИБС составил $39,5 \pm 0,4$ балла, психологический компонент составил $38 \pm 0,4$ балла.

Проведенный сравнительный анализ оценки качества жизни больных ИБС по территориальным группам выявил следующие закономерности.

По результатам оценки шкалы PF наиболее высокий показатель качества жизни, превышающий средний показатель по области, установлен у больных второй группы - $60,8 \pm$ балла.

Ниже среднеобластного показателя значение шкалы PF в четвертой группе - $54,9 \pm 2,8$ балла, в первой и в третьей группах $54,7 \pm 1,7$ и $54,7 \pm 2,1$ балла соответственно (для всех групп $p < 0,01$) (рис.1).



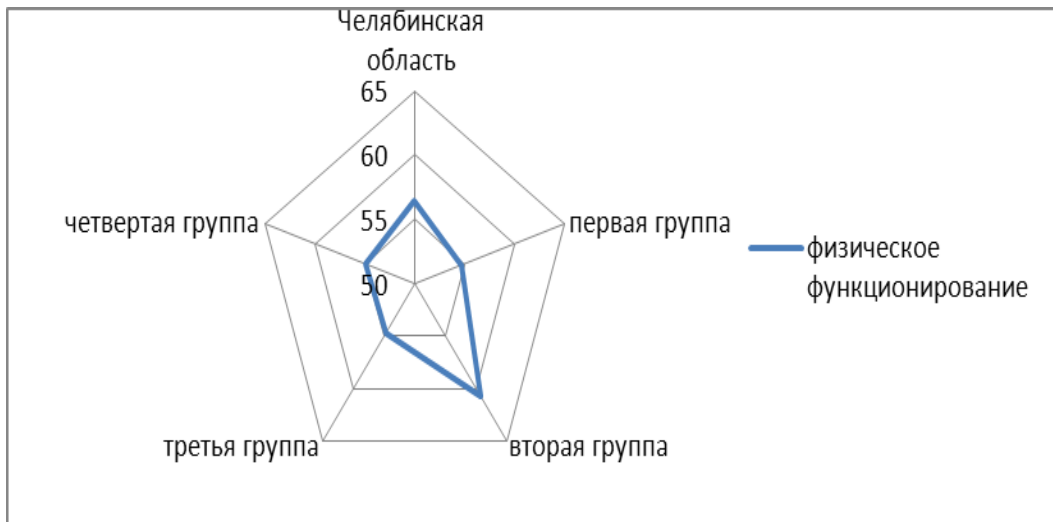


Рис. 1 Уровень физического функционирования (PF) больных по Челябинской области и территориальным группам (по данным опросника SF -36, в баллах)

Показатель ролевого функционирования (RP), показывающий влияние физического состояния на повседневную деятельность, по области составил 42 балла ($p < 0,01$). По территориальным группам значение шкалы RP статистически значимо выше среднеобластного показателя во второй ($51,5 \pm 2,7$ балла) и четвертой ($51,2 \pm 4,1$ балла) группах. Более выраженное ограничение физической активности отмечено у больных ИБС в первой ($35,2 \pm 2,3$) и третьей ($35,7 \pm 2,7$) группах ($p < 0,01$) (рис. 2).

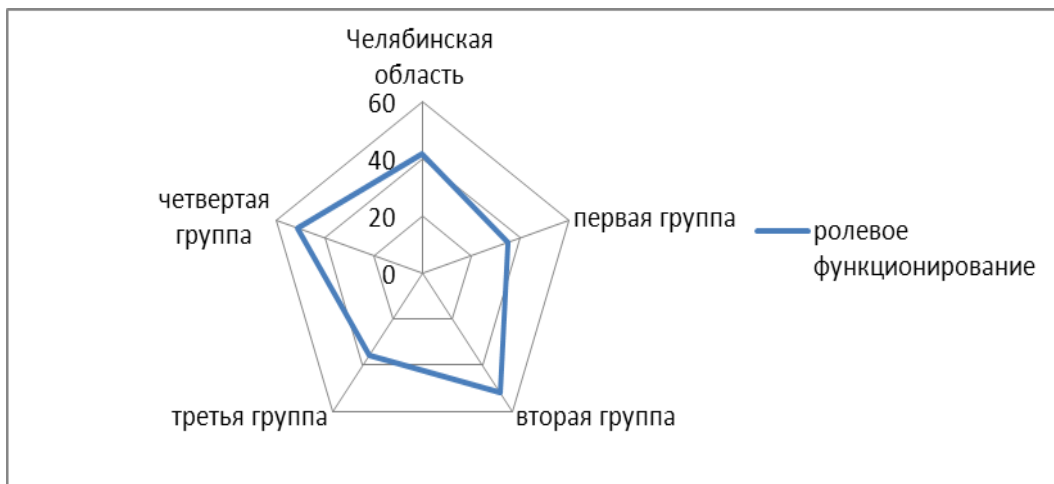


Рис. 2 Уровень ролевого функционирования (RP) больных ИБС по Челябинской области и территориальным группам (по данным опросника SF -36, в баллах)

Шкала интенсивности боли (BP) характеризует степень выраженности болевого синдрома, ограничивающего деятельность человека. Низкие показатели свидетельствуют о том, что болевой синдром значительно ограничивает физическую активность больных ИБС. По результатам анализа статистически значимо выявлено, что менее выражен болевой синдром больных ИБС второй группы ($54,2 \pm 1,7$ балла), более выражен болевой синдром у больных первой ($48,9 \pm 1,5$ балла), третьей ($48,6 \pm 1,7$ балла) и четвертой ($50,3 \pm 2,4$ балла) (рис.3).

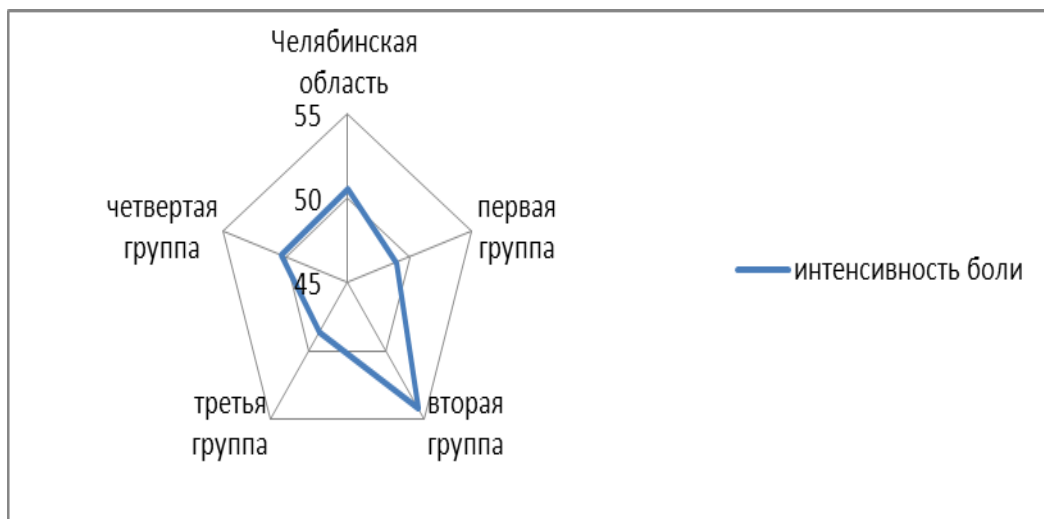


Рис. 3 Уровень интенсивности боли (ВР) у больных ИБС по Челябинской области и территориальным группам (по данным опросника SF -36, в баллах)

Шкала общего здоровья (GH) показывает субъективную оценку больными ИБС своего здоровья. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже субъективная оценка своего здоровья. Статистически значимо выше уровень субъективной оценки GH больными второй ($50,6 \pm 1,1$ балла) и первой ($49,0 \pm 1,1$ балла) групп, ниже оценивают GH больные ИБС в третьей ($45,9 \pm 1,2$ балла) и четвертой ($46,3 \pm 2,0$ балла), группах (рис. 4).

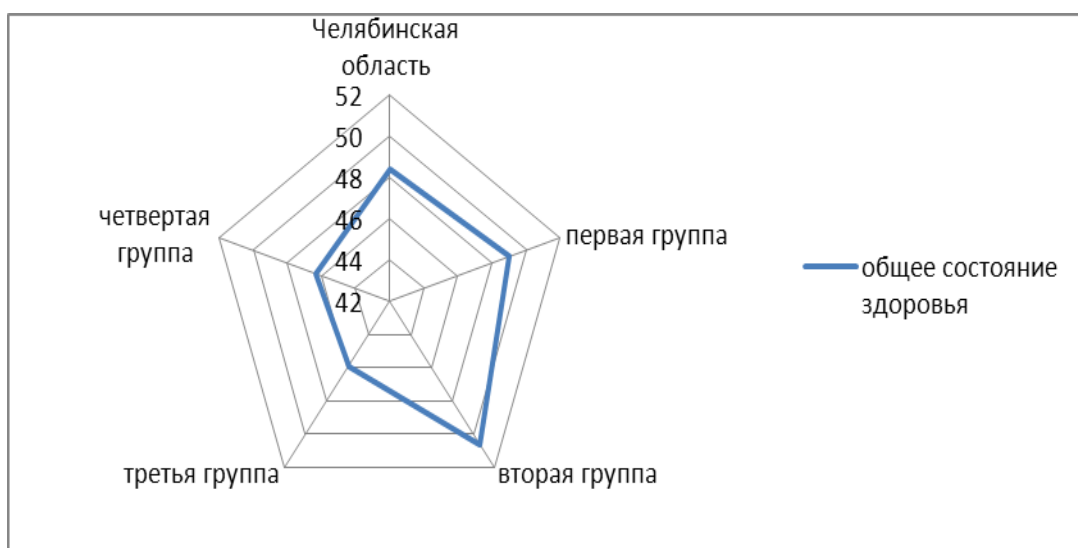


Рис. 4 Уровень общего здоровья (GH) больных ИБС по Челябинской области и территориальным группам (по данным опросника SF -36, в баллах)

Жизнеспособность (VT) характеризует степень приспособленности больных ИБС к жизни. Чем ниже значение шкалы, тем ниже жизненная активность. Выявлено, что статистически значимо выше уровень VT больных во второй ($52,3 \pm 1,2$ балла) и четвертой ($51,2 \pm 2,0$ балла) группах, ниже среднеобластного уровня уровень VT в первой ($48,6 \pm 1,2$ балла) и третьей ($49,4 \pm 1,3$) группах (рис. 5).

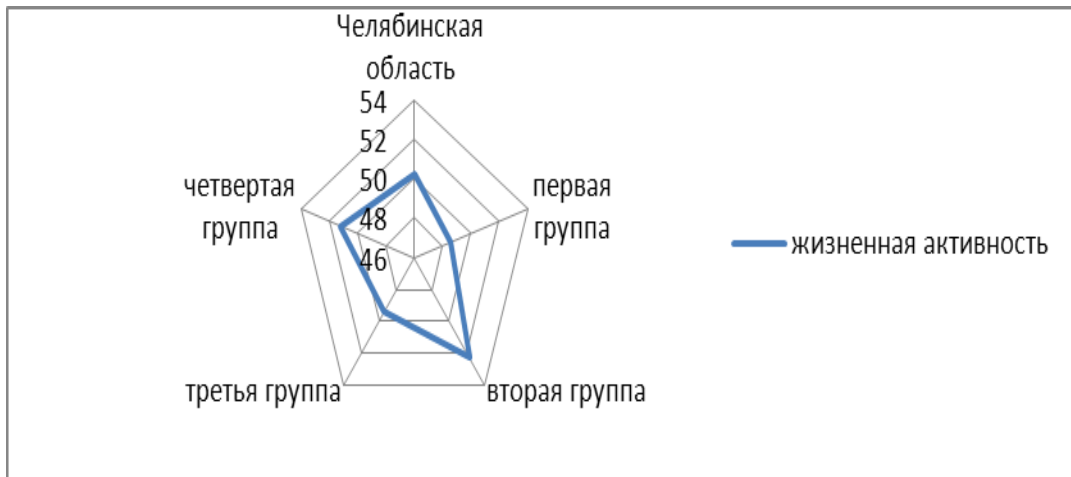


Рис. 5 Уровень жизнеспособности (VT) у больных ИБС по Челябинской области и территориальным группам (по данным опросника SF -36, в баллах)

Шкала социального функционирования (SF) характеризует насколько физическое и эмоциональное состояния влияют на социальную активность. Чем ниже баллы этой шкалы, тем более выражены ограничения социальной активности больных.

Анализ показал ($p < 0,01$), что наиболее социально активны больные второй группы ($61,1 \pm 1,6$ балла), ниже среднеобластного значения социальная активность в первой ($59,1 \pm 1,5$ балла), третьей ($60,1 \pm 1,6$ балла) и четвертой ($60,9 \pm 2,1$ балла) группах (рис. 6).

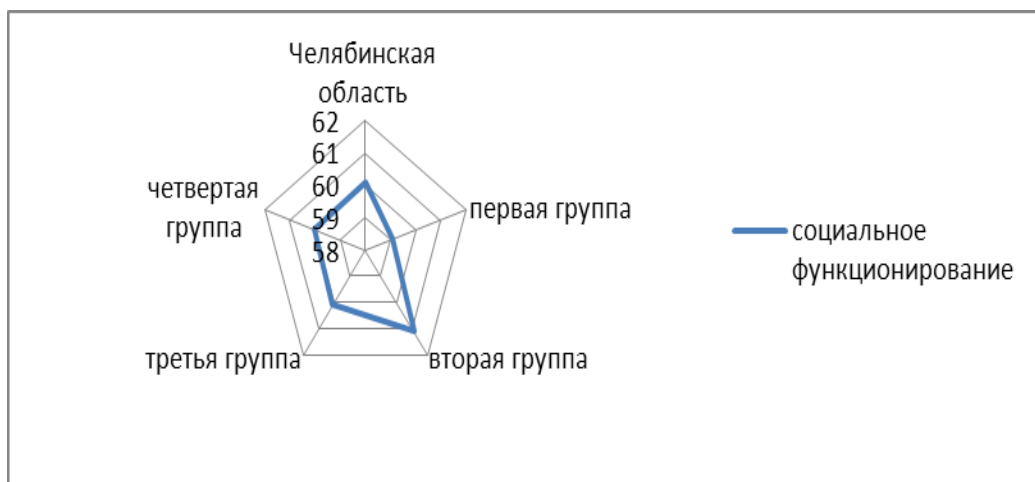


Рис. 6 Уровень социального функционирования (SF) больных ИБС по Челябинской области и территориальным группам (по данным опросника SF -36, в баллах)

Шкала эмоциональной составляющей (RE) показывает субъективную оценку влияния эмоционального состояния на физическую активность больного. Чем ниже этот показатель, тем выше ограничение физической активности больного.

Ниже среднеобластного значения эмоциональная составляющая в первой ($41,4 \pm 2,5$ балла) и третьей ($41,1 \pm 2,9$ балла) группах ($p < 0,01$). Выше шкала RE у больных ИБС во второй ($52,2 \pm 2,7$) и четвертой группах ($55,6 \pm 4,0$) ($p < 0,01$) (рис.7).

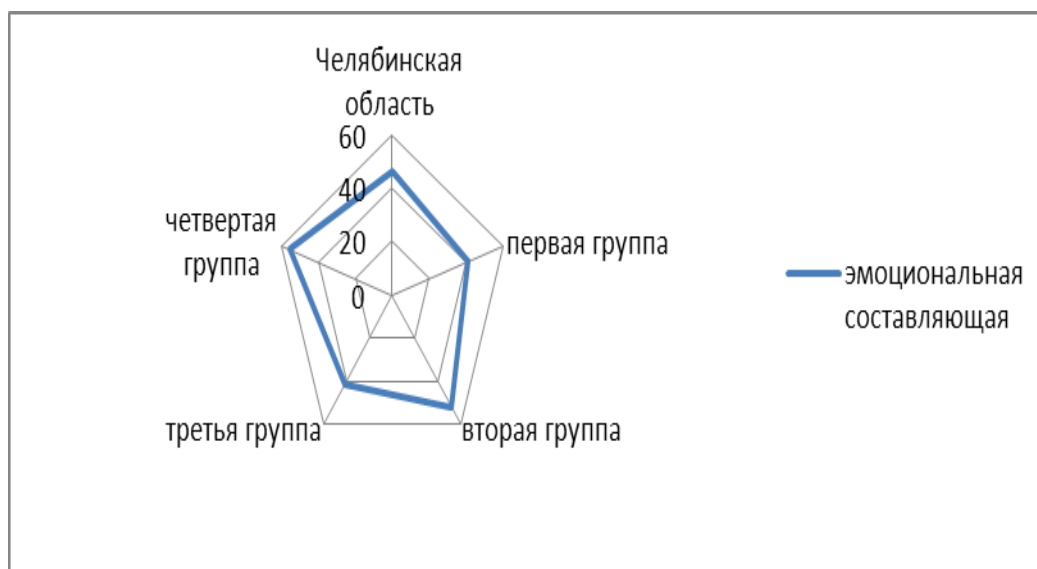


Рис. 7 Уровень эмоциональной составляющей (RE) больных ИБС по Челябинской области и территориальным группам (по данным опросника SF -36, в баллах)

Шкала психического здоровья (МН) отражает субъективную оценку больными ИБС своего психологического статуса, чем выше показатели по этой шкале, тем ближе больной находится к состоянию душевного комфорта. Наиболее высокие показатели шкалы ($p < 0,01$) во второй ($55,2 \pm 1,0$), третьей ($55,5 \pm 1,1$) и четвертой ($56,0 \pm 1,9$) группах. Наибольший психо-эмоциональный дискомфорт испытывают больные ИБС первой группы ($51,9 \pm 1,2$) ($p < 0,01$) (рис. 8).

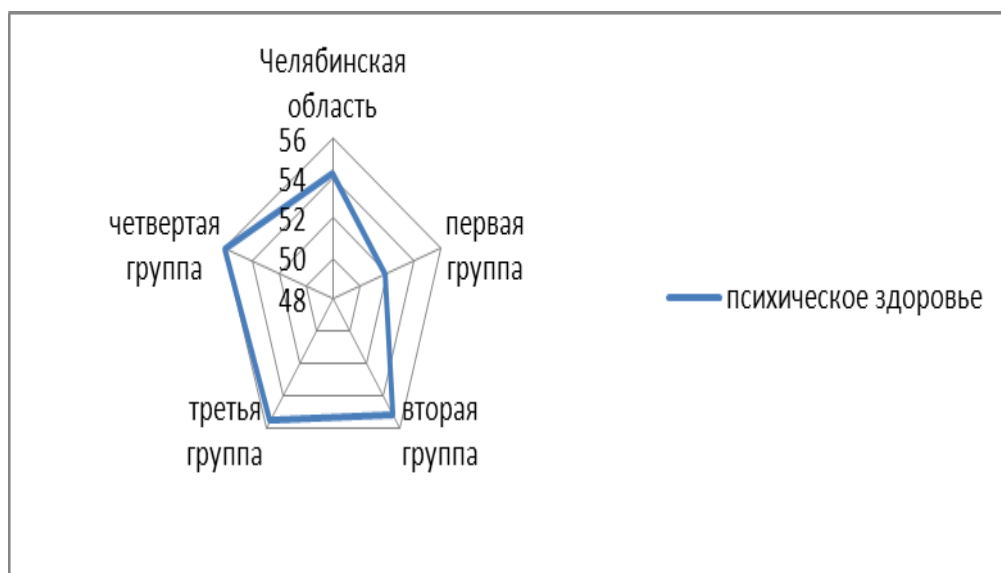


Рис. 8 Уровень психического здоровья (МН) больных ИБС по Челябинской области и территориальным группам (по данным опросника SF -36, в баллах)

Комплексный показатель физического компонента здоровья статистически значимо выше у больных ИБС второй ($41,1 \pm 0,7$) и третьей ($41,3 \pm 0,8$) группы и ниже среднеобластного показателя в первой ($37,9 \pm 0,6$) и четвертой ($36,7 \pm 1,2$) группах (рис.9).

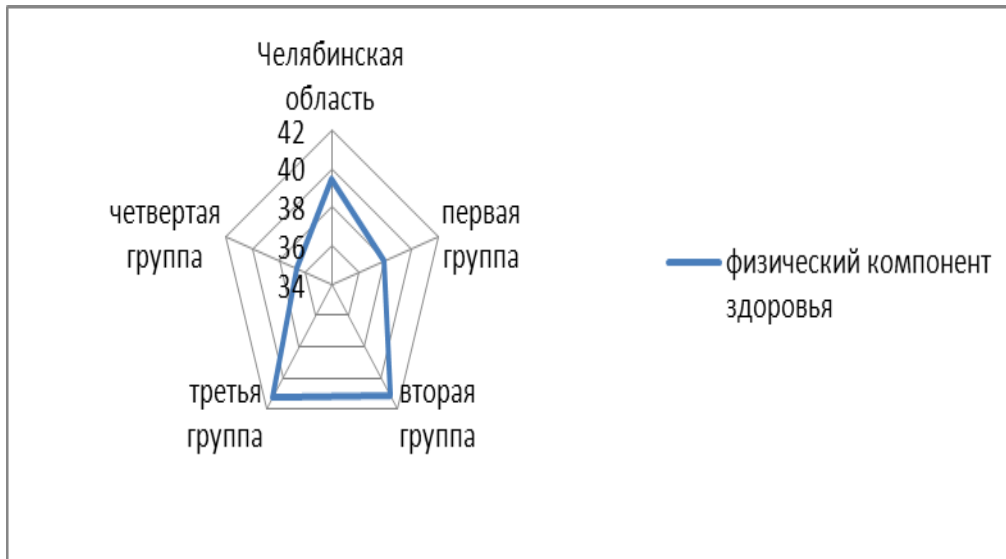


Рис.9 Уровень физического компонента здоровья больных ИБС по Челябинской области и территориальным группам (по данным опросника SF -36, в баллах)

Уровень психологического компонента статистически значимо выше, как и уровень физического компонента здоровья, у больных ИБС второй (39,0 ±0,7) и третьей (40,2 ±0,9) группы и ниже среднеобластного показателя в первой (36,5 ±0,7) и четвертой (35,6 ±1,4) группах (рис.10).

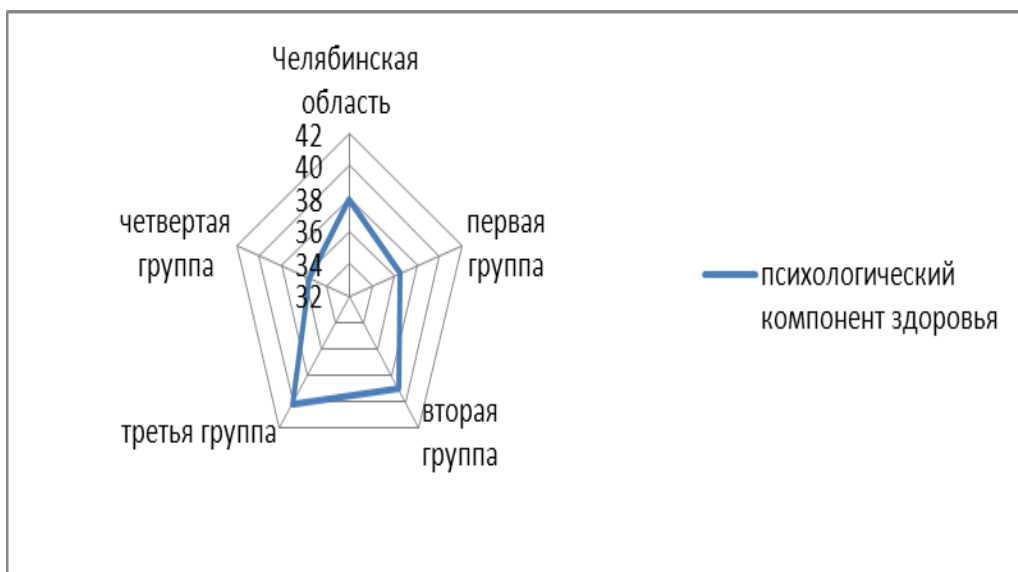


Рис. 10 Уровень психологического компонента здоровья больных ИБС по Челябинской области и территориальным группам (по данным опросника SF -36, в баллах)

Таким образом, проведенный анализ показал статистически значимые различия в оценке качества жизни больными разных территориальных групп. В целом по всем шкалам отмечается однородная тенденция средних показателей ВР, ГН, VT, SF, МН, PF, уровня физического и психологического здоровья по Челябинской области и по территориальным группам ($p < 0,01$).



Субъективно оценили выше качество жизни больные ИБС второй территориальной группы, обнаружены наиболее высокие значения по всем 10 шкалам, что, возможно, связано с более стабильной экономической ситуацией в крупных городах Челябинской области, уровнем жизни, доступностью медицинской помощи. Ниже всего оценили свое качество жизни больные ИБС третьей территориальной группы по шкалам ролевой деятельности (RP), общего здоровья (GH), жизнедеятельности (VT), эмоциональной составляющей (RE), что, возможно связано с проблемами «малых городов» - социально-экономической нестабильностью, низким уровнем зарплат, проблемами в организации медицинской помощи (рис. 11).

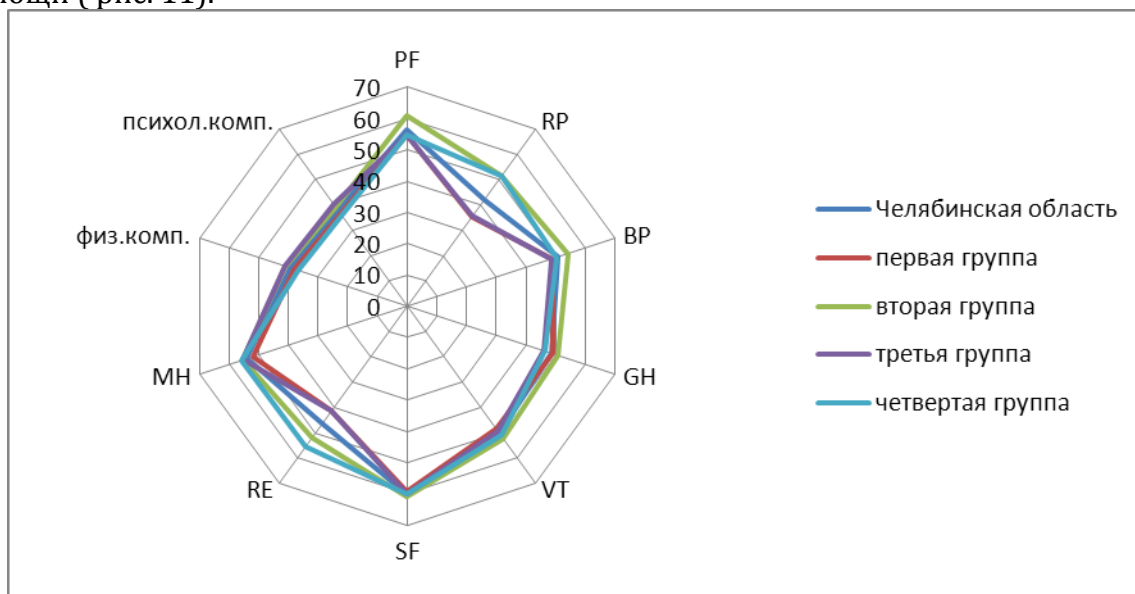


Рис.11 Уровень шкал качества жизни больных ИБС по Челябинской области и территориальным группам (по данным опросника SF -36, в баллах)

Заключение. Полученные нами данные по особенности оценки качества жизни у больных ИБС различных территориальных групп должны дифференцированно учитываться при разработке региональных и территориальных программ снижения смертности от ИБС. При формировании индивидуальных программ реабилитации для больных ИБС необходимо учитывать мероприятия по коррекции физического и психологического компонента качества жизни [3,4].

Литература:

1. Шевченко, Ю.Л., ред. Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие для вузов. Ю.Л. Шевченко - М.: ГЭОТАР-МЕД; 2004.
3. Оганов, Р.Г., Бойцов С.А. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике. Р.Г. Оганов,, С.А. Бойцов Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика.- 2011. -№ 10(6) приложение 2: 1-64).
3. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. А.А. Новик, Т.И. Ионова.- С-Пб, Медицина: «Олма-Пресс», 2002.- С. 18-21.
4. Perk J, de Backer BG, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, Albus C, Benlian P, Boysen G, Cifkova R, Deaton C, Ebrahim S, Fisher M, Germano G, Hobbs R, Hoes A, Karadeniz S, Mezzani A, Prescott E, Ryden L, Scherer M, Syvanne M, Scholte op Reimer WJ, Vrints C, Wood D, Zamorano JL, Zannad F. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of

Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J 2012; 33: 1635-1701

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Барышникова Н.В.^{1,2}, Белоусова Л.Н.³, Петренко В.В.³, Оганезова И.А.³

¹Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова,

²НИИ экспериментальной медицины, Санкт-Петербург

³Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Необходимость оценки качества жизни у пациентов с различными заболеваниями внутренних органов не вызывает сомнения. Исследование качества жизни позволяет определить, **как больной переносит заболевание, также он важен для решения многих вопросов, возникающих в процессе лечения.** Уровень качества жизни может использоваться как вспомогательный критерий при подборе индивидуальной схемы лечения, для оценки эффективности лечения, в особенности при проведении клинических исследований новых препаратов в рамках качественной клинической практики GCP, для анализа эффективности мероприятий по первичной или вторичной профилактике заболеваний [1].

При оценке качества жизни используются **разные временные оценочные интервалы. Ближайший интервал подразумевает анализ, базирующийся на субъективных ощущениях** пациента, к которым относятся жалобы, временная утрата работоспособности, т.е. определение краткосрочного снижения качества жизни. К долгосрочным параметрам относятся **выживаемость пациентов, частота госпитализаций,** скорость прогрессирования заболевания, стойкая утрата работоспособности и потеря социальной активности, зависимость от лекарственных препаратов, необходимость постоянного медицинского контроля и др. [1].

Следует отметить, что анализ качества жизни основан на субъективном восприятии пациента. В основе методов изучения качества жизни лежит определение самим больным уровня своего благополучия в физическом, психическом, социальном и экономическом отношении (согласно определению ВОЗ), т.е. понятие «качество жизни» включает в себя информацию об основных сферах жизнедеятельности человека. Оно изменяется во времени в зависимости от динамики самочувствия пациента, влияния эндо- и экзогенных факторов, что позволяет производить мониторинг состояния больного [5].

Материалы и методы.

Методика определения качества жизни предполагает непосредственное участие самого больного. [5]. Качество жизни оценивается при помощи различных анкет, тестов, шкал, индексов, опросников, которые подразделяются на неспецифические и специфические.

Основные неспецифические опросники для оценки качества жизни [1]:

- Опросник оценки качества жизни Европейской группы изучения качества жизни (EUROQOL - EuroQOL Group).
- Краткая форма оценки здоровья (Medical Outcomes Study-Short Form [MOS-SF 36]) - 8 шкал, 36 вопросов.



- Индекс общего психологического благополучия (Psychological General Well-Being Index).

- Профиль влияния болезни (Sickness Impact Profile) - 12 категорий, 136 вопросов.

- Ноттингемский профиль здоровья (Nottingham Health Profile) - 6 параметров оценки переживаний, 38 вопросов; 7 параметров оценки повседневной жизни, 7 вопросов.

- Шкала беспокойства и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale [HAD]); Индекс благополучия (Quality of Well-Being Index [QWBI]).

- Опросник здоровья Мак Мастера (McMaster Health Index Questionnaire [MHIQ]).

- Опросник детского здоровья (Child Health Questionnaire [CHQ]).

- Опросник оценки качества жизни в педиатрии (PedsQL).

- Обобщенная шкала оценки качества жизни (Overall Quality of Life Scale).

- Индекс качества жизни (Quality of Life Index).

Основные специфические опросники для оценки качества жизни в гастроэнтерологии [6, 8, 17]:

- Шкала оценки гастроэнтерологических симптомов (Gastrointestinal Symptom Rating Scale – GSRS).

- Гастроинтестинальный индекс качества жизни (Gastrointestinal Quality of Life Index - GIQLI) – часто используется для оценки качества жизни после операций на органах пищеварения.

- Индекс благополучия хирургического больного (Well-Being-Index for Surgical Patients - WISP), разработанный для оценки качества жизни у больных после абдоминальных операций.

- Шкала Visick I, II, III, IV для сравнительной оценки резекционных и органосберегающих методов лечения в хирургической гастроэнтерологической практике.

- «Gallstone Impact Checklist» (GIC) – специфический опросник для пациентов с желчнокаменной болезнью.

В гастроэнтерологической практике наиболее часто используются два опросника: неспецифический - SF-36 и специфический – GSRS.

Опросник SF-36, возможно, является самым распространенным неспецифическим опросником для оценки качества жизни как в России, так и за рубежом, он прошел процесс валидации, культурной и языковой адаптации в России. Исследователями Межнационального центра исследования КЖ создана его русскоязычная версия (1998) [4, 5, 20]. Опросник включает в себя 36 вопросов, сгруппированных в 10 пунктов. Ранее в него входило 149 вопросов, взятых из других стандартизированных инструментов, в результате дававших 40 составляющих здоровья. Последующие исследования сократили количество вопросов до 36, а результаты группируются в 8 шкал, отражающих различные сферы жизни человека: физический компонент здоровья (физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, боль, общее здоровье) и психологический компонент здоровья (жизнеспособность, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, психологическое здоровье).

Опросник GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) разработан отделом изучения качества жизни в ASTRA Hassle (автор – I. Wiklund, 1998) и используется для оценки качества жизни больных желудочно-кишечными заболеваниями. Русскоязычная версия опросника GSRS была создана также исследователями Межнационального Центра исследования качества жизни (МЦИКЖ, г. Санкт-



Санкт-Петербург) в 1998 году. Она была апробирована при изучении качества жизни 2000 жителей Санкт-Петербурга. Российская версия гастроэнтерологического опросника GSRS является надежной, валидной и чувствительной. Опросник состоит из 15 пунктов, которые при анализе преобразуются в 6 шкал: абдоминальная боль, гастроэзофагеальный рефлюкс (или рефлюкс-синдром), диарейный синдром, диспептический синдром, синдром запоров, шкала суммарного измерения. Оценка показателей проводится по 7-балльной шкале, при этом более высокие значения соответствуют большей выраженности симптомов и более низкому качеству жизни [7].

В гастроэнтерологии определение качества жизни является особенно важным у больных с функциональной патологией ЖКТ, так как ввиду меньших возможностей лабораторно-инструментального контроля за течением заболевания данный метод может быть практически единственным в оценке эффективности лечебных мероприятий.

Многочисленные исследования, проведенные за последние годы, в т.ч. с применением указанных опросников, убедительно демонстрируют различной степени снижение показателей качества жизни у лиц с функциональными заболеваниями [14]. Значительная часть из них проведена именно на пациентах с функциональными заболеваниями пищеварительной системы, в том числе с синдромом раздражённого кишечника [12].

Хорошо известно парадоксальное явление: качество жизни пациентов с функциональными заболеваниями сходно с таковым у тяжелых соматических больных, например, с сахарным диабетом, терминальной почечной недостаточностью [15], а зачастую оказывается даже ниже, чем у них [18]. Прослеживается закономерность ухудшения качества жизни у лиц с синдромом раздраженного кишечника по мере нарастания степени выраженности психологических расстройств [16].

Эту на первый взгляд парадоксальную ситуацию демонстрируют множество исследований – лица с функциональными заболеваниями, то есть не имеющими каких либо органических или обменных заболеваний, составляют основную или одну из основных статей расходов здравоохранения развитых стран. Эти затраты складываются из более частых пропусков работы и занятий в учебных заведениях, из более частых посещений врача и большего числа обследований и большей частоты госпитализаций [13]. Но при более тщательном рассмотрении этого «парадокса» можно заметить, что у данной группы лиц на первое место часто выходят именно нарушения адаптации к условиям окружающей среды, которые могут прогрессировать в отсутствие прогрессии объективных изменений. Это ведет к снижению качества жизни в сочетании с психологическими расстройствами, что в свою очередь определяет достаточно высокую обращаемость в учреждения первого звена здравоохранения, а затем и в специализированные медицинские учреждения [13].

В качестве примера можно представить сравнительную характеристику оценки качества жизни у больных функциональным запором, хроническим гастродуоденитом и популяции города Санкт-Петербурга в целом с помощью опросника SF-36 [5].

Несмотря на существенный разброс показателей, качество жизни у больных функциональным запором снижено по всем шкалам в большей степени, чем у больных хроническим гастродуоденитом и популяции города в целом, что еще раз говорит о значительном снижении качества жизни у пациентов с функциональной патологией желудочно-кишечного тракта. В первую очередь обращает на себя



внимание нарушение социальной активности пациентов (SF), повседневной деятельности (RE, RP), обусловленных ухудшением физического и эмоционального состояния (таблица 1).

Таблица 1.

Качество жизни больных функциональным запором и популяции Санкт-Петербурга по данным опросника SF-36

Шкала	Показатель у больных хроническим гастродуоденитом, М±m	Показатель у больных функциональным запором, М±m	Показатель у жителей Санкт-Петербурга, М
Общее здоровье (GH)	48,0±1,4	54,11±5,85	54,1
Физическое функционирование (PF)	80,0±2,1	79,55±7,50	79,6
Ролевое физическое функционирование (RP)	51,0±3,9	46,36±11,76	64,9
Ролевое эмоциональное функционирование (RE)	55,0±3,9	49,50±11,71	66,5
Социальное функционирование (SF)	60,0±2,5	48,48±4,02	68,0
Боль (BP)	56,0±2,3	59,44±6,33	66,4
Жизнеспособность (VT)	52,0±1,9	44,43±6,11	56,2
Психологическое здоровье (MH)	57,0±1,8	56,73±5,71	58,0

Крайне важным для оценки эффективности терапии является анализ динамики качества жизни на фоне лечения. Так, у пациентов с функциональным запором, получавших препарат лактулозы «Дюфалак» в дозе 15мл утром натощак в течение 4 недель (1-ая группа) или биологическую активную добавку с желчегонным и гепатопротективным действием «Хофитол» в дозе 2 драже 3 раза в день перед едой в течение 4 недель (2-ая группа) отмечалось более значимое повышение качества жизни (как по данным опросника SF-36, так и по результатам опросника GSRS) после курса терапии, чем у больных, соблюдавших только диетические рекомендации без медикаментозного лечения (3-я группа – группа сравнения) (таблицы 2, 3) [7].

У больных хроническим гастродуоденитом, ассоциированным с *Helicobacter pylori*, более значимое улучшение показателей качества жизни при оценке с помощью опросника SF-36 отмечалось у пациентов, получавших пробиотики в дополнение к стандартной эрадикационной терапии. Это может быть связано со снижением частоты таких побочных эффектов, как антибиотико-ассоциированная диарея и дисбиоз кишечника, несомненно влияющих на показатели качества жизни [2].

Анализ качества жизни больных язвенной болезнью показал, что качество жизни у больных с хроническим течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки ниже, чем у больных с впервые выявленной язвенной болезнью (как по данным опросника SF-36, так и по результатам опросника GSRS), что свидетельствует об отсутствии феномена «привыкания к болезни» у данной группы пациентов [10].

В другом исследовании российскими хирургами определено, что качество жизни пациентов, перенесших резекцию желудка как по Бильрот-I, так и по Бильрот-



II, достоверно выше качества жизни не оперированных пациентов, страдающих рецидивирующей язвенной болезнью.

Отдаленные результаты резекции желудка по Бильрот-I по шкале диспептического синдрома лучше результатов резекции желудка по Бильрот-II. при этом отдаленные результаты резекций желудка при различных вариантах резекции желудка по Бильрот-I (трубковидный и классический) значимо не отличаются [9].

Таблица 2

Динамика показателей качества жизни больных функциональным запором по данным опросника SF-36 после различных вариантов лечения

Шкала	1-ая группа, М±m		2-ая группа, М±m		3-я группа, М±m	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Общее здоровье (GH)	38,86±5,30	42,71±5,52	56,54±5,63	70,08±5,66*/**	34,50±5,52	35,71±5,45
d%	+9,93		+23,95		+3,5	
Физическое функционирование (PF)	71,43±6,28	76,43±5,61*	80,38±6,45	87,31±4,76*/**	57,71±6,43	57,52±6,39
d%	+7,0		+8,6		-0,3	
Ролевое физическое функционирование (RP)	32,14±13,81	53,57±15,48*	50,00±10,74	71,15±10,82*	50,38±11,31	50,51±11,52
d%	+66,7		+42,3		-0,3	
Ролевое эмоциональное функционирование (RE)	33,71±12,31	52,71±11,99*	56,62±11,30	69,46±8,43*	50,88±11,18	51,90±9,96
d%	+56,4		+22,7		+2,0	
Социальное функционирование (SF)	48,43±3,16	55,43±5,20*	53,92±2,89	57,85±3,75	43,07±2,95	42,70±3,39
d%	+14,5		+7,8		-0,9	
Боль (BP)	57,00±4,55	67,86±6,05*	56,77±6,32	71,08±6,31*	63,43±5,93	64,6±6,14
d%	+19,05		+25,2		+1,8	
Жизнеспособность (VT)	35,00±4,52	46,43±5,81*	53,85±5,35	60,77±4,58*	40,09±5,34	41,23±5,22
d%	+32,7		+12,9		+2,8	
Психологическое здоровье (MH)	40,57±5,87	51,43±3,76*	58,77±5,37	64,92±5,59*	63,39±5,39	64,15±5,61
d%	+26,8		+10,5		+1,2	

* - различия по группам до и после лечения статистически значимо (p<0,05)

** - различия между группами исследования и группой сравнения после лечения статистически значимо (p<0,05)

Динамика показателей качества жизни больных функциональным запором по данным опросника GSRS после различных вариантов лечения

Шкала опросника	1-ая группа, М±m		2-ая группа, М±m		3-я группа, М±m	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Абдоминальная боль	3,43± 0,42	3,29± 0,36	3,69± 0,45	2,85± 0,35	3,34± 0,47	3,06± 0,41
d%	-4,08		-22,76		-8,38	
Рефлюкс-синдром	1,56± 0,21	1,36± 0,26	1,67± 0,26	1,58± 0,25	2,01± 0,23	1,95± 0,29
d%	-12,82		-5,39		-2,99	
Диарейный синдром	1,32± 0,27	1,33± 0,24	1,15± 0,22	1,29± 0,27	1,41± 0,27	1,48± 0,30
d%	+0,76		+12,17		+4,96	
Диспептический синдром	12,57± 0,75	10,86± 0,64	13,54± 0,88	10,62± 0,70*	12,85± 0,67	11,96± 0,64
d%	-13,64		-21,59		-6,93	
Синдром запоров	11,14± 0,71	7,43± 0,65**/**	11,00± 0,73	6,38± 0,57**/**	11,20± 0,69	11,05± 0,69
d%	-33,33		-41,96		-1,34	

* - различия по группам до и после лечения статистически достоверно ($p < 0,05$)

** - различия между группами исследования и группой сравнения после лечения статистически достоверно ($p < 0,05$)

При оценке качества жизни у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью отмечено, что наиболее выраженное нарушение качества жизни по данным GSRS-опросника регистрировалось по шкале **гастроэзофагеального рефлюкса**. При проведении корреляционного анализа между этим **показателем** и частотой возникновения симптома изжоги была установлена статистически значимая тесная корреляционная связь: $r = 0,8$ ($p < 0,01$). При обследовании этих пациентов с помощью опросника SF-36 было выявлено снижение показателей по всем шкалам. При этом худшие параметры на **фоне** выраженной клинической симптоматики, свидетельствующие о низком уровне качества жизни, были зафиксированы по шкалам, определяющим психологический компонент здоровья этих пациентов: общего здоровья (GH), **жизнеспособности** (VT), социального (SF) и ролевого эмоционального (RE) функционирования, психического здоровья (MH). В зависимости от варианта лечения пациенты были разделены на две группы: пациентам 1-й исследуемой группы на протяжении 8 недель назначалась **сочетанная** терапия в виде рабепразола в дозе 20 мг утром натощак за 30 мин. до еды и антацидного препарата Маалокс (суспензия) по 1 пакетику (15 мл) 3 раза в сутки через 1,5 часа после еды и на ночь. Обследуемым 2-й группы в течение 8 недель проводилась монотерапия препаратом рабепразол в суточной дозе 20 мг. На фоне лечения по данным опросника GSRS у пациентов обеих групп была выявлена существенная положительная **динамика** ($p < 0,05$) по шкале **гастроэзофагеального рефлюкса**, свидетельствующая об улучшении качества жизни этих больных. При этом лучшие результаты были достигнуты у пациентов, получающих сочетанную терапию ($p < 0,05$). По данным опросника SF-36 на фоне лечения имело место статистически значимое улучшение качества жизни по всем шкалам ($p < 0,05$) с наилучшими показателями физического (PH) и психологического (MH) компонентов здоровья. Кроме того, в 1-й группе пациентов результаты были достоверно лучше



($p < 0,05$) показателей, полученных во 2-й группе обследуемых. Полученные данные свидетельствуют о большей эффективности использования сочетанной терапии [3].

В другом исследовании, также посвященном оценке качества жизни пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью как показателя эффективности лечения, установлено, что применение сочетанной терапии с использованием рабепразола и итоприда гидрохлорида позволяет достичь более высоких результатов, чем монотерапия рабепразолом, и обоснована необходимость использования данного варианта лечения у этой категории больных [11].

Заключение: качество жизни следует рассматривать как важный независимый показатель оценки течения заболевания и эффективности лечения, в частности, пациентов с функциональными нарушениями ЖКТ. Внедрение оценки качества жизни в широкую медицинскую практику позволит улучшить контроль за эффективностью лечения, максимально индивидуализировав подход к каждому пациенту.

Литература:

1. Антонычев С.Ю., Мохорт Т.В. **Исследование качества жизни больных сахарным диабетом 1-го типа** // Медицинская панорама. – 2003. – № 3 [электронный ресурс].

URL: http://healtheconomics.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=2212:-1-&catid=55:2009-05-29-19-56-44&Itemid=104 (дата обращения 26.05.2013).

2. Барышникова Н.В. Клинико-микробиологическая характеристика микробиоценоза и коррекция его нарушений у больных хроническим гастродуоденитом, ассоциированным с *Helicobacter pylori*. – Автореф. дисс. ...канд.мед.наук. – СПб, 2006. – 24 с.

3. Маев И.В., Самсонов А.А., Одинцова А.Н., Яшина А.В. Динамика показателей качества жизни больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне сочетанной терапии. – Русский медицинский журнал [электронный ресурс]. URL: http://www.rmj.ru/articles_7016.htm (дата обращения 27.05.2013).

4. Недошивин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н. и др. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью // Сердечная недостаточность. – 2000. – Т. 1. – № 4. – С. 1-7.

5. Новик А.А. Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко.- М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007.- 320 с.

6. Панибратец Л.С. Оценка качества жизни в хирургии // Вестник КРСУ. 2009. Том 9. № 10. – С. 163-166.

7. Петренко В.В. Клинико-патогенетические особенности и пути коррекции дисбиоза кишечника и дислипидемии у больных с функциональным запором. – Автореф. дисс. ...канд.мед.наук. – СПб, 2009. – 23 с.

8. Романова Т.И. Качество жизни у больных желчно-каменной болезнью (ЖКБ) и его ассоциация с основными факторами риска и полиморфизмом гена аполипопротеина Е (2005) [электронный ресурс]. URL: <http://www.dissercat.com/content/kachestvo-zhizni-u-bolnykh-zhelchno-kamennoi-boleznyu-zhkb-i-ego-assotsiatsiya-s-osnovnymi-0#ixzz2Uds4YpLg> (дата обращения 29.05.2013).

9. Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Копейкин А.А. и соавт., Отдаленные результаты резекции желудка по поводу язвенной болезни (2011) [электронный ресурс]. URL: <http://surgeryzone.net/journals/otdalennye-rezultaty-rezekcii-zheludka-po-povodu-yazvennoj-bolezni.html> (дата обращения 27.05.2013).



10. Шуваев В.А. Характеристика качества жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. – Автореферат дисс....канд.мед.наук. – СПб, 2004. – 22 с.
11. Щербинина М.Б., Закревская Е.В., Скороход Т.А. Новые стратегии в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни Сучасна гастроентерология. – 2010. - № 4 (54). – С. 83-89.
12. Andrews E.B. et al. Prevalence and Demographics of Irritable Bowel Syndrome: Results from a Large Web-Based Survey // Alimentary Pharmacology & Therapeutics.- 2005. - Vol.22(10) .- P.935-942.
13. Bracco A., Reilly M., McBurney C.R. Burden of irritable bowel syndrome with constipation on health care resource utilisation, work productivity and activity impairment and quality of life in France, Germany and United Kingdom // Gut. - 2005. - Vol.54 (Suppl VII).- A93.
14. Brandt L.N. et al. American College of Gastroenterology Functional Gastrointestinal Disorders Task Force. An Evidence Based Approach to the Management of Chronic Constipation in North America // Am J Gastroenterol.- 2005.- Vol.100.- P.1-21.
15. Chang L. et al. Gender, Age, Society, Culture, and the Patient's Perspective in the Functional Gastrointestinal Disorders // Gastroenterology, 2006. - Vol.130.- №5.- P.1435-1446.
16. Coffin B. et al. Relationship between severity of symptoms and quality of life in 858 patients with irritable bowel syndrome // Gastroenterol Clin Biol.- 2004.- Vol.28.- №1.- P.11-15.
17. Eypasch E., Williams J.I., Wood-Dauphinee S. et al Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument // The British Journal of Surgery. – 1995. – Vol. 82(2). – P. 216-222).
18. Fink P., Rosendal M. Recent Developments in the Understanding and Management of Functional Somatic Symptoms in Primary Care // Curr. Opin. Psychiatry. - 2008.- Vol.21.- №2.- P.182-188.
19. Longstreth G.F. et al. Functional bowel disorders // Gastroenterology .- 2006. - Vol.130 (V5).- P. 1480-1491.
20. Ware J.E., Sherbourne C.D. The Mos SF-36 item short form health survey (SF-36): I. Conceptuel framework and item selection // Medical Care. – 1992. - № 30. – P. 473-483.

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ К АНАЛИЗУ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Богданов Р.Н., Глубоковский К.С., Лихтшангоф А.З.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Целью настоящего исследования был научный анализ деятельности гастроэнтерологического отделения СПб ГУЗ «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы», одного из крупнейших многопрофильных стационаров Санкт-Петербурга. Данное отделение развернуто на 76 коек (46 коек гастроэнтерологического профиля и 30 – терапевтического). Имеется дневной стационар на 5 коек. Объем и виды консультативной и лечебной помощи оказываются в соответствии с лицензиями и сертификатами, согласно которым разрешается оказание консультативной помощи гастроэнтерологического и терапевтического профиля пациентам с заболеваниями всех категорий и сложности диагностики и лечения. Отделение аккредитовано с 1995 г. на высшую категорию.



По гастроэнтерологическому профилю отделение оказывает лечебно-диагностическую помощь, как в стационаре, так и через амбулаторно-поликлиническое отделение Елизаветинской больницы, пациентам, со следующими заболеваниями: хронический панкреатит, гепатиты невирусной этиологии, циррозы и фиброзы печени, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастриты и дуодениты, неспецифический язвенный колит и болезнь Крона, синдром раздраженного кишечника, хронический холецистит и другие заболевания желчевыводящих путей, гастрорефлюксоэзофагиальная болезнь и эзофагиты.

В отделении функционирует панкреатогепатологический центр для оказания квалифицированной помощи больным с заболеваниями поджелудочной железы и печени, удельный вес которых значительно возрос в структуре заболеваний. Ежедневно осуществляются амбулаторно-консультативные приемы больных врачами отделения по направлениям поликлиник и гастроэнтерологических центров. Лекарственное обеспечение осуществляется согласно формулярам по ОМС и ДМС. Используются современные методики лечения с комплексным применением новых препаратов и учетом патогенетических механизмов заболевания.

Согласно штатному расписанию, в отделении имеется 1,0 ставка зав. отделением, 3,25 ст. врача-гастроэнтеролога, 0,75 ст. врача-терапевта и 3,75 ст. врача-терапевта экстренной медицинской помощи (всего – 8,75 ст.). Однако количество занятых ставок не соответствует количеству физических лиц, и занятость врачебных ставок физическими лицами составила на 1 января 2012 г. лишь 68,6%. Что касается среднего медперсонала, то, по штатному расписанию, его в гастроэнтерологическом отделении 19,25 ставки, в том числе палатных медсестер – 15,25 ст., процедурных медсестер – 3,0 ст., и старшая медсестра – 1,0. Однако имеются вакантные – 2 ставки палатной медсестры, 1 ставка процедурной медсестры, а занятость медсестринских ставок физическими лицами составила на 1 января 2012 г. 93,5%, что надо признать неплохим показателем. Соотношение ставок врачебного и среднего медперсонала равняется 1 : 2,2.

Хуже обстоит дело с младшим медицинским персоналом. Отделение располагает следующими штатами: палатные санитарки-уборщицы – 8,0 ст., сестра-хозяйка – 1,0 ст., санитарки-буфетчицы – 2,5 ст., санитарка-уборщица – 1 ст. и санитарка процедурного кабинета – 0,75 ст. (всего – 13,25 ст.). Однако в отделении работают лишь 8 младших медработников, а обеспеченность физическими лицами составляет 60,4%.

Следует отметить высокую квалификацию врачебного и среднего медперсонала. Так, все врачи отделения имеют сертификаты по специальности и аттестованы, в том числе 33,3% имеют высшую категорию, 16,7% – первую, а 50,0% – вторую. Из средних медработников высшую категорию имеют 50,0%, первую – 11,1%, вторую – 5,6%, а оставшиеся 33,3% (молодые сотрудники) категории пока не имеют. Сертифицированы все средние медработники. Повышение квалификации сотрудников проходит соответственно плану.

Анализ показателей лечебной деятельности отделения показал, что за 2010 г. было пролечено 2654 больных, что практически не отличается от предыдущего года (2651). Умерло из них 284 чел., что составляет 10,7%. По сравнению с 2009 г. (11,1%) показатель летальности незначительно снизился, но остается довольно высоким. Досуточная летальность составляла 2,1% (в 2009 г. – 2,3%). Такой уровень летальности можно объяснить высоким удельным весом пациентов, которым оказывалась экстренная помощь (96,9%), – с алкогольной болезнью печени, декомпенсированными циррозами, тяжелыми гепатитами, с тяжелой полиорганной



недостаточностью, гипотермией, терминальной стадией онкопатологии и острыми нарушениями мозгового кровообращения (на терапевтических койках).

Число дней работы койки в 2010 г. составило 309,9. Этот показатель значительно снизился по сравнению с 2009 г. (334,6) и 2008 г. (374,8) – на 7,4% и 17,3% соответственно. Средняя длительность пребывания в стационаре также снизилась – до 9,1 койко-дня по сравнению с 2009 г. (9,8) и 2008 г. (10,5). Соответственно изменился и оборот койки – 34; в 2009 г. – 33,9, в 2008 г. – 37,0.

В нозологической структуре пролеченных больных преобладают болезни органов кровообращения – 19,2%, травмы и отравления – 14,5%, хронический панкреатит – 11,7%, неврологическая патология (в основном, цереброваскулярная болезнь и геморрагические инсульты) – 11,3%, аллергическая патология – 11,3%, хронические гепатиты и циррозы печени – 9,5%. Несколько реже встречаются: анемии – 3,4%, болезни органов дыхания – 2,6%, злокачественные новообразования разной локализации – 2,4%, хронический гастрит и гастродуоденит – 2,4%, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – 1,5%, язвенная болезнь желудка – 1,3%, неспецифический язвенный колит и болезнь Крона – 1,3%, заболевания мочеполовой системы (в основном, гломерулонефрит) – 1,2%, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – 0,9%, синдром раздраженного кишечника – 0,9%, болезни желчевыводящих путей – 0,7%, а также прочая патология – 3,7%. Таким образом, удельный вес болезней органов пищеварения составляет лишь 31,4%, а среди больных гастроэнтерологического профиля преобладают пациенты с хроническими панкреатитами, хроническими гепатитами и циррозом печени. По сравнению с 2009 годом несколько увеличилось количество непрофильных больных (неврологического профиля) – с 246 до 300 чел.

В отделении активно проводится клиничко-экспертная работа: систематически проверяются и анализируются истории болезни за время нахождения больных в отделении и при выписке больных из стационара, дефекты в ведении пациентов разбираются на утренних конференциях в отделении. Что же касается внешней экспертизы, то за 2010 г. рекламаций и штрафных санкций по медицинским дефектам не было.

Помимо работы по ОМС, отделением оказывается и возмездная помощь населению, в частности, функционируют 9 палат повышенной комфортности; врачами проводятся платные (через страховой отдел) консультации пациентов.

Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в гастроэнтерологическом отделении следует признать вполне удовлетворительным. Так, за 2010 г. в результате проверок нарушений по санитарно-эпидемиологическому состоянию отделения выявлено не было, не отмечалось случаев внутрибольничных и гнойно-септических инфекций.

Осуществляется также научно-методическая работа. С 1989 г. отделение является клинической базой 2-й кафедры терапии усовершенствования врачей ВМедА. На отделении проводится активная научно-практическая работа по изучению гистоморфологии, патофизиологии, клинических особенностей заболеваний, исследованию новых лекарственных препаратов (в том числе по стандартам GCP), разработке и усовершенствованию стандартов диагностики и лечения болезней органов пищеварения. Разработаны и внедрены в практику стандарты оказания медицинской помощи больным гастроэнтерологического профиля в Елизаветинской больнице. Научно-практическая работа включает такие направления, как изучение патоморфологических особенностей печени при алкогольном поражении, хронических гепатитах и циррозах в целях оптимизации диагностики и оценки эффективности новых препаратов и методов лечения, в том



числе комбинированной противовирусной (пегилированные интерфероны + рибаверин), гепатопротективной (гептрал, силимарин, липоевая кислота, эссенциальные фосфолипиды) терапии.

Профессорско-преподавательским составом 2-й кафедры терапии усовершенствования врачей ВМедА проводятся профессорские обходы, клинические разборы с врачами отделения и слушателями академии. При необходимости проводятся отделенческие клинико-анатомические конференции.

Еженедельно силами слушателей I факультета, клинических ординаторов и интернов ВМедА делаются реферативные сообщения по актуальным вопросам гастроэнтерологии. Врачи посещают заседания гастроэнтерологического и терапевтического общества.

АНАЛИЗ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА

Варнавская Е.В.

ФГБОУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ РФ (г.Челябинск), Челябинск

Актуальность. Болезни системы кровообращения (БСК) оказывают значительное влияние на состояние здоровья населения в связи с высокой заболеваемостью и смертностью в Российской Федерации. Лидирующее значение в структуре смертности населения от БСК занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС). Челябинская область не является исключением, т.к. относится к регионам с высоким уровнем заболеваемости и смертности от ИБС. Но кроме статистических данных, особое значение приобретает оценка пациентами качества своей жизни, обусловленное здоровьем. Под качеством жизни понимают интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанного на субъективном восприятии [1,2].

Оценка качества жизни еще не так широко применяется в профилактике и лечении не смотря на то, что анализ качества жизни позволяет оценить такие важные аспекты, как психоэмоциональное состояние, физическое здоровье, социальный статус и отношение пациента к своему состоянию [2].

Материалы и методы. Нами были обследованы 122 человека в возрасте от 34 до 72 лет (средний возраст $53 \pm 0,7$) с диагнозом ИБС в сочетании с гипертонической болезнью и без нее, проходящим лечение в ФГБУ «ФЦССХ» Минздрава России (г. Челябинск). Исследование проводили перед хирургическим лечением с установленным клиническим диагнозом.

Для оценки качества жизни был использован русифицированный опросник «Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form health survey» (SF -36). Она состоит из 8 шкал и оценивает 2 основных компонента качества жизни: психологический и физический. Первый включает в себя 4 шкалы: жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ) и психологическое здоровье (ПЗ). Второй компонент представлен 4 шкалами: физическое функционирование (ФФ), физическое ролевое функционирование (ФРФ), боль (Б) и общее здоровье (ОЗ). Расчеты дают значение по шкале от 0 до 100 баллов, отражающий уровень жизни по возрастающей. Одновременно оценивались результаты ДАД, САД, ЧСС, возраста, роста и веса с целью вычисления индекса функциональных изменений (ИФИ) – показателя адаптационных возможностей человека.



В процессе исследования пациенты были разделены на группы: первая - пациенты с диагнозом ИБС (n=59); вторая –пациенты с ИБС в сочетании с АГ (n=63).

Статистическая обработка проводилась с помощью программы STATISTICA 6. Сравнение проводили по непараметрическому критерию Манна –Уитни, для оценки изменений качества жизни использовали критерий Вилкоксона для связанных выборок. Корреляцию сравнивали по коэффициенту Спирмана.

Результаты и обсуждения. Проведенный анализ качества жизни установил достоверно значимые различия в оценке качества жизни между группами пациентов с ИБС и ИБС в сочетании с АГ (таб.1).

Таблица 1.

Результаты оценки качества жизни пациентов с ИБС

Шкалы, баллы	Пациенты с ИБС (n= 59)	Пациенты с ИБС +АГ(n=63)
	M±m	M±m
ФФ	71,00± 3,3	56,3±4,8
ФРФ	44,1±6,2	16,3±6,1
Б	55,3 ± 3,4	48,6±4,5
ОЗ	54,8 ± 2,3	26,8± 2,7
Ж	58,2± 2,1	49,6±4,0
СФ	70,6± 3,2	69,4 ±4,1
РЭФ	54,8± 6,1	22,1± 8,7
ПЗ	63,7± 2,2	61,1± 3,4

Результаты оценки качества жизни показали наличие достоверных различий ($p<0,01$) в результате шкал ФФ для 2 групп.

Уровень физического функционирования больных (ФФ) ИБС выше, чем аналогичный уровень больных с диагнозом ИБС в сочетании с АГ.

Оценка физического ролевого функционирования (ФРФ) выше у первой группы в сравнении с аналогичным показателем ($p<0,01$) и составила у первой группы 44,1± 6,2 балла.

Оценка шкалы боли (Б) значительно превышает показатели у первой группы пациентов.

Шкала общего здоровья (ОЗ) выявила достоверные различия между 2 группами и преобладание более высоких показателей в оценке общего здоровья в сравнении со второй группой.

Уровень жизнеспособности (Ж) также достоверно ниже у респондентов 2 группы.

Уровень социального функционирования (СФ) имеет одинаковые значения в обеих группах и отсутствуют статистически значимые различия.

Уровень ролевого эмоционального функционирования (РЭФ) значительно ниже во второй группе.

Уровень психологического здоровья (ПЗ) выше в первой группе.

Таким образом, в целом наблюдаются незначительные различия в показателях шкал ПЗ, СФ, ФФ, в то время как имеются достоверные различия в уровне шкал РЭФ, ФРФ, ОЗ (рис.1).

В целом, уровень субъективной оценки качества жизни пациентов с ИБС выше, чем уровень субъективной оценки качества жизни больных с ИБС в сочетании с АГ ($p<0,01$).



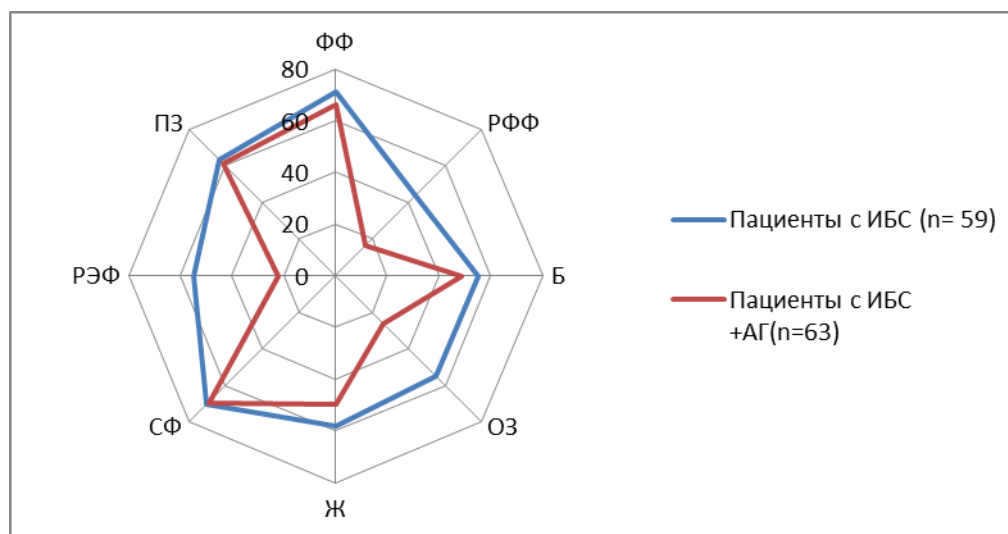


Рис. 1 Сравнительная оценка качества жизни пациентов с ИБС и пациентов с ИБС в сочетании с АГ (по данным SF -36)

Корреляционный анализ показал прямую зависимость параметров качества жизни по всем шкалам с индексом функциональных изменений. Наибольшая зависимость отмечена между шкалами общего здоровья (ОЗ), жизнеспособности (Ж) и физического ролевого функционирования (ФРФ).

Выводы:

1. Уровень субъективной оценки качества жизни больных с ИБС значительно превышает уровень субъективной оценки больных ИБС в сочетании с АГ.
2. Выявлены достоверные различия между группами в уровне шкал РЭФ, РФФ, ОЗ ($P < 0,01$).
3. Установлена прямая корреляционная связь между параметрами качества жизни по всем шкалам с индексом функциональных изменений.

Литература:

- 1.Щепин, О.П. Общественное здоровье и здравоохранение. О.П.Щепин, В.А. Медик - М.: ГЭОТАР-Медицина. – 2010.- С. 107-121
- 2.Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. А.А. Новик, Т.И. Ионова.- С-Пб, Медицина: «Олма-Пресс», 2002.- С. 10-31.

КАЧЕСТВО РАННЕГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ РАННЕГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований № 14-06-00085

Василенко Т.Д., Воробьева М.Е.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Исследование факторов и условий качественного раннего взаимодействия матери и ребенка имеет значение как с точки зрения профилактики нарушений общения, так и с позиции качества жизни как будущей матери, так и ребенка. Взаимодействие матери и ребенка в первые месяцы жизни выступает в качестве условия не только оптимального развития ребенка [4; 6; 7], формирования надежной



привязанности, но и формирования паттернов формирования качества жизни [5] и, как следствие, - сохранения здоровья ребенка. В нашей работе интерес представляет рассмотрение в динамике взаимодействия с младенцами матерей с различными стилями готовности к материнству [9], которые они демонстрировали на этапе беременности. Процесс взаимодействия матери с младенцем представляет собой сложный, начинающийся с первых дней жизни процесс [7; 8].

Цель: изучение качества взаимодействия с младенцами женщин с различным стилем готовности к материнству как условие сохранения здоровья ребенка.

Материал и методы исследования: Исследование проходило в течение 7 месяцев с использованием лонгитюда. Методы исследования: структурированное интервью, архивный метод, метод наблюдения («Шкала оценки для понимания взаимодействия матери и ребенка в грудном возрасте» I.Chatoor), психодиагностические методики (опросник «Удовлетворенность браком» В.В. Столина, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко; методика «Фигуры» Г.Г. Филипповой; тест отношений беременной И.В. Добрякова; методика «Кто я?» М. Куна, Т. Макпартленда в модификации Т.В. Румянцевой). Для статистического анализа были использованы методы сравнительной статистики (непараметрические критерии χ^2 Пирсона и φ^* Фишера). Все расчеты проводились с использованием статистического пакета фирмы StatSoft STATISTICA 8.0.

В исследовании приняли участие 40 замужних женщин в возрасте 18-27 лет, ожидающих первого ребенка, удовлетворенных браком, которые были обследованы на III триместре беременности, в первый, третий и шестой месяц после рождения ребенка.

Результаты исследования. Для проверки гипотезы о связи стиля готовности к материнству у женщин в период беременности, качества раннего взаимодействия с ребенком и состояния здоровья детей в первые месяцы жизни нами были сформированы три группы: женщины с адекватным, тревожным и игнорирующим стилем готовности к материнству на этапе беременности. При исследовании качества раннего взаимодействия матерей с детьми были обнаружены следующие особенности взаимодействия по месяцам.

В конце первого месяца жизни младенца были выявлены статистически значимые различия ($p \leq 0,05$) между женщинами, имеющими адекватный и игнорирующий стили готовности к материнству в период беременности по параметрам взаимодействия со стороны матери: ласковость (0,66 и 0,20 – частота встречаемости здесь и далее, соответственно), проявление голоса (0,83 и 0,40), искренность (0,94 и 0,30), изменчивость (0,67 и 0,20), реактивность (0,72 и 0,10), содержание речи (0,83 и 0,30), вербальные ограничения (0,94 и 0,10). Со стороны младенца были обнаружены статистически значимые различия по параметру «проявление эмоций» (0,89 у «адекватной» матери и 0,20 – у «игнорирующей»).

Женщины с адекватным стилем готовности к материнству статистически значимо отличались от имеющих тревожный стиль готовности по параметрам: искренность (0,94 и 0,33), изменчивость (0,67 и 0,17), игра (0,77 и 0,42) и вербальные ограничения (0,94 и 0,66). Проявление ласковости у младенцев так же имели статистически значимое отличие (0,89 и 0,67).

На основании полученных результатов можно утверждать, что женщины с адекватным стилем готовности к материнству характеризуются принятием роли матери [4], наличием адекватной ценности ребенка и способны установить оптимальный контакт с младенцем уже в первый месяц жизни. Они проявляют ласку в прикосновениях к ребенку, часто вступают с ним во взаимодействие, часто держат ребенка на руках, разговаривая с ним. Пеленание у таких матерей осторожное,



медленное, ласковое. Действия и поведение ребенка у таких матерей сопровождается комментариями, в которых отражаются эмоции матери и интерпретация движений ребенка. У младенца в качестве ответных реакций - заинтересованные, сосредоточенные, широко открытые глаза, он многократно улыбается.

Женщины с тревожным стилем готовности к материнству характеризуются завышенной ценностью ребенка, отзывчивы, реагируют большей частью спонтанно на поведение ребенка, с выраженными, часто амбивалентными, эмоциями. Спонтанность проявляется и со стороны ребенка. Мать не всегда реагирует на отвлечение взгляда ребенка, его смех или плач. У ребенка часто наблюдается нейтральное выражение лица.

Женщины с игнорирующим стилем готовности к материнству характеризуются заниженной ценностью ребенка и материнской роли. В речи таких матерей отсутствует «детский язык», она «разговаривает» с ребенком как со взрослым партнером. У таких женщин отношение к ребенку неоднозначно: содержание, тон речи, выражение лица, прикосновения не согласуются друг с другом. Ребенок чаще всего не смотрит на мать и капризничает. У матерей с игнорирующим стилем готовности к материнству негативная констатация или упрек выражены в сердитом тоне. Младенцы у таких матерей часто с нейтральным выражением лица, у них наблюдается отсутствие проявлений эмоций (улыбки).

В 3 месяца после рождения мы выявили статистически значимые различия между матерями с адекватным и игнорирующим стилем готовности к материнству по следующим параметрам: ласковость (0,83 и 0,30), проявление голоса (0,89 и 0,50), искренность (0,94 и 0,30), изменчивость (0,89 и 0,10), реактивность (0,78 и 0,10), содержание речи (0,83 и 0,20), вербальные ограничения (0,89 и 0,10), а также эмоции (0,83 и 0,30), проявление голоса (0,94 и 0,60) у младенца как ответных реакций на воздействие матери.

Среди женщин с адекватным и тревожным стилем готовности к материнству статистически значимые различия были обнаружены по параметрам: ласковость (0,83 и 0,50), искренность (0,94 и 0,42), изменчивость (0,89 и 0,33) и вербальные ограничения (0,89 и 0,42).

Полученные данные свидетельствуют о том, что женщины с адекватным стилем готовности к материнству к 3-му месяцу после рождения ребенка упрочивают оптимальный контакт со своими детьми. Установление субъект-субъектных взаимоотношений между матерью и ребенком в дальнейшем приведет к благоприятному развитию привязанности. К трем месяцам дети таких матерей начинают систематически проявлять голос, появляется активное «гуление».

Женщины с тревожным стилем готовности к материнству начинают активнее проявлять ласковость и телесный контакт во взаимодействии с младенцем к 3-му месяцу, что может свидетельствовать об адаптации женщины к роли матери и к взаимодействию с ребенком. Вместе с тем, у таких матерей наблюдаются пропуски стимуляций и «посылов» от ребенка, отсутствие игр.

Женщины с игнорирующим стилем готовности к материнству устанавливают с ребенком субъект-объектные отношения, что в дальнейшем будет препятствовать развитию привязанности [2; 3]. Вместе с тем, младенцы в ответ на стимуляцию начинают проявлять голос, что свидетельствует о желании ребенка устанавливать контакт, но такие матери оставляют без ответа посылы младенца.

К шестому месяцу мы выявили значимые различия между матерями с адекватным и игнорирующим стилем готовности к материнству по параметрам: эмоции (0,89 и 0,20), ласковость (0,94 и 0,30), проявления голоса (0,94 и 0,40), искренность (1,0 и 0,20), изменчивость (0,82 и 0,20), реактивность (0,89 и 0,10),



стимуляция (0,83 и 0,30), содержание речи (0,89 и 0,10), игра (1,0 и 0,30), вербальные ограничения (0,78 и 0,10), а также эмоции и ласковость (1,0 и 0,1), проявления голоса у младенца как ответных реакций на взаимодействие с матерью.

Среди женщин с адекватным и тревожным стилем готовности к материнству статистически значимые различия были обнаружены по параметрам ласковости (0,94 и 0,58), искренности (1,0 и 0,33), изменчивости (0,82 и 0,33), стимуляции (0,83 и 0,42), игры (1,0 и 0,33) и вербальным ограничениям (0,78 и 0,25), а также эмоциям (1,0 и 0,67), проявлениям голоса (1,0 и 0,58) у младенца.

У матерей к 6-му месяцу после рождения ребенка отмечаются те же тенденции развития взаимодействия с младенцем, что и на 3-м месяце после его рождения: оптимальное взаимодействие у адекватных матерей упрочивается, так же как и нарушенное взаимодействие у игнорирующих матерей. У тревожных матерей продолжает нарастать амбивалентность взаимодействия с ребенком.

В результате проведенного исследования мы можем отметить, что в диаде «мать-ребенок» оптимальное взаимодействие наполняется эмоциональным содержанием, что соответствует исследованиям Дж. Боулби [1]. Он утверждает, что дети (группа «В» детей с надежной безопасной привязанностью) таких матерей стремятся к близости, взаимодействию с матерью. Такое поведение ребенка свидетельствует о чувстве безопасности [1]. У женщин с тревожным стилем готовности к материнству к 6-му месяцу наблюдается амбивалентное развитие взаимодействия во взаимоотношениях с ребенком. Дж. Боулби указывал, что такие матери отличаются непоследовательностью, неустойчивостью и непредсказуемостью поведения [1]. У женщин с игнорирующим стилем готовности к материнству проявляется нарушенное взаимодействие, как со стороны самой женщины, так и со стороны ребенка. Дж. Боулби о таких детях пишет, как о детях «отстраненной, избегающей, небезопасной привязанности». Матери таких детей отличаются холодностью, невнимательным отношением к потребностям ребенка, излишней требовательностью [1].

В результате статистической обработки результатов было выявлено различия по частоте заболеваний ($p\text{-level} < 0,05$) у детей матерей с различным стилем готовности к материнству (табл. 1).

Таблица 1

Частота заболеваний детей матерей с различным стилем готовности к материнству

Стиль готовности к материнству	Возраст ребенка		
	I месяц	III месяца	VI месяцев
адекватный	0,1	0,1	0,3
тревожный	0,25	0,3	0,4
игнорирующий	0,6	0,9	0,8

Как видно из таблицы, нарушенное взаимодействие матери и ребенка сопровождается нарушениями здоровья младенца.

Выводы. Качество раннего взаимодействия матери и младенца можно рассматривать как условие сохранения здоровья ребенка. В процессе развития ребенка в первые 6 месяцев отмечается нарастание различий взаимодействия матери и младенца у женщин с различным стилем готовности к материнству. В связи с тем, что складывающийся к 3 триместру беременности стиль готовности к материнству выступает фактором качества раннего взаимодействия с ребенком,

профилактику нарушений контакта следует начинать в процессе клинко-психологического сопровождения беременности.

Список литературы

1. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей: пер. с англ. и науч. ред. В.В. Старовойтова — 2-е изд. — М.: Академический Проект, 2004.— 232 с.
2. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребёнку в период беременности // *Вопр. психологии.* – 1997. – № 6 - С. 38-47.
3. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // *Вопросы психологии.* 2003. № 4 – С. 41-53.
4. Василенко Т.Д., Земзюлина И.Н. Принятие роли матери: клинко-психологический анализ. - Москва: ФОРУМ, 2011. - 176 с.
5. Герхардт С. Как любовь формирует мозг ребенка/ Пер. с англ. Ю.В. Рыковской. – М.: Этерна, 2012. – 320 с.
6. Добряков И.В., Перинатальная психология. – СПб.: Питер, 2011. - 272с.
7. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб.: Изд-во С.-Петербур.ун-та, 2003 – 288с.
8. Стерн, Д.Н. Межличностный мир ребенка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития. – СПб.: ВЕИП, 2006 – 376 с.
9. Филиппова Г.Г. Психология материнства : учеб. пособие. – М., 2002. – 240 с.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, НА ТЕРРИТОРИИ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Гололобова Е.А., Исаенко Т.П., Пашина И.В.

КГМУ, кафедра дерматовенерологии; кафедра общественного здоровья и здравоохранения, Курск

Актуальность. Заболеваемость населения инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), является актуальной межведомственной, междисциплинарной проблемой во всем мире, в том числе и в Российской Федерации. Данные официальной государственной статистики свидетельствуют о стабилизации эпидемиологического процесса по заболеваемости ИППП в течение последних 5 лет.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ динамики заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, за период 2001—2014 гг. на основании данных официальной статистической отчетности по Курской области.

Полученные результаты. В 2014 году в Курской области было зарегистрировано 2768 случая заболеваний ИППП. Структура распределения ИППП сохраняется неизменной на протяжении нескольких лет. Самые высокие показатели заболеваемости регистрируются по трихомониазу (84,1 на 100 тысяч населения), аногенитальным (венерическим) бородавкам (48,9 на 100 тысяч населения), далее — хламидийной инфекции (23,9 на 100 тысяч населения), сифилису (26,8 на 100 тысяч населения), гонококковой инфекции (21,8 на 100 тысяч населения) и аногенитальной герпетической вирусной инфекции (15,6 на 100 тысяч населения).

Стабильное снижение заболеваемости сифилисом наблюдается с 2002 года. Так, в 2003 году заболеваемость уменьшилась на 7,7 %, в 2006 - на 25,9%, в 2008 году - на 35,1 %, в 2010 - на 54,8 %.



Снижение заболеваемости сифилисом отмечено нами не только среди городского, но и среди сельского населения. Структура распределения заболеваемости сифилисом среди городского и сельского населения в Курской области составляет 60% и 40% соответственно. По данным официальной государственной статистики в Российской Федерации: городское население - 75%, 25% - сельское.

Общая заболеваемость сифилисом среди городского населения Курской области существенно выше ($p < 0,05$), чем сельского, что, возможно, связано с улучшением качества диагностики данной патологии.

Гендерная структура заболеваемости сифилисом в Курской области за весь период наблюдения (2009-2014 гг.) не изменялась и составила 50% среди мужчин и 50% - среди женщин.

Заболеваемость сифилисом среди детского населения Курской области (0-14 лет) за четыре последних года наблюдения снизилась на 16%. В подростковой группе (15-17 лет) за тот же период времени темп снижения медленнее (на 12%). В возрастной группе 18-29 лет заболеваемость уменьшилась на 14%, в группе 30-39 лет - на 19,2%, в группе свыше 40 лет - 15,8 %.

В Курской области доля заболевших сифилисом среди работающего и неработающего населения была до 2014 года примерно одинакова (49,8% и 50,2% соответственно). В 2014 году произошли значительные изменения в данном показателе - 63,9% заболевших сифилисом были безработными.

Для характеристики эпидемиологической ситуации важное значение имеет оценка структуры клинических форм сифилиса, регистрируемых среди заболевших. Среди всех форм наиболее часто выявляется ранний скрытый сифилис. Увеличение доли скрытого раннего сифилиса в рассматриваемый период времени (48,5% в 2009 году и 53,5% в 2012 году) косвенно свидетельствует о росте числа больных, занимающихся самолечением, приеме антибиотиков широкого спектра действия, а также улучшении лабораторной диагностики.

Чаще всего сифилис был выявлен в акушерско-гинекологических лечебно-профилактических учреждениях. Достаточно большое количество больных было обнаружено во время проведения предварительного медицинского осмотра в амбулаторно-поликлинических учреждениях и при обследовании декретированных групп населения. Врачам всех специальностей необходимо знание клинических проявлений сифилиса и умение проводить его дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, так как сифилис имеет много форм проявления клинической картины и может встретиться в практике врача любой специальности.

Нами выявлено существенное снижение заболеваемости гонореей среди населения Курской области: со 108,4 в 2001 году до 32,1 в 2013 году и 21,8 в 2014 году на 100 000 населения ($p < 0,05$).

Проведенные исследования показали, что в Курской области гендерная структура за весь период наблюдения больных гонореей была стабильна. Значительное преобладание заболевших мужчин (82,8%). Можно предположить, что это связано с наиболее трудной диагностикой данной патологии у женщин.

Заболеваемость трихомониазом в Курской области также существенно снижается за весь период наблюдения ($p < 0,05$), так, в 2014 году - 84,1, а в 2001 году - 408,2 на 100 000 населения.

Заболеваемость хламидиозом в Курской области имеет скачкообразную структуру на протяжении последних 13 лет. Однако с 2008 года отмечается существенное снижение заболеваемости вплоть до 2014 года ($p < 0,05$). В 2013 году этот показатель составил 35,7 на 100 000 населения (на 23,8% меньше, чем в 2012



году, и на 52,6% меньше, чем в 2001 году). В 2014 году этот показатель составил 23,9 на 100 000 населения.

Также нами была изучена заболеваемость населения в Курской области так называемыми инфекциями «нового поколения». Значительное увеличение заболеваемости аногенитальными бородавками с 2001 года (36,1 на 100 000 населения) по 2014 год (48,9 на 100 000 населения) ($p < 0,05$). Однако это увеличение было неравномерным, а с периодами увеличения и снижения, с пиком в 2003 году (64,4 на 100000 населения).

Заключение. В Курской области сохраняется благоприятная тенденция к снижению заболеваемости ИППП, однако заболеваемость аногенитальными бородавками и генитальным герпесом имеет тенденцию к росту. Заболеваемость сифилисом на территории Курской области распределялась крайне неравномерно и зависела от места жительства, возраста, пола, социального положения и других показателей. За исследуемый период наблюдается снижение заболеваемости сифилисом детей и подростков благодаря профилактическим мерам дерматовенерологических и акушерско-гинекологических служб. Необходим контроль над деятельностью негосударственных медицинских учреждений и врачей частной практики, выявлением и учетом больных ИППП для совершенствования мер профилактики и полноценного лечения больных с целью сохранения репродуктивного здоровья в условиях демографического кризиса.

ПОКАЗАТЕЛЬ «ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ГОДЫ ПОТЕРЯННОЙ ЖИЗНИ» КАК ИЗМЕРИТЕЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РАБОТАЮЩИХ НА СОВРЕМЕННОМ МЕТАЛЛУРГИЧЕСКОМ ПРОИЗВОДСТВЕ

Давыдов Д.М.

СЗГМУ им.И.И. Мечникова, кафедра профилактической медицины и охраны здоровья, Санкт – Петербург

Актуальность. Незаслуженно мало используется в качестве экономически эффективного инструмента для предотвращения заболеваний и смерти, а также для повышения эффективности профилактических мероприятий такой показатель качества жизни как Потенциальные Годы Потерянной Жизни (ППЖ), который ВОЗ, ОЭСР и Всемирный банк рекомендуют использовать для оценки потерь человеческого потенциала.

На современном этапе развития новых технологий металлургического производства (на примере Череповецкого металлургического комбината ОАО «Северсталь») профессиональный риск металлургов от воздействия комплекса вредных производственных факторов в зависимости от стажа работы недостаточно изучен. Металлурги подвергаются воздействию комплекса вредных производственных факторов, что способствует росту профессиональной патологии, которая ведет к инвалидизации и сокращению продолжительности жизни.

Цель исследования: Применить методику расчета ППЖ для обоснования мероприятий по улучшению условий труда металлургов с использованием моделей динамической оценки изменения здоровья. Для реализации задач исследования нами использованы модели оценки профессионального риска и динамической оценки изменения здоровья рабочих.

ППЖ - показатель измерения состояния здоровья рабочих, который позволяет установить экономическую эффективность реализованных мероприятий. Сводный показатель, объединяющий годы жизни, утраченные в результате



преждевременной смерти, и годы жизни, частично утраченные по причине того, что были прожиты в состоянии не полного здоровья. Способ расчёта ПГПЖ, являющегося количественным показателем здоровья населения и одной из отправных точек для формирования политики здравоохранения, чётко демонстрирует, что смертность - это не единственная составляющая бремени болезней, значительная часть этого бремени приходится на заболеваемость и ограничение возможностей жизнедеятельности (инвалидизация рабочих). Расчёт числа потерянных ПГПЖ позволяет измерить уровень отклонений по сравнению с потенциально идеальным, безупречным здоровьем, при котором у людей нет никаких болезней или инвалидности и все они достигают наивысших показателей ожидаемой продолжительности жизни.

Определение индекса ПГПЖ (DALY):

$$DALY = \frac{D \cdot C \cdot e^{-\beta a}}{(\beta + r)^2} \left[e^{(\beta+r)L} (1 + (\beta+r)(L+a)) - (1 + (\beta+r)a) \right] \text{ где:}$$

D – степень потери здоровья, измеряемая в % (0 – при отсутствии потери, 0,5 – при частичной потере здоровья, 1 – при летальном исходе);

$C = 0,16243$ – константа, полученная ВОЗ из экспертных оценок функции ценности года жизни в возрасте x ($AWF(x) = Cxe^{-\beta x}$);

e – константа равная 2,71828

$\beta = 0,04$ – константа (темп убывания ценности года жизни, выражаемый в %), полученная ВОЗ из экспертных оценок функции ценности года жизни в возрасте x ($AWF(x) = Cxe^{-\beta x}$);

$r = 0,03$ – дисконтная ставка (3%), используемая ВОЗ для приведения ценности лет жизни к настоящему моменту времени;

a – начальный момент времени (возраст), в который происходит утрата здоровья (измеряется в годах от даты рождения);

L – количество оставшихся лет жизни, отсчитываемое от момента утраты здоровья (находится как разность между средней ожидаемой продолжительности жизни и моментом утраты здоровья).

Потерянные годы жизни суммируются по группам индивидуумов. Если же утрата здоровья носит разный характер в течение периода, равного средней ожидаемой продолжительности жизни, то ПГПЖ рассчитывается для каждого из подпериодов после чего производится суммирование потерянных лет жизни по всем подпериодам с учетом дисконтирования (т.е. приведения количества потерянных лет жизни в каждом последующем периоде к настоящему моменту времени) по ставке $r = 0,03$.

Отношение числа лет жизни к их качеству, будучи гибкой характеристикой, сочетающей в себе качественную и количественную оценку жизни, она может быть использована для анализа практически любого заболевания и медицинского вмешательства на всех уровнях здравоохранения.

С использованием моделей динамической оценки изменений в состоянии здоровья осуществляется комплексная гигиеническая оценка условий труда металлургов, на современном уровне производства Череповецкого металлургического комбината ОАО "Северсталь". Изучается структура, распространённость и особенности формирования профессиональной заболеваемости у металлургов Череповецкого металлургического комбината ОАО "Северсталь" в связи с условиями труда.



С использованием ПППЖ будут измерены резервы продолжительности жизни металлургов, а значит и улучшение показателей их здоровья, которые связаны, как с факторами образа жизни, так и новыми модернизированными условиями труда.

Заключение: использование методики расчета показателя ПППЖ позволит провести анализ количества потерянных лет жизни работающих, оценить экономические потери и обосновать целесообразность инвестиций в профилактические мероприятия, мероприятия по предотвращению несчастных случаев на производстве.

Литература:

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2012 Курс на благополучие. ВОЗ 2013 год.
2. Методика определения экономического ущерба здоровью населения от загрязнения атмосферного воздуха Ревич Б.А.М.2006 год.
3. Методические рекомендации по использованию показателя «Потерянные годы потенциальной жизни»(ПППЖ) для обоснования приоритетных проблем здоровья населения России на федеральном, региональном и муниципальном уровнях. Красильников И.А. М.2014 год.
4. Опыт оздоровления условий труда и улучшения состояния здоровья на крупном химическом производстве. Помыткина Т.Е. Гигиена и санитария №3 2010
5. Рамочная модель и стандарты национальных информационных систем здравоохранения (Второе издание) ВОЗ 2014 год.
6. Целевые ориентиры и индикаторы для политики Здоровье 2020 (Версия-2) ВОЗ 2014год.
7. QALY: история, методология и будущее метода Ягудина Р.И., Куликов А.Ю. Фармакоэкономика Том3 №1 2010год.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Дремина Т.Ф.

Курский государственный медицинский университет, кафедра общей и клинической психологии

Современное общество в настоящее время сталкивается с рядом проблем, затрагивающих различные сферы его жизнедеятельности. Для России, как и для большинства развитых европейских стран, особую важность приобретает проблема сохранения генофонда нации, являющегося гарантией дальнейшего выживания и развития нашего общества. В этих условиях становится актуальной тема бережного отношения к материнству и детству.

Актуальность психологического изучения материнства продиктована противоречием между остротой демографических проблем, связанных с падением рождаемости, огромным числом распадающихся семей с увеличением числа детей сирот при живых родителях, с ростом числа случаев жестокого обращения с ребенком.

Наше исследование посвящено изучению влияния особенностей ценностно-смысловой сферы беременной женщины на готовность к материнству.

Исследование проводилось на базе родильного дома ОБУЗ "Курская городская больница №6", ОБУЗ "Курский городской клинический перинатальный центр". Всего в исследовании приняло участие 120 испытуемых.

Условиями отбора испытуемых для исследования являются:



1. Срок беременности (выборку составили беременные женщины на сроке 16 – 40 недель).
2. Возраст беременных женщин (в выборку вошли женщины в возрасте от 22 до 28 лет).
3. Ожидание первого/второго ребенка.
4. Отсутствие негативного опыта беременности (аборт, выкидыш, патологии).
5. Удовлетворенность в браке.

В исследовании использовались следующие **методы и методики**:

1. Тест «Смыслжизненных ориентаций» Д.Леонтьева (СЖО) – является адаптивной версией теста «Цель в жизни» Дж. Крамбо и Л.Махолика (1977). Методика была разработана авторами на основе теории стремления к смыслу и логотерапии В. Франкла. В окончательном варианте представляет собой набор из 20 шкал, каждая из которых сформулирована как утверждение с раздваивающимся окончанием: два противоположных варианта окончания задают полюса оценочной шкалы, между которыми возможны семь градаций предпочтений. Позволяет получить данные по 5 субшкалам: «Цели в жизни»; «Эмоциональная насыщенность жизни»; «Результативность жизни»; «Локус контроля – Я»; «Локус контроля – жизнь», а также общий показатель осмысленности жизни.

2. Тест - опросник «Удовлетворенность браком» состоит из 28 вопроса с вариантами ответа. Испытуемым предлагалось выбрать вариант ответа, который наиболее подходит. Тест – опросник направлен на выявление типа отношения в браке.

3. Опросник Терминальных ценностей Рокича (ОТеЦ), выявляющий особенности направленности личности. Опросник представляет собой 80 утверждений, с помощью которых описаны различные желания и стремления человека. Испытуемого просят каждое из утверждений оценить по 5-балльной шкале следующим образом: 1 – не имеет никакого значения; 2 – имеет небольшое значение; 3 – имеет определённое значение; 4 – это важно; 5 – это очень важно.

Перечень терминальных ценностей включает в себя 8 наименований: собственный престиж, т.е. завоевание своего признания в обществе путём следования определённым социальным требованиям; высокое материальное положение, т.е. обращение к факторам материального благополучия как к главному смыслу существования; креативность, т.е. реализация своих творческих возможностей, стремление изменять окружающую действительность; активные социальные контакты, т.е. установление благоприятных отношений в различных сферах социального взаимодействия, расширение своих межличностных связей, реализация своей социальной роли; развитие себя, т.е. познание своих индивидуальных особенностей, постоянное развитие своих способностей и других личностных характеристик; достижения, т.е. постановка и решение определённых жизненных задач как главных жизненных факторов; духовное удовлетворение, т.е. руководство морально-нравственными принципами, преобладание духовных потребностей над материальными; сохранение собственной индивидуальности, т.е. преобладание собственных мнений, взглядов, убеждений над общепринятыми, защита своей неповторимости и независимости. Терминальные ценности реализуются в следующих жизненных сферах: профессиональная жизнь, обучение и образование, семейная жизнь, общественная жизнь, увлечения.

В результате проведенного исследования были получены статистически значимые различия по данным, полученным в ходе выполнения «Опросника терминальных ценностей» в группах женщин, ожидающих первого ребенка и



женщин, ожидающих второго ребенка, находящихся в третьем триместре беременности, в сфере «Обучение и образование» ($p\text{-level} = 0,007469$).

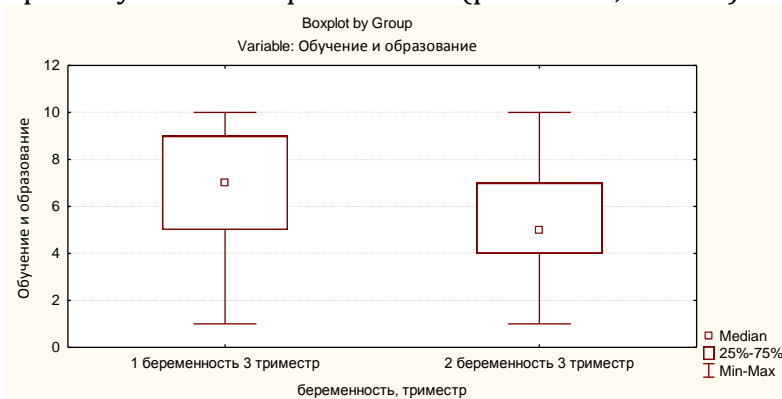


Рисунок 1 Уровень значимости жизненной сферы « Обучение и образование » у беременных женщин, ожидающих первого ребенка и второго ребенка в третьем триместре беременности

У женщин, ожидающих первого ребенка, находящихся в третьем триместре беременности уровень значимости такой жизненной сферы как «Обучение и образование» выше, чем у женщин, ожидающих второго ребенка.

Данные результаты свидетельствует о том, что у женщин, ожидающих первого ребенка, не произошло еще осознание своего нового состояния - беременности и как следствие принятия новой социальной роли - роли матери. А у женщин, ожидающих второго ребенка, наиболее важными являются сферы «Семейной жизни», «Общественной жизни», что характеризует их как зрелых личностей, способствует принятию роли матери и формирует ценность семьи.

Получены статистически значимые различия по результатам выполнения «Опросника терминальных ценностей» в группах женщин, ожидающих второго ребенка, находящихся во втором и третьем триместрах беременности, в сфере «Собственный престиж» ($p\text{-level} = 0,042443$).



Рисунок 2 Уровень значимости жизненной сферы « Обучение и образование » у беременных женщин, ожидающих второго ребенка во втором и третьем триместрах беременности

У женщин, ожидающих второго ребенка, находящихся в третьем триместре беременности уровень значимости жизненной сферы «Собственный престиж» ниже, чем в группе женщин, ожидающих второго ребенка, находящихся во втором триместре беременности.

Полученные результаты свидетельствует о том, что женщины, ожидающие второго ребенка, находящиеся в третьем триместре беременности, воспринимают процесс своей жизни как наиболее интересный и наполненный смыслом по сравнению с женщинами, ожидающими второго ребенка и находящимися во втором триместре беременности.



Таким образом, можно сделать вывод о том, что у женщин, ожидающих второго ребенка, степень осознания ценности ребенка и материнства среди других ценностей выше, чем у женщин, ожидающих первого ребенка.

Процесс принятия новой социальной роли – роли матери, который протекает на основе уже имеющегося опыта, характеризуется более успешной адаптацией к ситуации беременности, а также обеспечению наиболее благоприятных условий протекания беременности, в связи с более глубоким анализом особой жизненной ситуации, ориентацией на ребенка.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Дубовая А.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра педиатрии и неонатологии факультета интернатуры и последипломного образования, Донецк

Актуальность мальформаций кардиоваскулярной системы обусловлена их значительной распространенностью [1, 2]. Согласно данным Children's Heart Foundation, ежегодно в мире рождается около 1,35 миллионов детей с врожденными пороками сердца (ВПС), при этом последние десятилетия характеризуются постоянным ростом частоты обсуждаемых аномалий и увеличением количества сложных комбинированных пороков [3, 4, 5].

Несмотря на улучшение возможностей ранней диагностики, внедрение новых методов хирургического лечения с использованием новейших технологий, усовершенствование методик защиты миокарда и проведения анестезии, остается нерешенной проблема сохранения и прогрессирования нарушения ритма сердца (НРС), сердечной недостаточности (СН), артериальной гипер- и гипотензии, даже после успешно проведенной операции, что ухудшает качество жизни (КЖ) пациентов [6, 7, 8, 9].

Предполагаем, что одной из возможных причин указанного может быть повышенное поступление и накопление в организме токсичных и потенциально токсичных химических элементов, а также дефицит жизненно необходимых и условно эссенциальных биоэлементов [10, 11, 12, 13].

Цель исследования: оценить КЖ детей с ВПС, установить причины его снижения.

Материалы и методы. Обследованы 126 пациентов (67 мальчиков и 59 девочек) в возрасте от 0 до 17 лет с ВПС, из них 60 (47,6%) детей имели врожденный порок развития сердца, 45 (38,5%) больных – врожденный порок магистральных сосудов, 21 (17,9%) пациент – их сочетание.

При этом простые ВПС имели 89 больных (46 мальчика и 43 девочки), комбинированные – 37 пациентов (21 мальчик и 16 девочек). Следует отметить, что комбинация двух ВПС документирована у 29 (78,4%) больных, трёх – у 8 (21,6%) детей. Диагноз верифицировали согласно международным подходам в соответствии с МКБ X пересмотра.

Сведения о видах ВПС и их комбинациях у обследованных детей представлены в табл. 1.



Таблица 1

Виды и комбинации ВПС у обследованных пациентов

п/п	Вид ВПС	Количество больных (n=126)	
		Абс.	%
Простые ВПС		89	70,6
1	ДМЖП	26	17,5
2	ОАП	19	9,3
3	Аномалия строения аортального клапана	18	8,2
4	КоА	16	16,5
5	ДМПП	10	10,3
Комбинированные ВПС		37	29,4
1	Тетрада Фалло	8	6,8
2	ОАВК+ОАП	7	6,0
3	КТМС	4	3,4
4	ЧАДЛВ	4	3,4
5	ТМС+ДМЖП	3	2,6
6	ТМС	2	1,7
7	ЕЖС	2	1,7
8	ДМЖП+ОАП	2	1,7
9	Атрезия трикуспидального клапана	2	1,7
10	Атрезия клапана ЛА	2	1,7
11	Аномалия Эбштейна+ОАП	1	0,9

Примечания: ДМЖП – дефект межжелудочковой перегородки; ОАП – открытый артериальный проток; КоА – коарктация аорты; ДМПП – дефект межпредсердной перегородки; ОАВК – открытый атриовентрикулярный канал; КТМС – корригированная транспозиция магистральных сосудов; ЧАДЛВ – частичный аномальный дренаж легочных вен; ТМС – транспозиция магистральных сосудов; ЕЖС – единственный желудочек сердца; ЛА – легочная артерия.

Дети с ВПС находились на стационарном лечении в отделении детской кардиологии, кардиохирургии и реабилитации Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака в период с 2008 по 2014 год. Вопрос о тактике оказания помощи больным с ВПС решался совместно с кардиохирургом после комплексного обследования пациента, с учетом течения порока, эффективности консервативного лечения, возможности и риска проведения хирургического лечения. В соответствии с классификацией, предложенной J. Kirklin и соавт. (1986) [14], были выделены 3 группы пациентов (табл. 2):

- 1-я группа – больные с тяжелыми проявлениями ВПС, которые были прооперированы в течение 1 месяца после установления диагноза: 27 детей с тетрадой Фалло, сочетанием ОАВК и ОАП, ТМС и ДМЖП, аномалии Эбштейна и ОАП, ЧАДЛВ, ТМС, ЕЖС, атрезией трикуспидального клапана, атрезией клапана ЛА.

- 2-я группа – больные, состояние которых позволяло провести операцию в плановом порядке (в течение 3-6 месяцев от установления диагноза): 70 детей с перимембранозным ДМЖП, ОАП, ДМПП, ЧАДЛВ, КоА, тетрадой Фалло, ЧАДЛВ, сочетанием ДМЖП и ОАП.

- 3-я группа – больные с ВПС с незначительными нарушениями гемодинамики, которые не нуждались в операции: 29 детей с мышечным ДМЖП, аномалией строения аортального клапана, КТМС.

Сведения о тактике ведения пациентов представлены в табл. 2.



Таблица 2

Тактика ведения пациентов с ВПС

Возраст	Дети с ВПС (n=126)					
	Дети, которым была проведена оперативная коррекция ВПС (n=97)				Дети, не нуждающиеся в оперативной коррекции ВПС (n=29)	
	Экстренная оперативная коррекция (n=27)		Плановая оперативная коррекция (n=70)			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ДМЖП	0	0,0	11	15,7	15	51,7
ОАП	0	0,0	19	33,9	0	0,0
Аномалия строения аортального клапана	0	0,0	8	11,4	10	34,5
КоА	0	0,0	16	28,6	0	0,0
ДМПП	0	0,0	10	17,9	0	0,0
Тетрада Фалло	6	22,2	2	3,6	0	0,0
ОАВК+ОАП	7	25,9	0	0,0	0	0,0
ЧАДЛВ	2	7,4	2	3,6	0	0,0
КТМС	0	0,0	0	0,0	4	9,3
ТМС+ДМЖП	3	11,1	0	0,0	0	0,0
ТМС	2	7,4	0	0,0	0	0,0
ЕЖС	2	7,4	0	0,0	0	0,0
ДМЖП+ОАП	0	0,0	2	3,6	0	0,0
Атрезия трикуспидального клапана	2	7,4	0	0,0	0	0,0
Атрезия клапана ЛА	2	7,4	0	0,0	0	0,0
Аномалия Эбштейна+ОАП	1	0,0	0	0,0	0	0,0

В контрольную группу вошли 35 сверстников (17 мальчиков и 18 девочек), не имеющих ВПС.

Наряду с общеклиническими, лабораторными и инструментальными исследованиями каждому ребенку проводили ДопплерЭхоКГ, 24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ и суточное мониторирование АД, нагрузочное тестирование для оценки адаптации сердечно-сосудистой системы с помощью компьютеризированной стресс-тест-системы [15]. Оценку психоэмоционального и вегетативного статуса осуществляли комплексно с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера в модификации Ю. Л. Ханина [16], детского опросника В.В. Седнева [17] и цветового теста Люшера [18]. Методами атомно-эмиссионной спектрометрии в индуктивно-связанной плазме и атомно-абсорбционной спектрометрии с электротермической атомизацией определяли в волосах содержание 33 химических элементов: 8 токсичных (Al, Cd, Pb, Hg, Be, Ba, Tl, Bi), 5 потенциально токсичных (As, Ni, Sb, Sn, Sr), 15 эссенциальных (Ca, Cl, K, Mg, Na, P, S, Cr, Cu, Fe, I, Mn, Mo, Se, Zn) и 5 условно эссенциальных (B, Co, Li, Si, V).



КЖ оценивали с помощью собственных специальных методик: у больных с ВПС, ассоциированными с НРС, использовали «Способ комплексной оценки качества жизни детей с аритмией» (патент на изобретение UA №15818 от 17.07.06), с артериальной гипертензией – «Способ комплексной оценки качества жизни детей с артериальной гипертензией» (патент на изобретение UA №49015 от 12.04.10), с синкопальными состояниями – «Способ комплексной оценки качества жизни детей с синкопальными состояниями» (патент на изобретение UA № 51617 от 26.07.10).

Обследование проводили до информирования пациента и его родителей о наличии у ребенка ВПС и/или необходимости оперативной коррекции порока.

Статистическую обработку результатов исследования проводили методами вариационной и альтернативной статистики с расчётом показателя ранговой корреляции Спирмена [19].

Результаты и обсуждение.

Полученные результаты свидетельствовали об отличии содержания исследованных токсичных и потенциально токсичных химических элементов у детей с ВПС и не имеющих ВПС (табл. 3).

Таблица 3

Частота превышения допустимого содержания токсичных и потенциально токсичных химических элементов у обследованных детей (n=132)

Химический элемент	Все обследованные дети (n=132)		Основная группа – дети с ВПС (n=97)		Контрольная группа – дети, не имеющие ВПС (n=35)	
	Абс.	%, M±m	Абс.	%, M±m	Абс.	%, M±m
Токсичные:	94	71,2±3,9	82	84,5±3,7***	12	34,3±8,0
- свинец	48	36,4±4,2	42	43,3±5,0**	6	17,1±6,4
- барий	34	25,8±3,8	29	29,9±4,6*	5	14,3±5,9
- кадмий	25	18,9±3,4	21	21,6±4,2	4	11,4±5,4
- ртуть	20	15,2±3,1	17	17,5±3,9	3	8,6±4,7
- алюминий	17	12,9±2,9	15	15,5±3,7	2	5,7±3,9
- висмут	2	1,5±0,1	2	2,1±0,4	0	0,0±0,0
Потенциально токсичные:	48	36,4±4,2	41	42,3±5,0*	7	20,0±6,8
- стронций	45	34,1±4,1	39	40,2±5,0*	6	17,1±6,4
- никель	19	14,4±3,1	17	17,5±3,9*	2	5,7±3,9
- мышьяк	4	3,0±0,5	4	4,1±0,7*	0	0,0±0,0

Примечания:

- * - различие достоверно (p<0,05) в сравнении с контрольной группой;
- ** - различие достоверно (p<0,01) в сравнении с контрольной группой;
- *** - различие достоверно (p<0,001) в сравнении с контрольной группой.

Как следует из табл. 3, у пациентов с ВПС статистически значимо чаще документировано превышение допустимого содержания токсичных химических элементов в сравнении с детьми, не имеющими ВПС (84,5±3,7% и 34,3±8,0%, p<0,001). Из восьми исследованных токсичных химических элементов у детей обеих групп были выявлены пять: свинец (36,4±4,2%), барий (25,8±3,8%), кадмий (18,9±3,4%), ртуть (15,2±3,1%), алюминий (12,9±2,9%). Обращало внимание, что у больных с мальформацией кардиоваскулярной системы статистически значимо чаще в сравнении с детьми, не имеющими ВПС, документировано превышение



допустимого содержания двух токсичных химических элементов ($43,3 \pm 5,0\%$ и $14,3 \pm 5,9\%$ соответственно, $p < 0,01$). Превышение допустимой концентрации трех и более токсичных химических элементов выявлено только у пациентов с ВПС (17 чел., $17,5 \pm 3,9\%$). Повышенный уровень потенциально токсичных химических элементов (стронций, никель, мышьяк) документирован у 41 ($42,3 \pm 5,0\%$) пациента с ВПС, что было статистически значимо чаще, чем у сверстников, не имеющих ВПС ($20,0 \pm 6,8\%$, $p < 0,05$).

Дефицит жизненно необходимых биоэлементов документирован у $90,2 \pm 2,6\%$ всех детей, из них у $76,5 \pm 4,3\%$ пациентов с ВПС (табл. 4).

Таблица 4

Частота снижения допустимого содержания эссенциальных и условно эссенциальных химических элементов у обследованных детей (n=132)

Химический элемент	Все обследованные дети (n=132)		Основная группа – дети с ВПС (n=97)		Контрольная группа – дети, не имеющие ВПС (n=35)	
	Абс.	%, $M \pm m$	Абс.	%, $M \pm m$	Абс.	%, $M \pm m$
Эссенциальные:	119	$90,2 \pm 2,6$	91	$93,8 \pm 2,4$	28	$80,0 \pm 6,8$
- кальций	104	$78,8 \pm 3,6$	83	$85,6 \pm 3,6^*$	21	$60,0 \pm 8,3$
- магний	103	$78,0 \pm 3,6$	79	$81,4 \pm 3,9$	24	$68,6 \pm 7,8$
- калий	101	$76,5 \pm 3,7$	91	$93,8 \pm 2,4^{***}$	10	$28,6 \pm 7,6$
- марганец	99	$75,0 \pm 3,8$	84	$86,6 \pm 3,5^{***}$	15	$42,9 \pm 8,4$
- селен	98	$74,2 \pm 3,8$	77	$79,4 \pm 4,1^*$	21	$60,0 \pm 8,3$
- хром	93	$70,5 \pm 4,0$	73	$75,3 \pm 4,4$	20	$57,1 \pm 8,4$
- йод	93	$70,5 \pm 4,0$	70	$72,2 \pm 4,6$	23	$65,7 \pm 8,0$
- железо	84	$63,6 \pm 4,2$	68	$70,1 \pm 4,6^*$	16	$45,7 \pm 8,4$
- фосфор	78	$59,1 \pm 4,3$	61	$62,9 \pm 4,9$	17	$48,6 \pm 8,4$
- цинк	69	$52,3 \pm 4,3$	57	$58,8 \pm 5,0^*$	12	$34,3 \pm 8,0$
- сера	56	$42,4 \pm 4,3$	48	$49,5 \pm 5,1^{**}$	8	$22,9 \pm 7,1$
- медь	54	$40,9 \pm 4,3$	42	$43,3 \pm 5,0$	12	$34,3 \pm 8,0$
- натрий	44	$33,3 \pm 4,1$	39	$40,2 \pm 5,0^{**}$	5	$14,3 \pm 5,9$
- молибден	9	$6,8 \pm 2,2$	9	$9,3 \pm 2,9^{**}$	0	$0,0 \pm 0,0$
Условно эссенциальные:	103	$78,0 \pm 3,6$	84	$86,6 \pm 3,5^{**}$	19	$54,3 \pm 8,4$
- кобальт	101	$76,5 \pm 3,7$	91	$93,8 \pm 2,4^{***}$	10	$28,6 \pm 7,6$
- бор	81	$61,4 \pm 4,2$	67	$69,1 \pm 4,7^{**}$	14	$40,0 \pm 8,3$
- кремний	70	$53,0 \pm 4,3$	59	$60,8 \pm 5,0^{**}$	11	$31,4 \pm 7,8$
- литий	34	$25,8 \pm 3,8$	29	$29,9 \pm 4,6^*$	5	$14,3 \pm 5,9$
- ванадий	8	$6,1 \pm 2,1$	8	$8,2 \pm 2,8^*$	0	$0,0 \pm 0,0$

Примечания:

* - различие достоверно ($p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой;

** - различие достоверно ($p < 0,01$) в сравнении с контрольной группой;

*** - различие достоверно ($p < 0,001$) в сравнении с контрольной группой.

Обращало внимание, что у больных с мальформацией кардиоваскулярной системы статистически значимо чаще в сравнении с детьми, не имеющими ВПС, документирован дефицит одновременно трех эссенциальных химических элементов ($58,8 \pm 5,0\%$ и $34,3 \pm 8,0\%$ соответственно, $p < 0,05$) и четырех ($29,9 \pm 4,6\%$ и $14,3 \pm 5,9\%$,

$p < 0,05$). Дефицит пяти и более жизненно необходимых биоэлементов констатирован только у пациентов с ВПС (11 чел., $11,3 \pm 1,4\%$). Снижение допустимого содержания условно эссенциальных химических элементов констатировано у $78,0 \pm 3,6\%$ всех обследованных, при этом статистически значимо чаще у пациентов с ВПС ($86,6 \pm 3,5\%$), чем у детей, не имеющих ВПС ($54,3 \pm 8,4\%$, $p < 0,01$). Обращало внимание, что у больных с мальформацией сердечно-сосудистой системы статистически значимо чаще в сравнении с детьми без ВПС документирован дефицит одновременно трех условно эссенциальных химических элементов ($29,9 \pm 4,6\%$ и $14,3 \pm 5,9\%$ соответственно, $p < 0,05$). Дефицит четырех условно эссенциальных химических элементов констатирован только у пациентов с ВПС (8 чел., $8,2 \pm 1,4\%$).

Результаты субъективной оценки КЖ детей с ВПС по собственным специальным методикам представлены на рис. 1.

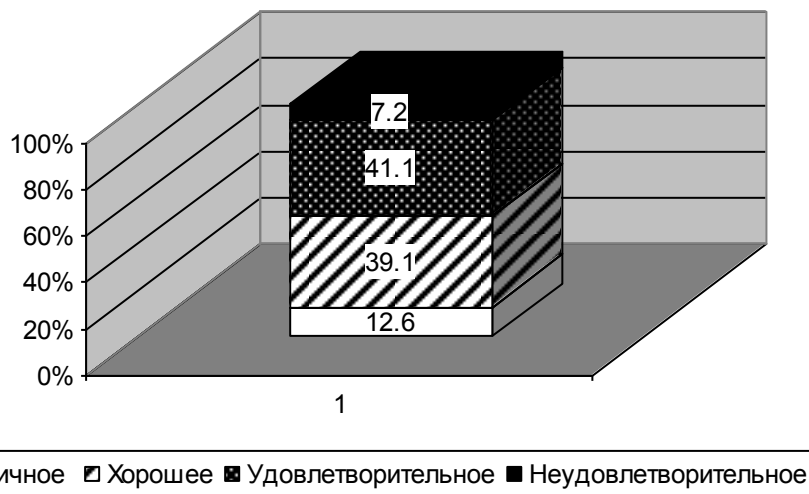


Рис. 1. Результаты субъективной оценки КЖ детей с ВПС.

Как видно из рис. 1, у 12,6% детей с ВПС жалобы отсутствовали, у 39,1% пациентов носили неспецифический характер, наблюдаясь редко, что дало основание по совокупности баллов оценить качество их жизни как “отличное” и “хорошее” (не сниженное).

По результатам опросника снижение КЖ выявлено у $48,3 \pm 4,1\%$ детей, при этом умеренно сниженным (“удовлетворительным”) оно было у $41,1 \pm 4,0\%$ пациентов (у $29,8 \pm 3,7\%$ с комбинированным ВПС), значительно сниженным (“неудовлетворительным”) – у $7,2 \pm 2,1\%$ больных (у $5,3 \pm 1,8\%$ с комбинированным ВПС).

Согласно полученным данным, основными причинами снижения КЖ, по мнению детей, были тревога за свое здоровье и жизнь ($75,5 \pm 3,5\%$ чел.), нарушения сна ($74,2 \pm 3,6\%$ чел.), повышенная утомляемость, обидчивость, раздражительность ($61,6 \pm 4,0\%$ чел.), цефалгии ($60,9 \pm 4,0\%$ чел.), головокружение ($56,3 \pm 4,0\%$ чел.), кардиалгии колющего ($50,3 \pm 4,1\%$ чел.) и давящего ($22,5 \pm 3,4\%$ чел.) характера. У $53,6 \pm 4,1\%$ детей с ВПС, ассоциированными с НРС, причиной снижения КЖ были жалобы специфического характера: у $43,0 \pm 4,0\%$ чел. – частое сердцебиение, у $29,1 \pm 3,7\%$ чел. – сильное сердцебиение, у $22,5 \pm 3,4\%$ чел. – “перебои” в работе сердца, у $4,6 \pm 1,7\%$ чел. – чувство остановки сердца. При этом причины снижения качества жизни имели различия в зависимости от вида НРС. Так, у детей с экстрасистолией таковыми были невольная фиксация внимания на работе сердца ($87,4 \pm 2,7\%$ чел.), ожидание приступов сердцебиения ($84,1 \pm 3,0\%$ чел.), перебоев в работе сердца ($82,1 \pm 3,1\%$ чел.); у пациентов с пароксизмальной тахикардией – ожидание приступов усиленного и/или учащенного сердцебиения ($81,5 \pm 3,2\%$ чел.). У больных с



артериальной гипотензией основной причиной снижения КЖ было ожидание приступов головокружения и/или внезапной потери сознания ($93,4 \pm 2,0\%$ детей). У детей с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) IIА и IIБ стадии основной причиной снижения КЖ являлась одышка при физической нагрузке ($18,5 \pm 3,2\%$ чел.) и в покое ($4,6 \pm 1,7\%$ чел.).

Как показали результаты проведенного нами исследования, показатели комплексной оценки КЖ были достоверно ниже ($p < 0,05$) данных субъективной оценки, что отражено на рис. 2. Так, отсутствие снижения КЖ имело место только у $15,2 \pm 2,9\%$ детей с НРС (все дети с простыми ВПС без признаков ХСН и легочной гипертензии). У $84,8 \pm 2,9\%$ пациентов показатель был снижен (у $72,5 \pm 5,4\%$ чел. с комбинированными ВПС и/или признаками ХСН, $p < 0,001$). При этом у $29,8 \pm 3,7\%$ детей имело место значительное снижение КЖ (у $25,8 \pm 3,6\%$ чел. с комбинированными ВПС и/или признаками ХСН, $p < 0,05$).

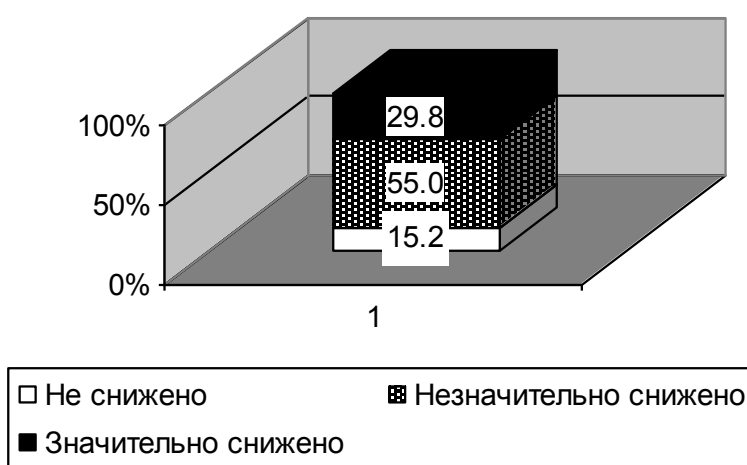


Рис. 2. Результаты комплексной оценки КЖ детей с ВПС.

Согласно комплексной оценке, основными причинами снижения КЖ у детей с ВПС явились НРС ($60,9 \pm 4,0\%$), изменения самочувствия ($56,3 \pm 4,0\%$), ХСН ($50,3 \pm 4,1\%$), дисэлементоз ($48,3 \pm 4,1\%$), артериальная гипертензия ($43,0 \pm 4,0\%$), легочная гипертензия ($43,0 \pm 4,0\%$), синкопальные состояния ($41,1 \pm 4,0\%$), нарушения психоэмоционального статуса ($41,1 \pm 4,0\%$), вегетативная дисфункция ($41,1 \pm 4,0\%$), снижение уровня адаптации ($29,1 \pm 3,7\%$).

Проведенный анализ с расчётом коэффициента ранговой корреляции Спирмена установил наличие прямой сильной связи (отличие коэффициента корреляции от 0 на уровне $p < 0,05$) между показателями: КЖ и тяжесть ВПС ($r = 0,98$), КЖ и ХСН ($r = 0,96$), КЖ и нарушение ритма сердца ($r = 0,94$), КЖ и артериальная гипертензия ($r = 0,92$), КЖ и легочная гипертензия ($r = 0,92$), КЖ и синкопальные состояния ($r = 0,92$), КЖ и дисэлементоз ($r = 0,92$), степень превышения допустимого содержания токсичных химических элементов и сложность мальформации ($r = 0,92$), степень превышения допустимого содержания в организме токсичных биоэлементов и дефицит их эссенциальных элементов-антагонистов ($r = 0,90$), КЖ и вегетативные расстройства ($r = 0,90$), КЖ и тревога ($r = 0,90$), степень снижения допустимого содержания эссенциальных биоэлементов в организме ребенка и сложность мальформации ($r = 0,88$), КЖ и депрессия ($r = 0,86$). При этом не выявлено достоверной зависимости содержания химических элементов от места проживания ($r = 0,57$), социального статуса семьи ($r = 0,52$), профессии родителей ($r = 0,49$), пола ребенка ($r = 0,42$).



Корреляционная структура показателя качества жизни у детей с ВПС представлена на рис. 3.

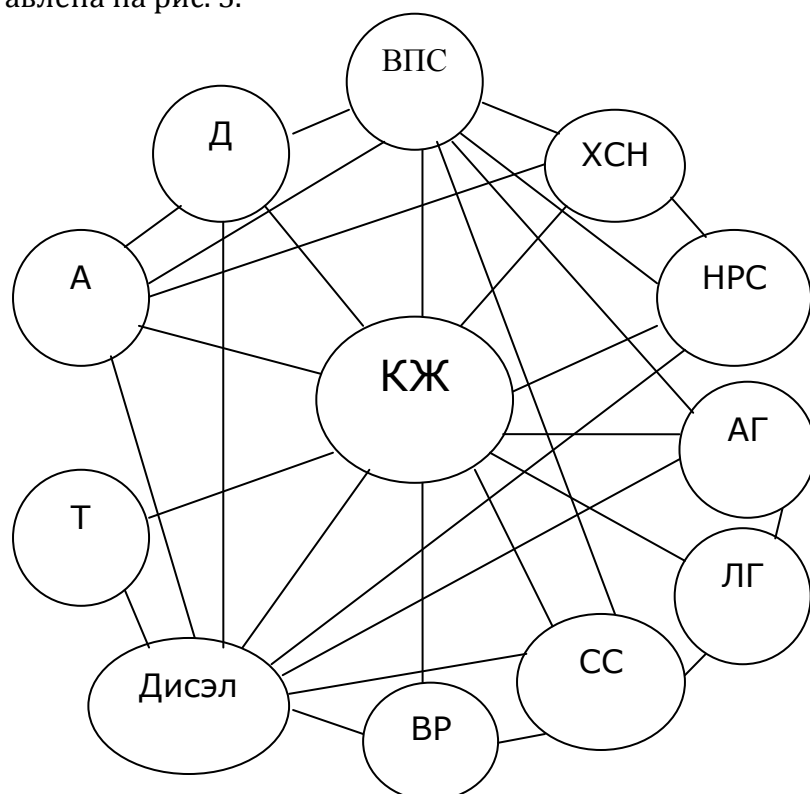


Рис. 3. Корреляционная структура показателя качества жизни у детей с ВПС:

ВПС – тяжесть ВПС;

ХСН – стадия ХСН;

НРС – наличие НРС;

АГ – наличие артериальной гипертензии;

ЛГ – наличие легочной гипертензии;

СС – наличие синкопальных состояний;

ВР – вегетативные расстройства;

Дисэл. – степень выраженности дисэлементоза;

Т – повышенный уровень тревожности;

А – астения;

Д – депрессия.

Выводы. Полученные нами результаты обследования свидетельствуют о том, что у всех детей с ВПС имеет место снижение качества жизни. Причинами его снижения являются НРС (60,9±4,0%), изменения самочувствия (56,3±4,0%), ХСН (50,3±4,1%), дисэлементоз (48,3±4,1%), артериальная гипертензия (43,0±4,0%), легочная гипертензия (43,0±4,0%), синкопальные состояния (41,1±4,0%), нарушения психоэмоционального статуса (41,1±4,0%), вегетативная дисфункция (41,1±4,0%), снижение уровня адаптации (29,1±3,7%). Доказанная связь нарушений химического состава организма и снижения КЖ является основанием для включения в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий детям с ВПС программы коррекции дисэлементоза.





Литература

1. Linde D. Birth prevalence of congenital heart disease worldwide. A systematic review and meta-analysis / D. Linde, E. Elisabeth, M. Konings, [et al.] // J Am Coll Cardiol, 2011; 58:2241-2247.
2. Schwedler G. Frequency and spectrum of congenital heart defects among live births in Germany / G. Schwedler, A. Lindinger, P. Lange [et al.] // Clin Res Cardiol. – 2011. – Vol. 100(12). – P. 1111-1117.
3. Сорокман Т. В., Подвысоцкая Н. И., Гингуляк М. Г. Многофакторный анализ факторов риска развития врождённых пороков сердца // Здоровье ребенка. – 2010. – № 3. – С. 59 – 61.
4. Рябкина Н. Н. Особенности адаптации школьников, перенесших операции по поводу врожденного порока сердца: автореф. дис. к. мед. н.: М., 2011. – 27 с.
5. Химические элементы и структурно-молекулярные особенности кардиомиоцитов у пациентов раннего возраста с транспозицией магистральных артерий / Г. Н. Окунева, Е. Э. Кливер, А. М. Караськов и др. // Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2012. – № 3. – С. 13 – 18.
6. Соколова В. В. Качество жизни больных после коррекции некоторых врожденных пороков сердца: автореф. дис. к. мед. н.: Тюмень, 2006. – 25 с.
7. Раянова Р. Р. Психосоматические особенности детей с врожденными пороками сердца: автореф. дис. к. мед. н.: Уфа, 2005. – 27 с.
8. Дубовая А. В. Качество жизни и пути его улучшения у детей с нарушениями ритма сердца: автореф. дис. к. мед. н.: Донецк, 2008. – 28 с.
9. Нагорная Н.В., Дубовая А.В., Бордюгова Е.В. Значение оценки качества жизни детей с аритмиями // Анналы аритмологии. – 2007. – № 3. – С. 63-70.
10. Нагорная Н.В., Дубовая А.В., Бордюгова Е.В., Коваль А.П. Особенности содержания макро- и микроэлементов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (обзор литературы) // Здоровье ребенка. – 2012. – № 4 (39). – С. 30 – 36.
11. Коваль А.П., Мокрик И.Ю., Дубовая А.В. Токсичные элементы у детей с врожденными пороками сердца и магистральных сосудов // Медико-социальные проблемы семьи. – Т.17. – №3-4. – 2012. –С. 95 – 99.
12. Нагорная Н.В., Коваль А.П., Дубовая А.В., Мокрик И.Ю. Барий и сердце. Обзор литературы и собственное исследование // Педиатрия. Восточная Европа – 2013. – №1 (01). – С.107-118.
13. Коваль А.П., Дубовая А.В., Усенко Н.А. Токсичные субстанции в сердце детей с врожденными пороками сердца и магистральных сосудов // Тезисы XVI всероссийской медико-биологической конференции молодых ученых «Фундаментальная наука и клиническая медицина – человек и его здоровье. – Санкт-Петербург. – 2013. – С.202 – 203.
14. Kirklin J.W., Barratt-Boyes G.G. Cardiac Surgery. – N.-Y.: Wiley, 1986.
15. Clinical stress testing in the pediatric age group: a statement from the American Heart Association Council on Cardiovascular Disease in the Young, Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in Youth / S. M. Paridon, B. S. Alpert, S. R. Boas [et al.] // Circulation. – 2006. – Vol. 113, № 15. – P. 1905-1920.
16. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика.- Издательский Дом “Бахрах”, Самара. – 2002 – 240 с.
17. Седнев В.В., Збарский З.Г., Бурцев А.К. Детский опросник неврозов (ДОН). Методические указания. – Донецк. – 1997. – 8с.
18. Цветовой тест Люшера / Макс Люшер; пер. с англ. А. Никоновой. – М.: АСТ; СПб.: Сова, 2005. – 190с.



19. Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом Medstat / Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов, В. Н. Хоменко, О. А. Панченко. – Донецк : Папакица Е. К., 2006. – 214 с.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНЕ С ГРАДООБРАЗУЮЩИМИ ПРЕДПРИЯТИЯМИ

Дуннен А.А., Скворцова Е.А., Захаров А.П., Нехорошев А.С.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Одним из методологических подходов к оценке качества жизни является современная система оценки уровней вредного влияния вредных факторов на здоровье населения, которое основано на следующих показателях о смертности, заболеваемости, физиологических сдвигах организма, нарушении гомеостаза внутренней среды организма и кумуляции загрязнений среды обитания в органах и тканях. Одним из ведущих трендов в регионах с одним или несколькими градообразующими предприятиями, является необходимость всесторонней оценки на основе риск - ориентированного надзора тех технологий, при проектировании, строительстве и внедрении которых возможно образование химических соединений с малоизученными показателями вредности и неблагоприятного воздействия на среду обитания и население. Большинство исследований по качеству жизни населения в регионе с градообразующими предприятиями направлено на изучение медико-демографических и адаптационных процессов в условиях профессиональной и антропогенно загрязнённой среды обитания выбросами химических соединений. Определяющая роль и место малоинтенсивного химического фактора продуктов взаимодействия выбросов различных предприятий в общей сумме формирования здоровья населения практически не изучались. Создание новой технологии способной, в последующем, обеспечить проведение широкого спектра гигиенических мер по сохранению здоровья населения, является целью исследования и позволит решить актуальную гигиеническую проблему.

В связи с этим, особый интерес представляет регион, в котором находятся населенный пункт, являющийся центром химической промышленности по производству фосфорных удобрений, в частности двойного и тройного суперфосфата. Традиционный анализ загрязнения воздушного бассейна был связан с определением концентрации паров серной кислоты и аэрозолей олеума, влияющих на нарушение кислотно-основного равновесия основных систем организма человека. В то же время в регионе находятся такие градообразующие предприятия как птицефабрика и завод по малотоннажной переработки нефти. Поскольку ранее было установлено, что птицефабрики загрязняют среду обитания продуктами разложения мочевины в результате существенного образования отходов у птиц из-за орнитинового цикла. С нашей точки зрения, наибольшую проблему создаёт малотоннажная переработка нефти, состав выбросов которой в атмосферу существенно зависит от природы сырой нефти. Поскольку на первой стадии производства разделяют сырье на отдельные фракции в трубчатке нагревом при сжигании газовой составляющей, атмосферный воздух населенных мест загрязняется веществами полифазной и многокомпонентной смеси углеводородов и гетероатомных соединений. Актуальность гигиенической характеристики выбросов вредных веществ, в частности, аренов и непредельных соединений, приводит к образованию промежуточных соединений как канцерогенного, так и неканцерогенного действия.



Материалы и методы. Нами подробно, методом обращенной газовой хроматографии [1] и современными физико-химическими методами анализа хромато-масс-спектрометрией и жидкостной хроматографией были обнаружены ароматические сульфокислоты в аэрозольном состоянии, которые обладают раздражающе-рефлекторным действием [2]. В результате определения кислотных свойств и гидрофильно-липофильного баланса бензол-сульфокислоты и алкил-моноаренсульфокислот установлена высокая гидрофобность этих производных при сохранении ими в существенной степени кислотных свойств, обеспечивающих их токсическое действие за счёт комплексообразования с биологическими системами человека. Определение альдегидов в бронхолегочной и нервной системах организма работников проводили разработанным нами способом совместного определения вредных веществ организма методом обращенной газовой хроматографии. При этом хроматографические параметры токсичности (ХПТ) вредных веществ характеризуют ингаляционную или перкутанную токсичность, связанную с донорно-акцепторным взаимодействием токсиканта и биосистем организма.

Полученные результаты. Нами установлена превосходная корреляция между хроматографическим параметром токсичности, отражающим кислотные свойства загрязнения и показателем Ганча ($\lg P$), позволяющем оценить способность загрязнения накапливаться в подкожно-жировой клетчатке. Эта зависимость может быть выражена следующим уравнением: $ХПТ = -0,286 \lg P + 1,33$ с коэффициентом корреляции 0,98.

В структуре проблем профессиональных неинфекционных заболеваний работников предприятий нефтепереработки значительную часть составляет нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы, связанные с ингаляцией ароматическими углеводородами, которые способствуют развитию ишемической болезни сердца вследствие как возникновения атеросклеротических образований, так и увеличения числа желудочковых аритмий. Поэтому современный технический регламент на нефтепродукты, в частности бензиновой фракции содержит требования к значительному снижению содержания бензола, так и суммарному содержанию его гомологов. В связи с этим в малотоннажной технологии получения качественной бензиновой фракции получил распространение процесс перегонки при атмосферном давлении, позволяющий получить как более высокое октановое число за счёт увеличения объемной доли непредельных углеводородов, так и снизить содержание ароматических углеводородов, обладающих канцерогенным действием. Однако, влияние алкенов различной степени насыщенности в воздухе рабочей зоны (ВРЗ) и продуктов их взаимодействия с выбросами птицефабрики и производства минеральных удобрений на риск не канцерогенных заболеваний в достаточной степени не изучено.

В отличие от алканов нормального строения, образующих в организме работников при ингаляционном поступлении такие метаболиты, как спирты и дикарбонильные соединения, алкены превращаются в альдегиды с меньшей молярной массой и обладающих большей токсичностью. Токсическое действие альдегидов определяется двумя факторами: стабильностью исходной структуры $R_1CH=O$ и индукционным взаимодействием между отрицательно заряженным кислородом карбонильной группы и заместителями. По характеру действия на здоровье работников альдегиды при поступлении ингаляционным путем, воздействуют на центральную нервную систему (ЦНС), угнетают митохондриальные ферменты и гонадотропную функцию гипофиза. Высшие гомологи алифатических альдегидов дают большее количество метаболитов различного строения, которые взаимодействуют с аминокруппами белков, образуя основания Шиффа. Сравнение



изменения ХПТ и таких показателей токсикометрии, как летальная концентрация при поступлении ингаляционными и перкутантными путями представителей гомологических рядов альдегидов дает информацию о механизме начальной стадии взаимодействия токсикантов с активными центрами биосистем. Анализ зависимости токсичности альдегидов от числа СН- связей показал, что для алифатических незамещенных альдегидов увеличение числа связей углерод-водород приводит как снижению значений ХПТ, так и уменьшения токсичности. Поэтому, наибольшую опасность представляют альдегиды, образующие в среде обитания при выбросах в результате работы АТ в высокотемпературном режиме, которые способны не только к раздражающему действию, но и острому отравлению. В то же время концентрация альдегидообразующего изопрена вызывает у работников установки атмосферной перегонки спазмы сосудов.

Производство суперфосфата сопровождается загрязнением атмосферного воздуха населенных мест фтороводорода, который при наличии углеводородов под воздействием ультрафиолетового облучения или высоковольтного электрического приводит к образованию фторалканов, в частности, от фторметана до фтордекана включительно. Несмотря на уменьшение ПДК_{м.р.} по сравнению с алканами, летучие фторпроизводные оказывают сильное раздражающее действие на слизистые верхних дыхательных путей, вызывают раздражение кожи и конъюнктивы при аппликациях.

Корреляционно -регрессионный анализ зависимости комплексообразующей способности фторалканов от величины гидрофильно-липофильного баланса показал, что она описывается уравнением: - : ХПТ= -0,318 lgP+1,19 с коэффициентом корреляции 0,8, а в тоже время линейной зависимости летальной концентрации фторалканов (мыши, 2час.) от вышеуказанных параметров не выявлено.

Поскольку в регионе находятся такие градообразующие предприятия, как птицефабрика и завод по малотоннажной переработки нефти, атмосферный воздух населенных мест может быть загрязнен продуктами взаимодействия непредельных соединений с аммиаком, образующимся при разложении мочевины. При этом в атмосферу поступают летучие амины различного химического строения, запах которых может распространяться до 5км и достигать источников поступления олефинов. Токсическому действию аминов свойственна разнообразие эффектов: - симпатомиметическое влияние на вегетативную нервную систему, поражение паренхиматозных органов и систем кроветворения. В результате метаболизма в организме человека первичные амины образуют спирты и продукты дальнейшего окисления.

В то же время вторичные амины в печени превращаются в N -нитрозоамины, которые при восстановлении проявляют канцерогенное действие. Выявленная зависимость комплексообразующей способности первичных аминов от величины гидрофильно-липофильного баланса показала, что возможность ее описания уравнением: - : ХПТ= -0,363 lgP+1,05 с коэффициентом корреляции 0,88. Поэтому способность проникать аэрозолей первичных аминов перкутанно с увеличением гидрофобности токсиканта. В отличие от фторалканов зависимость летальной концентрации летучих аминов (крысы, 4 час.) от вышеуказанных параметров линейризуется уравнением $\lg LC_{50} = -0,691 \text{ ХПТ} + 4,60$ с коэффициентом корреляции 0,8. У населения в условиях воздействия летучих первичных аминов наблюдаются раздражение слизистых органов дыхания и расстройства органов дыхания.

Заключение. Таким образом в результате работы показано, что малотоннажная переработка нефти при неблагоприятных условиях климата может привести к загрязнению атмосферного воздуха населенных мест аэрозолем



алкиларенсульфокислот, фторалканами и алифатическими аминами, снижению качества жизни и росту заболеваемости населения региона, в котором расположены также предприятия по производству фосфорных удобрений и сельского хозяйства..

Литература

1. Захаров А.П. Метод. Основы применения обращенной газовой хроматографии в эколого-гигиеническом мониторинге /А.П. Захаров и др.// Экоаналитика 2000: мат. IV Всеросс. конф. по анализу объектов окружающей среды с междунар. участием.- Краснодар, 2000.-С.198-199
2. Захаров А.П., Березовская М.В Проблема охраны здоровья населения при поступлении в атмосферный воздух веществ с ольфактивным действием // Вестник СПбГМА им. И.И. Мечникова.-2001.- № 4(2).- С.159.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Еремин Г.Б., Мозжухина Н.А., Никонов В.А., Долгая Е.А.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра профилактической медицины и охраны
здоровья, Санкт-Петербург

Актуальность. В современном промышленном городе предприятия и автотранспорт являются источниками увеличивающегося загрязнения атмосферы вследствие нарастающего объема эмиссии газов и аэрозолей антропогенного происхождения [3,5]. В связи с этим, представляет интерес выявление факторов окружающей среды, формирующих негативные тенденции в состоянии здоровья населения, и причин их возникновения [2,6].

Материалы и методы. Анализ статистических данных, представленных в Государственных докладах по санитарно-эпидемиологическому благополучию по Липецкой области за 1998-2013 гг., прикладных научно-исследовательских работ в сфере охраны окружающей среды и здоровья населения г. Липецка и Липецкой области. При выполнении работы использованы статистические методы, методы научного гипотетико-дедуктивного познания, общелогические методы и приемы исследований: анализа, синтеза, абстрагирования, обобщения, индукции.

Результаты. За период 1998-2013 гг. качество атмосферного воздуха существенно менялось. Основными источниками загрязнения воздушного бассейна г. Липецка являлись и, по-прежнему, остаются промышленные предприятия. Вклад ОАО «НЛМК» в загрязнение окружающей среды составлял 93-95 %. Меньшими по объему, но достаточно значительными являются выбросы ОАО ЛМЗ «Свободный Сокол», удельный вес которых составляет 0,35% валовых выбросов от стационарных источников. Более 99% от всех выбросов этих предприятия приходится на четыре ингредиента: окись углерода, сернистый ангидрид, пыль и окислы азота. Основными ингредиентами, определяющими уровень загрязнения атмосферы, являются формальдегид, бенз(а)пирен, фенол и пыль, которые вносят основную долю определяемого ежегодно ИЗА (индекс загрязнения атмосферы). С 1991 по 2000 гг. ИЗА был достаточно высок – более 14, что определяло внесение г. Липецка в список городов с очень высоким уровнем загрязнения атмосферы в связи с ростом объемов производства и возрастанием численности автотранспортных средств. С 2000 года наблюдается некоторое снижение ИЗА (в 2004 г. ИЗА =12, в 2006 ИЗА =9). Интенсивное загрязнение атмосферного воздуха в г. Липецке в 1999 -2007 г., в том числе выделение диоксинов в окружающую среду за счет прежде всего коксохимического производства металлургического завода Липецка, стало причиной



накопления диоксинов в грудном молоке женщин, проживающих в наиболее загрязненной зоне города, превышающем фоновый уровень в несколько раз.

За период 1998-2013 гг. качество окружающей среды существенно менялось. Основными источниками загрязнения воздушного бассейна г. Липецка являлись промышленные предприятия, предприятия теплоэнергетики, автотранспорт.. Вклад ОАО «НЛМК» в загрязнение окружающей среды составлял 93-95,4 %. Однако за последнее десятилетие вклад ОАО «НЛМК» и других промышленных предприятий снижался и достиг 69,8 % в то время как вклад автотранспорта постоянно увеличивался и составляет 30,2%. Причиной столь значимых изменений стали с одной стороны выполнение природоохранных мероприятий на ОАО «НЛМК» (например, вывод из эксплуатации коксохимических батарей), в результате которых произошло значительное снижение выбросов в атмосферный воздух вредных (загрязняющих) веществ, с другой это резкое увеличение количества автотранспорта и транспортной нагрузки. Коксохимическое производство ОАО «НЛМК» являлось значимым источником выбросов диоксинов, бензапирена, фенола, сероводорода, нафталина, оксида углерода, оксида азота, диоксида серы в окружающую среду. В 2005 -2007 объем выбросов уменьшился на 6011 т/год, в 2009 г. на 9756 тн/год за счет вывода из эксплуатации коксовых батарей.. В г. Липецке доля выбросов от автотранспорта в 2001 г. составляла 22% от общего объема выбросов от стационарных и подвижных источников, при этом в общем объеме выбросов доля грузовых автомобилей составляла 53%, легковых автомобилей 31%, автобусов 11% [7,8].

За период 2009-2013 гг. в Липецке не регистрировались концентрации более 5 ПДК под факелом промпредприятий и на автомагистралях. Ведущими загрязнителями воздушного бассейна в настоящее время остаются взвешенные вещества, фенол, формальдегид, сероводород, азота диоксид, 3,4 бенз(а)пирен, концентрации которых превышали среднесуточные ПДК от 1,1 до 1,7 [1].

Причиной столь значимых изменений стали с одной стороны выполнение природоохранных мероприятий на ОАО «НЛМК», реализуемых в соответствии с «Программой технического перевооружения и развития комбината», согласованной с Управлением Роспотребнадзора по Липецкой области, в результате чего произошло значительное снижение выбросов в атмосферный воздух вредных (загрязняющих) веществ, с другой это резкое увеличение количества автотранспорта и транспортной нагрузки.

По результатам исследований, выполненных в г. Липецке в период 1990-1996 гг. с целью выявления экопатологии в был проведен сравнительный анализ показателей заболеваемости и пораженности населения (детского и взрослого) на территориях с разным уровнем нагрузки экотоксикантами, т.е. в условно "чистой" и "грязной" зонах города. Сопоставление усредненных показателей по лечебно-профилактическим учреждениям (ЛПУ), отнесенным к различным по антропогенному загрязнению зонам, позволило установить разницу заболеваемости и пораженности взрослых по восьми классам болезней: по злокачественным новообразованиям (в среднем кратность разницы за 2 последних года изучения составила 2,48 и 1,87 - соответственно), по классам болезней нервной системы (по показателю пораженности - 2,1), органов дыхания (средняя кратность разницы показателей пораженности - 1,82), органов пищеварения (кратность разницы по заболеваемости - 2,25, по пораженности - 1,5), болезням костно-мышечной системы (2,59 и 1,89), врожденным аномалиям (1,6 и 2,3) и, в особенности - болезням



мочеполовой системы (4,2 и 2,7), а также травмам и отравлениям^{*}). Однако, среди детей, проживающих в "грязной" и "чистой" зонах города, разница в состоянии здоровья была не столь выражена в отличие от взрослых, что и следовало ожидать, поскольку у взрослых к экологически вредным факторам присоединяются и профессиональные. У детей "грязной" зоны преобладали болезни органов пищеварения (в среднем за два года изучения по показателям заболеваемости и пораженности кратность разницы была 2,9 и 1,96), а также болезни костно-мышечной системы (2,1 и 1,93 соответственно).

Детальный анализ проведен для двух классов болезней, относящихся к экопатологии - это онкологические болезни и врожденные пороки развития (ВПР).

Анализ показателей заболеваемости и пораженности населения г. Липецка злокачественными новообразованиями в период с 1990 по 1996г.г. позволил установить незначительные их колебания по годам с относительной стабилизацией процесса по показателю заболеваемости и некоторой тенденцией к росту до 1995г. по показателям пораженности (или распространенности). При этом оказалось, что указанные показатели (по данным 1994-1996 гг.) ниже средних по России.

Представленные данные достаточно наглядно свидетельствуют о значительно большей пораженности ВПР детей, проживающих на территориях, прилежащих к заводам НЛМК и ЛТЗ ("грязная" зона города).

Лидирующей врожденной патологией на указанных территориях оказались ВПР мочеполовой и костно-мышечной систем [9].

Долгосрочный анализ, выполненный в 2014 г [4], показал, что на протяжении 25-летнего периода наблюдения показатели рождаемости в Липецкой области ниже, а общей смертности – выше аналогичных среднероссийских показателей.

Анализ показателей медико-демографических показателей за пятилетний период (2009- 2013 гг.) выявил рост рождаемости, тенденцию к снижению общей смертности, снижению темпов естественной убыли населения.

Общая и первичная заболеваемость совокупного населения Липецкой области за изученный период имеет тенденцию к снижению. В структуре первичной заболеваемости наиболее значимыми являются болезни органов дыхания – 30,6%, травмы и отравления – 17,4%, болезни мочеполовой системы – 11,0%, кожи и подкожной клетчатки – 7,9%, глаза и его придаточного аппарата – 5,5%.

В структуре заболеваемости подростков, как и среди взрослых, первые два ранговых места занимают болезни органов дыхания (54,9%) и травмы, отравления (12,1%). На 3-5 ранговых местах находятся болезни кожи и подкожной клетчатки – 6,7%, органов пищеварения -4,6%, костно-мышечной системы-3,4%.

Среди детского населения первые 5 ранговых мест занимают болезни органов дыхания-66,9%, травмы и отравления -9,2%, инфекционные и паразитарные болезни -5,2%, болезни кожи и подкожной клетчатки – 4,2%, уха и сосцевидного отростка - 2,6%. Обращает на себя внимание рост удельного веса травм, отравлений среди всех возрастных групп населения.

В информационном бюллетене «Оценка влияния среды обитания на состояние здоровья Липецкой области» [4] подчеркивается влияние приоритетных загрязнителей атмосферного воздуха на дыхательную систему, что повышает для населения риск развития органов дыхания. Формальдегид и фенол за счет раздражающего действия являются факторами риска развития болезней глаза и его придаточного аппарата. По уровням распространенности болезней органов дыхания



и глаза и его придаточного аппарата г. Липецк входит в число территорий с высоким уровнем риска.

Заболеваемость детей первого года жизни имеет тенденцию к снижению. В структуре заболеваемости первое ранговое место стабильно занимают болезни органов дыхания (56,9%), второе и третье – отдельные состояния, возникающие в перинатальный период (20,4%) и болезни крови и кроветворных органов (4,7%).

Липецкая область относится к регионам с более высокими, чем в целом по Российской Федерации, показателями онкологической заболеваемости. Темп прироста относительно среднегодовалого показателя за 5-летний период составил 9,8%. Наиболее распространены новообразования кожи (13,4%), трахеи, бронхов, легкого (11,7%), молочной железы (10,6%), желудка (6,9%). В 2013 г. В группу ведущих локализаций (5 ранг) вошли новообразования предстательной железы (5,2%).

Высокие уровни онкологической заболеваемости обусловлены, по-видимому, комплексом факторов, включающих как особенности возрастной структуры – высокий удельный вес населения старших возрастов, так и влиянием факторов среды обитания, в том числе атмосферного воздуха, а также факторами образа жизни (алкоголь, курение, нерациональное питание) [1].

Выводы. 1. Загрязнение атмосферного воздуха г. Липецка формируется за счет совместного влияния выбросов промышленности и автотранспорта.

2. Долгосрочная динамика показывает существенное снижение загрязнения атмосферного воздуха за счет снижения выбросов крупного металлургического предприятия, что обусловлено, прежде всего, технологическими мероприятиями. Вместе с тем, наблюдается относительный и абсолютный рост вклада в загрязнение атмосферного воздуха выбросов автотранспорта, прежде всего, легкового.

3. Стабильно высокие показатели первичной заболеваемости болезнями органов дыхания, глаза и его придатков, онкологической заболеваемости отражают влияние загрязнения атмосферного воздуха формальдегидом, фенолом, 3,4 бенз(а)пиреном и другими веществами.

Литература

1. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Липецкой области в 2011 г.».-Липецк.-2012 –365 с.[Электронный ресурс] – режим доступа [http: 48gospotrebnadzor.ru>files=download](http://48gospotrebnadzor.ru/files/download)
2. Двоглазова С.В. Факторный анализ физических условий на региональном уровне. /С.В.Двоглазова, С.И.Савельев// Материалы 8 всерос. НПК с межд. уч. «Здоровье – основа челоуеч. потенц. : проблемы и пути их решения « : сб. науч. тр. : СПб-2013-т.8. ч.11 – С.848-850
3. Использование данных регионального информационного фонда СГМ для оценки риска здоровью населения г. Липецка/ С.И.Савельев [и др.]//Анализ риска здоровью-2013-№1-С.41-51
4. Информационный бюллетень «Оценка влияния среды обитания на здоровье населения липецкой области» - Липецк -2013.-[Электронный ресурс] – режим доступа [http. cge48.ru/www/articles.664/ocenka-vlianya-factorov-sredy-obitaniya-na-zdorove](http://cge48.ru/www/articles.664/ocenka-vlianya-factorov-sredy-obitaniya-na-zdorove)
5. Морозов В.Н. Гигиенические проблемы состояния атмосферного воздуха в городах Липецкой области и их решение./В.Н.Морозов, С.В.Двоглазова, Н.А.Свиридова// Экология ЦЧО РФ-2013-№1-2(30-31)-С.30-33
6. Морозов В.Н. Гигиенические проблемы состояния атмосферного воздуха в городах Липецкой области и их решение./В.Н.Морозов [и др.] // Материалы 8



всерос. НПК с межд. уч. «Здоровье – основа человек. потенц. : проблемы и пути их решения» : сб. науч. тр. : СПб-2013-т.8. ч.11 – С.860-862

7. Попова О.В. Комплексная характеристика загрязнения воздушной среды крупного металлургического центра (на примере города Липецка) /О.В.Попова //Вестн. Воронеж. Гос. Ун-та. Сер. География. Геоэкология. -2005.-№1 – С.67-76.

8. Попова О.В. Индикация дальности интенсивного влияния Новолипецкого металлургического комбината./О.В.Попова, А.И.Федорова // Вест. Воронеж. гос. ун-та. Сер. Химия. Биология. Фармация.-2005.-№1.-С.135-142.

9. Шепелева О.А. Влияние техногенного загрязнения атмосферного воздуха на здоровье детского населения г. Липецка./О.А.Шепелева // Вестник ВГУ. Серия : география. Геоэкология.-2009.-№2-С.114-116.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЯ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ерёмина З.Н.

ГБОУ ВПО КГМУ МЗ РФ, кафедра общей и клинической психологии, Курск

Актуальность. Известно, что при осуществлении лечебного процесса врачи различных специальностей часто отмечают возникновение разнообразных психологических расстройств, сопровождающих соматические заболевания.

Помимо невротической реакции непосредственно на возникновение заболевания, вызванной преморбидными особенностями личности, у больного развивается также астенизация и повышенная утомляемость в результате патогенного воздействия конкретного заболевания.

Такой комплекс реакций выражается в повышенной психологической напряженности, которая не позволяет больному адекватно реагировать на изменения в своем состоянии и адаптироваться к изменяющимся условиям среды.

В частности, изменяется эмоциональное состояние, влияющее на субъективное отношение к действительности пациента. «Как свидетельствуют многочисленные клинические наблюдения, «рассогласование» между имеющимися у человека стремлениями, представлениями, возможностями действия нередко приводит к появлению различных стенических и астенических эмоциональных расстройств. Наиболее часто отмечают при этом страх, тоска, лабильность настроения, депрессия».

Таким образом, в жизненной ситуации соматического заболевания изменениям подвергается не только соматическое (физическое), но и психическое состояние человека. При этом такая система реагирования на изменение соматического состояния зачастую отражается в изменении поведения, которое, в свою очередь, приводит к смене характера взаимоотношений с окружающим миром.

Поэтому в данном случае целесообразно говорить об изменении не физического и/или психического статуса больного, а всей системы его отношений с миром и к миру (Леонтьев Д.А., 1989). Теоретической основой этого направления в отечественной клинической психологии является концепция личности Мясищева В.Н., в которой человек понимается как единая био-психо-социальная система.

С этой позиции личность рассматривается как сложная психическая структура, которая формируется в онтогенезе человека путем присвоения им культурно-исторического наследия общества. Бодалев А.А. пишет: «Личность - не некое застывшее, однажды сформированное и не изменяющееся с определенного



возраста психическое образование, а динамическое, подверженное многочисленным внешним и, прежде всего, социальным воздействиям изменяющееся формирование».

Изменение социальной среды, привычного окружения вызывает трансформацию личности, которая, в свою очередь, через организацию всех видов присущей ей деятельности (познавательной, интеллектуальной, трудовой и др.) воздействует на актуальную жизненную ситуацию.

Такой подход рассматривает личность человека, как определенную динамическую и иерархическую систему, в которой внутренние изменения вызывают изменения внешние, и наоборот. Так, например, изменение актуальной жизненной ситуации, вызванной возникновением соматического заболевания, вызывает объективные затруднения во взаимодействии с другими людьми, и наоборот, актуальные затруднения, связанные с функционированием в обществе, могут вызывать различные соматические изменения в организме человека.

Одной из важных характеристик личности является ее способность к различным переживаниям. В случае болезни личность во всех ее качествах от ощущений до осознания актуальной ситуации в целом, формирует систему отношений в ситуации болезни. Наиболее существенными являются следующие уровни: отношение к себе, к своей болезни, к окружающим и к жизненной ситуации. «Болезнь, как стрессовая ситуация в жизни пациента активизирует систему значимых отношений..., с одной стороны, в характерных способах восприятия, переживаний и оценок, а с другой - в особенностях приспособительного поведения».

По мере перехода состояния из острого в хроническое вся система отношений человека трансформируется, переживая наиболее яркие катаклизмы в период повторных обострений хронического заболевания. Таким образом, в отношении к болезни находит отражение как вся совокупность нарушений, привносимых болезнью (физических и психических), так и механизмов адаптации, присущих личности пациента. Таким образом отношение к болезни является выражением направленности (качества) и степени (количества) социальной дезадаптации, а также способа адаптации к социальной ситуации развития болезни.

Материалы и методы. Нами была проведено исследование отношений больных с патологией сердечно-сосудистой системы в острый период. В эмпирическую выборку вошли 40 человек трех клинических групп: группа больных с инфарктом миокарда, возникшим впервые, группа больных с инфарктом миокарда, возникшим повторно, и группа больных с нестабильной стенокардией. Исследование было проведено на базе отделения Неотложной кардиологии ОБОУЗ КГКБ СМП. Метод исследования – методика ТОБОЛ.

Полученные результаты. Было обнаружено, что клинические группы имеют статистически значимое ($r < 0,05$) различие распределений типа отношения к болезни, и каждая группа отличается преобладающим типом отношения к болезни: у больных повторным инфарктом миокарда – сенситивный, впервые возникшим инфарктом миокарда – паранойяльный и тревожный, нестабильной стенокардией – ипохондрический.

Таким образом нашло своеобразие способа реагирования на свое заболевание больных каждой клинической группы, т.к. отношение к болезни, как уже отмечалось, представляет собой не только результат нарушения функционирования личности под действием болезни, но и способ совладания с ней.

Заключение. Таким образом, наше исследование еще раз подтвердило, что главным следствием действия болезни на личность является развитие той или иной степени социальной дезадаптации и формирование определенной картины адаптации больного в социальной ситуации развития болезни.



При этом в каждый данный момент в психику человека проникает из окружающей среды и переживается с достаточной ясностью лишь то, что является для него наиболее значимым в русле его актуальной установки. Именно поэтому в ситуации обострения заболевания особенно, но и в случае психологической работы с пациентом, имеющим хроническое соматическое заболевание, надо помнить, что контакт с ним можно установить, только учитывая и отзываясь на его актуальные переживания. Подобные пациенты представляют и признают только собственную картину понимания окружающего мира, своего состояния и отношения к нему окружающих.

Кроме того, такой пациент, предъявляя психологу свои переживания по поводу какого-то определенного этапа своей жизни или аспекта взаимоотношений с окружающими, чаще не готов, т.е. не имеет мотивации, рассматривать какие-либо иные аспекты. Таким образом, установление первичного контакта с соматическим больным и мотивация его на дальнейшую работу с психологом возможна лишь после принятия и обсуждения его актуальных переживаний в том виде и ключе, как он это предъявляет сам.

Принятие психологом дезадаптированной реальности пациента создает для него ситуацию признания его как цельной личностью, чего он был чаще всего лишен в своей социальной ситуации развития болезни. Это помогает снизить тревожность эмоционального реагирования пациента и организовать обстановку доверия и взаимопонимания с психологом.

Мотивация пациента на дальнейшую работу по его психической и социальной реабилитации должна опираться на выявленные потребности и способности к адаптации пациента. Необходимо избегать обобщений и исходить из качеств индивидуальности и уникальности личности пациента, его физического и психического состояния в данный конкретный момент.

Психологическая работа может фокусироваться на любом уровне системы отношений пациента, выбор которого определяется актуальными переживаниями и потребностями пациента, относящимися к конкретному уровню его системы отношений. При этом надо помнить, что работа на одном уровне будет вести к изменениям на остальных ввиду их взаимосвязи в силу системного характера жизнедеятельности личности человека.

Литература

1. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. - М., 1976. - 129 с.
2. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем. - М., 1980. - 213 с.
3. Бодалев А.А. Введение в кн. Мясищев В.Н. Психология отношений: Избранные труды. / Ред. Бодалев А.А. - М., 1998. - 324 с.
4. Вассерман Л.И. и др. О системном подходе в оценке психологической адаптации. - Л., 1994. - 156 с.
5. Вацлавик П., Бивин Дж., Джексон Д. Психология личностных коммуникаций. - СПб., 2000. - 129 с.
6. Кабанов М.В., Личко А.Е., Смирнов В.М. Психологическая диагностика и коррекция в клинике. - Л., 1983. - 189 с.
7. Леонтьев Д.А. Личность: человек в мире и мир в человеке. // Вопросы психологии. - 1989. - №3. - с.11-21.
8. Люббан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. - СПб., 1994. - 265 с.



ВЛИЯНИЕ МЕЖПОЛУШАРНОЙ АСИММЕТРИИ МОЗГА НА ПРОЦЕССЫ АДАПТАЦИИ И ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА

Ермина М.Ю., Ревенков В.А.

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Как известно, особенности межполушарной асимметрии мозга определяют индивидуальные процессы высшей нервной деятельности, такие как способность к обучению студентов в вузе, а также влияют на процессы адаптации.

Межполушарная асимметрия функциональных процессов связана с преобладанием у одних людей левого полушария, других – правого. Правое и левое полушария принимают различное по характеру участие в процессах адаптации и обучения. Одним из основных принципов функционирования полушарий большого мозга является асимметрия. Межполушарная асимметрия как одна из важных особенностей функционирования высших отделов мозга в основном определяется двумя моментами: 1) асимметричной локализацией нервного аппарата второй сигнальной системы и 2) доминированием правой руки как мощного средства адаптивного поведения человека.

Целью исследования было выявить влияние функциональной асимметрии мозга на мотивацию обучения в вузе студентов 1 курса медико-профилактического и лечебного факультетов и сравнить процессы адаптации у этих групп.

Методы исследования: применяли пробы для выявления моторной и сенсорной межполушарной асимметрии. Исследовали 2 группы студентов: 1 группу – студенты бюджетной формы обучения медико-профилактического факультета (30 человек) и 2 группа – студенты контрактной формы обучения лечебного факультета (30 человек). В каждой группе – выявляли преобладание правого и левого полушария головного мозга. Каждая проба выполнялась четыре раза, результаты записывали в таблицу. Расчет коэффициента асимметрии производился в процентах. Коэффициент праворукости (Кпр) расценивали значением Кпр выше +15 и леворукости (Кл) – ниже -15. Цифры между -15 и +15 свидетельствовали о моторной симметрии (амбидекстры).

После определения межполушарной асимметрии у 1 и 2 группы студентов определяли методом анкетирования мотивацию обучения в вузе. А также в анкете, студенты указали оценки зимней сессии. Для интерпретации результатов, были использованы 3 шкалы: «Приобретение знаний» (стремление к приобретению знаний, любознательность), «Овладение профессией» (стремление овладеть профессиональными знаниями и сформировать профессионально важные качества), «Получение диплома» (стремление приобрести диплом, при формальном усвоении знаний).

С целью выявления механизмов адаптации студентов, проводили исследования в несколько этапов у этих двух групп: 1 этап – оценка уровня тревожности (ЛТ) по Ч.Стилбергеру и Ю.Л. Ханину (октябрь-ноябрь), 2 этап - оценка уровня тревожности (ЛТ) по Ч.Стилбергеру и Ю.Л. Ханину (апрель-май).

В результате исследования межполушарной асимметрии мозга было выявлено, что в первой группе: 22 человек с левополушарной асимметрией (ЛПА), 6 человека с правополушарной (ППА), 2 человека с амбидекстрией. Во второй группе 16 – ЛПА, 2 – ППА и 2- амбидекстры.

При оценки мотивации обучения были получены результаты первой группе, студенты с ЛПА набрали наибольшее количество баллов по шкале «Получение знаний», студенты с ППА - «Овладение профессией», 2 студента (амбидекстры) –



равное количество баллов «Получение диплома» и «Овладение профессией». Во второй группе, студенты лечебного факультета контрактной формы обучения и ЛПА и ППА набрали большее количество баллов по шкале «Получение знаний» и «Получение диплома».

При выявлении механизмов адаптации в первой и второй группе в начале обучения студенты с правополушарной ППА асимметрией имели высокий уровень тревожности (46 баллов и выше), а левополушарной ЛПА асимметрией - средний уровень тревожности (32-45 баллов). На втором этапе, в конце обучения апрель-май Студенты с преобладающим левым полушарием имели низкий уровень тревожности. Студенты с преобладанием правого полушария высокий уровень тревожности (46 баллов и выше) оставался у 5 студентов (из 8), у амбидекстров уровень тревожности не менялся – средний.

Таким образом, функциональная асимметрия мозга влияет на мотивацию обучения в вузе и процессы адаптации. У студентов с преобладанием левого полушария отмечается более высокая степень мотивации и получению знаний, любознательность, а также выявлена средний уровень тревожности, который менее выражено влияет на механизмы адаптации. У студентов с преобладанием правого полушария отмечается стремление к поиску обходных путей получения знаний, стремление к получению диплома, при этом выявлен высокий уровень тревожности, что снижает процессы адаптации в начале обучения, у студентов с амбидекстрией выявлена высокая степень мотивации к получению знаний и средний уровень тревожности.

ОБОСНОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И НАРУШЕННОМ МИКРОБИОЦЕНОЗЕ ТОНКОЙ И ТОЛСТОЙ КИШКИ

Закревский В.В., Копчак Д.В.

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность. Метаболический синдром (МС) относится к мультифакториальным заболеваниям, возникающим в результате взаимодействия многих факторов, как генетических и социальных, так и обусловленных воздействием окружающей среды. Роль питания в этиологии метаболического синдрома (МС) в настоящее время остается предметом научных дискуссий; специальных меню профилактического рациона при этом синдроме не разработано, не утверждена приказом МЗ РФ № 330 диета для лечения МС. В этой связи обоснование параметров питания с целью профилактики и лечения МС является весьма актуальным, тем более, что МС характеризуется высокой распространенностью среди населения, обнаруживается в любых возрастных группах, а медикаментозная терапия позволяет устранить только некоторые факторы риска.

Особое внимание следует обращать на алиментарную профилактику и лечебное питание при МС, сочетающимся с нарушенным микробиоценозом толстой кишки. Питание является субстратом для жизнедеятельности микробиоты и непосредственно влияет на ее состав. Поэтому при разработке диеты необходимо учитывать структуру продуктового набора и нутриентный состав, которые оказывают существенное влияние на микробиоценоз тонкой и толстой кишки и развитие МС.



В последние годы внимание ученых направлено на обоснование использования пробиотических пищевых продуктов с целью коррекции микробиоценоза желудочно-кишечного тракта людей различных возрастных групп как с профилактической, так и лечебной целью. К микроорганизмам-пробиотикам, наиболее широко используемых в функциональных пищевых продуктах в настоящее время, относят лактобактерии (*Lactobacillus acidophilus*, *L. Casei*, *L. Bulgaricus*, *L. Paracasei*, *L. Reuteri*), бифидобактерии (*Bifidobacterium bifidum*, *B. Longum*, *B. Animalis*, *B. Breve*, *B. Infantis*) и термофильный молочнокислый стрептококк. Лактобактерии обладают высокой антагонистической активностью к патогенным микроорганизмам и протеолитической активностью, иммуномодулирующим эффектом. Увеличение количества бифидо- и лактобактерий в тонкой и толстой кишках сопровождается их активной адгезией на эпителиальные клетки, предотвращая фиксацию грамположительных бактерий, в том числе патогенных микроорганизмов.

Цель. Выявить взаимосвязь между структурой, нутриентным составом фактического рациона питания и микробиоценозом тонкой и толстой кишки у лиц с МС и обосновать рекомендации к составлению профилактического питания в отношении развития таких заболеваний, как сахарный диабет 2 типа, атеросклероз, гипертоническая болезнь, прогрессирующее ожирение.

Методы и объем исследований. Для изучения фактического питания в работе использован метод 24-часового (суточного) воспроизведения питания («Методические рекомендации по оценке количества потребляемой пищи методом 24-часового (суточного) воспроизведения питания», утвержденные зам. главного государственного врача РФ 21.02.1996 г., № С1-19/14-17) и анкетно-опросный метод. Суточные затраты энергии рассчитывались с использованием таблично-хронометражного метода. Индивидуальные потребности пациентов в основных нутриентах рассчитывались с использованием рекомендуемых коэффициентов, изложенных в МР 2.3.1.2432-08.

Микробные маркеры в кале и крови исследовались методом хроматографии – масс-спектрометрии (ГХ-МС). В 2010 г. Росздравнадзором разрешено его применение в качестве новой медицинской технологии «Оценки микробиологического статуса человека методом хромато-масс-спектрометрии» на территории Российской Федерации (Разрешение ФС 2010/038 от 24.02.2010). Указанными методами исследований было охвачено 57 пациентов с МС.

Полученные результаты. При изучении энерготрат пациентов установлено, что среднесуточные траты энергии составляли от 1880 до 3016 ккал. Проведенный анализ продуктовых наборов по энергоценности и нутриентному составу выявил превышение среднесуточной калорийности по отношению к индивидуальным энерготратам в среднем на 1251 ккал., а также значительно более высокое потребление с продуктовым набором общего и животного жира, простых углеводов, холестерина, натрия, фосфора, хлоридов. При этом выявлен дефицит пищевых волокон, витаминов С, биофлавоноидов, β -каротина, кальция, йода, селена, железа. Недостаточное количество в рационах фактического питания кальция и железа при достаточном потреблении продуктов животного происхождения может объясняться выявленным дефицитом бифидобактерий в кале и крови пациентов, что способствует значительному снижению процесса всасывания через стенки кишечника ионов кальция и железа.

Результаты исследования состава микробных маркеров в кале и крови показали следующее. У 80% обследованных выявлен в кале дефицит в 2-6 раз *Lactobacillus* и более чем в 2 раза *Bifidobacterium*. В крови 76% пациентов выявлен дефицит *Lactobacillus* более чем в 3 раза и *Bifidobacterium* – более чем в 2-3 раза.



Заключение.

1. У 75% обследованных с диагнозом МС имеет место нарушенный микробиоценоз тонкой и толстой кишки, что необходимо учитывать при разработке профилактического и лечебного питания.

2. При составлении меню, меню-раскладок и среднесуточных продуктовых наборов при МС и нарушенном микробиоценозе тонкой и толстой кишки необходимо учитывать следующие особенности продуктового и нутриентного состава.

- Энергоценность рациона следует снизить на 500-600 ккал по сравнению с энерготратами (более значительное снижение калорийности рациона может приводить к снижению уровня ЛПВП).

- Процентное соотношение белков, жиров и углеводов по массе в среднесуточной (за неделю) диете рекомендуется как 1,0:0,6:2,5.

- Обеспечить уменьшение жирового компонента пищи до 25% от среднесуточной калорийности рациона. При этом сократить количество насыщенных жиров и увеличить потребление полиненасыщенных и мононенасыщенных жирных кислот.

- Исключить кулинарные и кондитерские жиры, содержащие большое количество миристиновой жирной кислоты со средней длиной углеродной цепи, которая вместе с пальмитиновой жирной кислотой является фактором риска развития МС. Более часто использовать оливковое и льняное масло. Оливковое масло использовать не только для заправки салатов, но и при кулинарной обработке продуктов. Из молочных продуктов использовать преимущественно не жирные (мягкие сыры, творог, кисломолочные напитки др.).

- В диету рекомендуется включать продукты с высокой плотностью углеводов, пищевых волокон и низким гликемическим индексом. За счет этого увеличивается количества потребляемых пищевых волокон до 40 г в сутки, что соответствует верхнему допустимому уровню потребления, определенному МР 2.3.1. 19150-04 «Рекомендуемые уровни потребления пищевых и биологически активных веществ». При этом необходимо учитывать гликемическую нагрузку (ГН) продуктов в рационе.

- Использовать значительное количество продуктов и блюд средиземноморской диеты, приводящих к ослаблению симптомов МС, что показано исследования ряда зарубежных авторов: оливковое масло, разнообразные овощи, фрукты, водоросли, съедобные травы (не соленые оливки, шпинат, кабачки, баклажаны, салат листовой, томаты, огурцы, руколла, листья одуванчика, гранаты, цитрусовые критома и др.), фасоль, рыбу и морепродукты (лосось, крабы, креветки, раки, кальмары, мидии, устрицы), не жирные йогурты и др.

- Режим питания 5-кратный. При этом распределение калорийности по приемам пищи целесообразно выдерживать следующим: 1-й завтрак – 25%, 2-й завтрак – 10%, обед – 35%, ужин – 20%, 2-й ужин – 10%. Между основными 3-мя приемами пищи рекомендуется выпивать соки из фруктов и овощей, а также смузи (в 2 приема).

- Построение диеты должно осуществляться с учетом суточных ритмов состояния аппетита у лиц, предрасположенных к ожирению.



О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ

Зеленская Т.М., Яковлева Ю.С., Куцкая А.О., Галушка М.Ю.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра социально-гуманитарных наук, экономики и права, Санкт-Петербург

Актуальность. В концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ определено, что для обеспечения устойчивого социально-экономического развития страны одним из приоритетов государственной политики должно являться сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни. При этом для формирования здорового образа жизни определены необходимые для внедрения системы государственных и общественных мер по:

- совершенствованию медико-гигиенического образования и воспитания населения, особенно детей, подростков, молодежи, через средства массовой информации и обязательному внедрению соответствующих образовательных программ в учреждения дошкольного, среднего и высшего образования, направленных на обучение гигиеническим навыкам по соблюдению правил гигиены труда, режима труда (в том числе учебы) и отдыха, режима и структуры питания, своевременного обращения за медицинской помощью и иных норм поведения, поддерживающих здоровье;
- созданию системы мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни и участию в профилактических мероприятиях, в первую очередь, посредством популяризации уклада и стиля жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья граждан Российской Федерации, формирования моды на здоровье особенно среди подрастающего поколения;
- профилактике факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальное давление, неправильное питание, гиподинамия и т.д.).

Обеспечение здорового безопасного питания населения всех возрастных групп является важным направлением при формировании здорового образа жизни среди населения Российской Федерации. К мерам по внедрению здорового безопасного питания отнесены такие как: создание системы здорового питания детей в организованных коллективах, в том числе совершенствование организации питания учащихся в общеобразовательных учреждениях; образование и обучение различных групп населения в вопросах здорового питания, в том числе с участием научных и лечебных центров, занимающихся вопросами питания; информационно-коммуникационная кампания по формированию у граждан Российской Федерации рациона здорового безопасного питания; осуществление мониторинга состояния питания населения.

Методы исследования. Медико-социологическое исследование с обработкой данных статистическими методами, также анализ результатов исследований по рассматриваемому вопросу, полученных другими исследователями.

Результаты исследования. В проведенном профессором ГУ ВШЭ А.М.Демидовым исследовании потребительского поведения россиян отмечается, что 75% россиян питаются регулярно, три раза в день. Основным видом питания для большинства является обед, хотя в некоторых социально-демографических группах для 30% основным видом питания является ужин. Наименее регулярно питаются бизнесмены - 37%, студенты - 36% и безработные - 30%. Отмечена тенденция в относительном уменьшении доли базовых продуктов в структуре потребления и увеличении доли продуктов т.н. "второго плана". Например, потребление собственно мяса упало, а мясных полуфабрикатов выросло на 28%, паштетов – на 16%, мясных





деликатесов - на 18%. Наблюдается значительный рост доли продуктов быстрого приготовления, выросшей за 5 лет в целом на 23%. При этом отдельные категории, например, замороженные фрукты выросли на 220%. Одна из особенностей изменяющихся привычек питания состоит в том, что прием пищи все меньше становится простым физиологическим процессом, и все больше относится к понятию "стиль жизни". 45% респондентов заявляют, что при приготовлении пищи, они стремятся к самовыражению, и их доля постоянно растет. Однако автор обращает внимание на то, что приблизительно 3/4 населения России вербально выступает за здоровый образ жизни, но реальные шаги к ведению здорового образа жизни предпринимает только от 1/4 до одной трети населения. Например, при выборе продуктов питания около 60% обращает внимание на пищу, полезную для здоровья, но только 30% ради здорового питания готовы отказаться от любимых продуктов. При этом здоровым свое собственное питание считают 47% респондентов, а нездоровым - 13% [2].

Таким образом, идея здорового образа жизни представляет собой концепцию социальной политики, основанную на признании высокой значимости здоровья, ответственности за его сохранение со стороны государства, индивида, социальной группы и общества в целом. Исследование социальных факторов здоровья детей и подростков становится более основательным и продуктивным, однако в отношении здоровья молодежи и студенчества сохраняется дефицит информации, связанный с недостаточностью принятых в системе медицинской и ведомственной статистики показателей и ограниченности исследовательских возможностей. Такое положение обусловлено тем, что образ жизни студенчества как социальной группы объективно определен ее противоречивой позицией в обществе. Характер проблемы требует, чтобы в ее изучении сочетались не только социально-медицинский и психолого-педагогический, но и социологический подход, что позволит обеспечить более корректную социальную оценку факторов и тенденций в отношении здоровья студенческой молодежи [1].

По мнению Л. В. Сохань, «образ жизни молодежи - система устойчивых, типичных для данной социально-демографической группы способов, форм и видов жизнедеятельности... Это своеобразная картина того, как живут молодые люди в условиях их социально-исторического бытия. Наряду с такими характеристиками жизни, как уровень, качество, стиль, образ жизни молодежи дает условное представление о жизни молодых людей как конкретном социокультурном, историческом феномене [5].

Студенческая молодежь является основой социального развития, а также воспроизводственным потенциалом нации. Становление современного российского студенчества целиком приходится на постперестроечный период, когда в силу известных социально-экономических и экологических причин заметно ухудшилось здоровье населения в целом и детей в особенности. По прогнозам ряда исследователей, число студентов, отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе, т.е. категории студентов с отклонениями в состоянии здоровья, может достигнуть 50 % от общего количества. И данная тенденция сохранится в ближайшие 10-15 лет [4].

Наиболее однородной и по возрасту, и по социальным характеристикам частью молодежи являются студенты, основным видом деятельности которых, определяющим все существующие черты их образа жизни, является учеба, подготовка к будущей трудовой жизни [1].

Многие исследователи отмечают, что изучение фактического питания позволяет не только оценить его как фактор сбережения здоровья, но и установить



наличие факторов риска, связанных с недостатками рациона, вредных пищевых привычек, повышающих вероятность нарушений в деятельности органов и систем [3, 6-11].

Так в результате проведенного исследования Пашкевичем С.А., Подригало Л.В. и Прусик К. было установлено, что питание большинства студентов является нерациональным, в повседневной жизни молодежи присутствует ряд факторов риска, связанных с недостаточным потреблением полезных продуктов питания. Достаточно широкую распространенность имеют пищевые привычки, обусловленные потреблением так называемого «пищевого мусора». Проведенный анализ корреляционных взаимосвязей между питанием, умственной работоспособностью и особенностями образа жизни подтвердил, что нарушение правил здорового питания негативно влияет на показатели работоспособности, повышает вероятность вредных привычек. Была отмечена низкая культура питания, недостаточная информированность молодежи в вопросах здорового питания [3].

В отличие от всей студенческой молодежи учащиеся медицинских вузов более информированы о здоровом образе жизни и правильном питании, но этой информацией они обогащаются постепенно от курса к курсу. В 2014 году мы провели социологическое исследование среди студентов 1 и 2 курсов Северо-Западного государственного медицинского университета лечебного и медико-профилактического факультетов. В опросе приняло участие 180 студентов. Большая часть опрошенных (41,1%) проживали в общежитии, 33,9% – дома с родителями/родственниками и 25% опрошенных – снимали жилье. Подавляющее большинство (69,5%) опрошенных студентов питаются 3 и более раз в день, однако 31-32% живущих в общежитии и дома с родителями опрошенных питаются всего два раза в день, а среди снимающих жилье таковых только 26,7%. Следует отметить, что по данным статистического анализа Пашкевича С.А. и Подригало Л.В. для студентов, соблюдающих режим питания, характерны более высокие показатели умственной работоспособности, чем для тех, кто питается 1-2 раза в день ($p < 0,05$).

Пятая часть (22,8%) опрошенных студентов отказались от завтрака, среди проживающих в общежитии таковых почти четверть (24,3%), а среди снимающих жилье – 19,9%. Наиболее популярным завтраком у студентов является чай с бутербродом (24,4%), на втором месте каша (21,1%). Однако студенты, живущие в общежитии большее предпочтение отдают завтраку кашей (32,5%) нежели чаю с бутербродом (13,5%), в отличие от живущих с родителями (9,9% и 36% соответственно) и в съемных квартирах/комнатах (17,8% и 26,7% соответственно).

В университете студенты проводят от 6 до 10 часов в день. При этом 5% студентов вообще не питаются в университете, 8,3% предпочитают полный обед в столовой, половина ($50 \pm 3,7$)% – питаются бессистемно, многие ($36 \pm 3,6$)% предпочитают опять же бутерброды, пирожки, шоколадки и т.п.

По возвращении с учебы ($59,4 \pm 3,7$)% студентов за ужином съедают первое или второе блюдо, наиболее часто так ужинают проживающие в общежитии ($62,2 \pm 3,6$)%, реже ($55,6 \pm 3,7$)% – снимающие жилье. Часть опрошенных (7,2%) вообще не ужинают, при этом среди «домашних» студентов таковых оказалось 13%. Каждый десятый на ужин предпочитает чай с бутербродом.

Следует отметить, что недостаток овощей и фруктов в рационе более чем двух третей респондентов является фактором риска возникновения многих хронических неинфекционных заболеваний в будущем, а также может обуславливать снижение работоспособности во время обучения. Интересные данные были получены при изучении корреляционных взаимосвязей между частотой потребления фруктов и овощей и другими компонентами образа жизни. Установлено, что у студентов, чаще



употребляющих фрукты, меньше содержание сахара ($r=-0,27$, $p<0,01$), реже встречается курение ($r=-0,28$, $p<0,01$), реже употребление успокаивающих лекарственных средств ($r=-0,22$, $p<0,04$) [3].

Около трети студентов СЗГМУ ($28,3\pm 3,3$)% отводят фруктам и овощам лишь 5% в рационе, пятая часть опрошенных считает, что доля таких продуктов должна составлять 20%. Полученные данные свидетельствуют о недостаточных знаниях и неправильном подходе к формированию рациона в семьях.

Очень важным для нормального функционирования всех органов и систем человека является питьевой режим, в среднем в день молодой человек должен выпивать 2-2,5 литра воды. Качество выпиваемой воды так же важно – она должна быть обогащенной кислородом и микроэлементами, т.е. некипяченая вода. К сожалению ($22,8\pm 3,1$)% опрошенных вообще не пьют некипяченую воду, более половины ($54,5\pm 3,7$)% – выпивают в день не более 1 литра воды и лишь ($2,1\pm 1$)% студентов потребляют более 2 литров сырой воды. Следствием нарушения питьевого режима становятся запоры, нарушения работы почек, ЖКТ, ССС, мозга.

Интересно было выяснить отношение самих респондентов к собственному питанию. Две трети опрошенных ($67,3\pm 3,5$)% оценивают свое питание как неправильное, при этом ($64,4\pm 3,57$)% студентов считают возможным для себя соблюдение правильного питания. И узнать о правильном питании по доступной цене желают почти все опрошенные ($90,6\pm 2,2$)%.

Заключение. Анализ результатов исследования показал, что питание большинства студентов является нерациональным, в повседневной жизни молодежи присутствует ряд факторов риска, связанных с недостаточным потреблением полезных продуктов питания. Необходимо с первых же курсов проводить просветительскую работу по питьевому режиму и правильному питанию. Создавать условия для повышения возможности улучшить состав доступной студентам в перерывах между занятиями пищи.

Литература:

1. Букин В.П., Егоров А. Н. Здоровый образ жизни студенческой молодежи в контексте физкультурно-оздоровительной деятельности / В. П. Букин, А. Н. Егоров // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2011г. – Вып. №2 (18). – С.105-113.
2. Демидов А.М. Особенности современного потребительского поведения россиян // Мат-лы семинара Особенности современного потребительского поведения россиян. – ЛЭСИ ГУ-ВШЭ. – 15 декабря 2009:\Documents\Public Presentations\ Дирекция\ДЕМИДОВ\2009\вшэ.декабрь
3. Пашкевич С. А., Подригало Л. В., Прусик Кристоф Анализ питания студенческой молодежи во взаимосвязи с особенностями здоровья / С.А. Пашкевич, Л. В. Подригало, Прусик Кристоф // Физическое воспитание студентов. – 2012. – вып. 6, – С. 84-88.
4. Римашевская Н. М. Здоровье человека – здоровье нации / Н. М. Римашевская // Экономические стратегии. - 2006.- № 1.- С. 36-41
5. Сохань Л. В. Образ жизни молодежи /Л. В. Сохань// Социология молодежи: энциклоп. словарь /отв. ред. Ю. А. Зубок, В. И. Чулров. - М. : Academia, 2008.– С. 608.
6. Elizabeth R. Mills. Psychosocial aspects of food habits: Knowing their values surrounding food, students help themselves and others understand and modify their food habits. Journal of Nutrition Education. 1977, Vol.9(2), pp. 67-68.
7. James W.P.T. et al. Healthy nutrition: preventing nutrition-related disease in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (WHO Regional Publications, European Series, No.24. p. 139150.



8. Mitchell Ness, Matthew Gorton, Sharron Kuznesof. The student food shopper: Segmentation on the basis of attitudes to store features and shopping behaviour, British Food Journal, Vol. 104(7), pp.506 - 525.
9. Nevin Sanlier, Ece Konaklioglu. Food safety knowledge, attitude and food handling practices of students, British Food Journal, 2012. Vol. 114(4), pp.469 - 480.
10. Scientific Opinion on establishing Food-Based Dietary Guidelines. EFSA Journal, 2010, vol.8(3), p. 42.
11. Shannon C. Smith, Jeffrey G. Taylor, Alison M. Stephen. Use of food labels and beliefs about diet-disease relationships among university students. Public Health Nutrition. 2000, Vol.3(02), pp. 175 - 182.

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМИРОВАННОСТИ

Зелионко А.В.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, Санкт-Петербург

Актуальность. В современном российском законодательстве в сфере здравоохранения профилактика и здоровый образ жизни рассматриваются в совокупности как фактор обеспечения здоровья населения. Исследователи (Ковалева А.А., 2008; Шилова Л.С., 2009) отмечают, что поведение человека в отношении к своему здоровью является наиболее важным фактором, оказывающим влияние на его физическое и психическое состояние, при сходных экологических, генетических и бытовых условиях. Медицинская информированность и грамотность в сфере здоровья являются важными и неотъемлемыми условиями сохранения и укрепления здоровья, поскольку считается, что основной причиной широкого распространения болезней современности и высокой смертности является отсутствие у населения достаточного уровня знаний, умений и навыков здоровьесбережения. До конца неясными остаются медико-социальные причины невысокой медицинской грамотности населения. Одни научные работы показывают, что недостаточный уровень медицинской грамотности населения обусловлен несовершенством системы профилактики на уровне первичного звена здравоохранения, а именно: 1) снижением качества и методического уровня гигиенического воспитания населения; 2) отсутствием у врачей навыков и мотивации к медицинскому информированию пациентов (Шилова Л.С., 2009; Андриянова Е.А., Позднова Ю.А., 2012; Шильникова Н.Ф., Ходакова О.В., 2012; Wynia M., Osborn Ch., 2010). В других научных работах доказывается, что невысокий уровень медицинской грамотности населения обусловлен недостаточным качеством жизни и неудовлетворительными условиями жизнеобеспечения (Лучкевич В.С., 2011).

Цель исследования – выявить особенности социально-гигиенического функционирования городских и сельских жителей, влияющие на формирование медицинской информированности, а также изучить влияние уровня медицинских знаний, компетенций и комплаентности на основные виды функционирования в структуре качества жизни.

Материалы и методы. Анализ показателей основных видов функционирования в структуре качества жизни проводился среди жителей Санкт-Петербурга (18 районов – 1150 человек) и Ленинградской области (3 района – 560 человек) с различным уровнем медицинской информированности.



Для изучения качества жизни, связанного со здоровьем, был использован специальный универсальный многомерный опросник, разработанный на кафедре общественного здоровья и здравоохранения СЗГМУ им. И.И. Мечникова и согласованный с международным и национальным Центрами качества жизни. Опросник состоит из 145 вопросов, составляющих 10 шкал по видам функционирования с признаками и градациями признаков: социально-гигиеническое функционирование; социально-экономическое благополучие семьи; психоэмоциональное благополучие; профилактическая активность и рекреационная деятельность; физическое функционирование; медицинская деятельность по укреплению здоровья; выраженность боли; симптомы, донозологические и патологические состояния; обобщенные показатели качества жизни и субъективные показатели общей оценки здоровья. Оценка по каждой шкале производилась в баллах, исходя из числа суммарных измерений признаков (от 6 до 20) и градаций признаков (от 3 до 5). Это позволило дать количественную оценку качественным признакам. При этом установлено, чем выше балл по отдельным шкалам и видам функционирования, тем лучше считается показатель качества жизни.

В процессе медико-социологического исследования медицинской информированности был использован компетентностный подход при изучении знаний, умений и навыков на разных этапах формирования личности. Исследование проводилось по специально разработанной программе медико-социологического анализа. Программа исследования содержала признаки, направленные на выявление медико-социальных и организационных особенностей, влияющих на уровень медицинской информированности, гигиенических знаний, профилактической и медико-социальной активности с учетом состояния здоровья и качества жизни городских и сельских жителей. Проведена процедура валидации программы исследования при помощи расчета коэффициентов Фергюсона и α -Кронбаха. Для разделения населения на группы по уровню медицинской информированности использовался кластерный анализ, метод К средних. В качестве признаков, по которым происходило ранжирование на кластеры, использовались вопросы, касающиеся информированности о состоянии здоровья и факторах риска заболеваний, а также вопросы, оценивающие наличие компетентности в области условий и методов профилактики заболеваний, основных мероприятий и видов деятельности по укреплению собственного здоровья.

Статистическая обработка материалов исследования проводилась при помощи программ Microsoft Excel (2010) и STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc, США). Рассчитывались относительные и средние величины, стандартные ошибки средних значений, стандартные отклонения, корреляционные связи и критерий согласия с оценкой достоверности. При анализе качественных данных для сравнения трех и более групп использовался ранговый дисперсионный анализ Краскела-Уоллиса. Для оценки различий количественных признаков между 3-4 группами (при их распределении, близком к нормальному) использовался факторный дисперсионный анализ (ANOVA). Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

Результаты исследования. Среди городских (66,3%) и сельских (87,9%) жителей преобладали женщины. Возрастная структура опрошенных горожан распределилась следующим образом: с 18 до 20 лет – 11,7%, 20-29 лет – 55,3%, 30-39 лет – 13,5%, 40-59 лет – 14,5%, 60 лет и старше – 5,0%. Около трети сельских жителей составили обследуемые 40-59 лет (27,9%), более трети – 20-29 лет (34,3%), жители 30-39 лет – 20,7%, 60 лет и старше – 13,6%, с 18 до 20 лет – 3,5% (таблица 1, таблица 2).



Таблица 1.

Возрастная структура городских жителей с учетом пола (%)

Возрастные группы	мужчины		женщины		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
до 20 лет	42	10,8	93	12,2	135	11,7
20-29 лет	204	52,6	432	56,7	636	55,3
30-39 лет	55	14,2	100	13,1	155	13,5
40-59 лет	62	16,0	105	13,8	167	14,5
60 лет и старше	25	6,4	32	4,2	57	5,0
ИТОГО	388	100,0	762	100,0	1150	100,0

Таблица 2.

Возрастная структура сельских жителей с учетом пола (%)

Возрастные группы	мужчины		женщины		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
до 20 лет	0	0,0	20	4,1	20	3,6
20-29 лет	28	41,2	164	33,3	192	34,3
30-39 лет	8	11,8	108	22,0	116	20,7
40-59 лет	12	17,6	144	29,3	156	27,9
60 лет и старше	20	29,4	56	11,3	76	13,5
ИТОГО	68	100,0	492	100,0	560	100,0

При этом был выявлен достоверно ($F=12,003$, $p=0,001$) более высокий показатель социально-гигиенического функционирования в группе сельских жителей ($70,3 \pm 0,6$), по сравнению с городскими ($62,5 \pm 0,5$).

При помощи кластерного анализа городские и сельские жители были разделены на группы по уровню медицинской информированности. Менее чем у половины городских жителей имелся высокий уровень медицинской информированности (46,1%), у 36,1% – средний, а у 17,8% – низкий уровень медицинской информированности. Более чем треть сельских жителей обладали высоким уровнем (37,1%), 33,6% – средним, 29,3% – низким уровнем медицинской информированности. Жители, обладающие высоким уровнем медицинской информированности, имеют определенный объем знаний, умений и навыков в области здоровьесбережения.

Наиболее благоприятные показатели социально-гигиенического функционирования были выявлены у городских и сельских жителей 30-59 лет. Среди сельских жителей, в отличие от городских, было определено влияние возраста на показатель социально-экономического функционирования ($F=4,03$, $p=0,031$), психоэмоционального функционирования ($F=11,43$, $p=0,0006$), профилактическую активность и рекреационную деятельность ($F=22,26$, $p=0,0001$). Жители младших возрастных групп (до 29 лет) обладали более благоприятными характеристиками физического функционирования, выраженности донологических состояний и болевых ощущений, показателя общего здоровья и обобщенного показателя качества жизни (таблица 3).



Таблица 3.

Виды функционирования в структуре качества жизни городских и сельских жителей
в зависимости от возраста (баллы)

Вид функционирования	Возрастные группы										Городские жители		Сельские жители	
	До 20 лет		20-29 лет		30-39 лет		40-59 лет		60 лет и старше		F	p	F	p
	Городские жители	Сельские жители	Городские жители	Сельские жители	Городские жители	Сельские жители	Городские жители	Сельские жители	Городские жители	Сельские жители				
СГФ*	57,5 ±1,0	72,1 ±2,6	62,7 ±0,6	69,5 ±1,1	66,5 ±1,6	70,2 ±1,3	66,7 ±1,5	70,4 ±1,0	63,0 ±3,1	72,0 ±0,9	4,767	0,0003	68,100	0,0001
СЭФ	70,4 ±2,0	69,2 ±1,9	66,0 ±1,1	73,1 ±1,9	64,7 ±3,0	56,3 ±3,3	56,5 ±3,0	55,1 ±2,7	53,0 ±6,4	51,5 ±3,2	1,893	0,094	4,026	0,031
ПЭС	67,0 ±1,5	70,8 ±2,2	67,8 ±0,9	70,6 ±1,0	67,4 ±2,3	67,9 ±1,6	63,1 ±1,6	62,4 ±1,4	68,4 ±4,3	66,7 ±2,5	0,847	0,517	11,434	0,0006
ПА, РД	45,4 ±0,8	44,7 ±2,4	45,5 ±0,5	46,7 ±0,9	44,5 ±1,4	40,5 ±1,0	45,0 ±1,4	47,4 ±1,2	39,3 ±2,7	44,4 ±1,8	0,579	0,716	22,264	0,0001
ФФ	79,7 ±1,5	80,7 ±3,7	79,8 ±0,9	84,0 ±1,5	71,1 ±2,5	78,0 ±2,0	66,3 ±2,9	68,3 ±1,7	55,3 ±6,7	59,2 ±3,0	9,724	0,0001	13,083	0,0003
ДС	77,8 ±1,1	90,6 ±2,6	80,6 ±0,7	80,5 ±0,8	75,7 ±2,2	78,0 ±1,2	69,7 ±2,0	65,8 ±1,6	64,4 ±4,9	65,2 ±2,3	8,455	0,0001	21,377	0,0001
Б	74,6 ±1,5	83,5 ±3,5	75,0 ±0,9	76,8 ±1,6	74,1 ±2,3	70,4 ±1,9	64,7 ±2,5	62,5 ±2,0	56,1 ±7,0	59,1 ±3,3	5,533	0,0001	40,584	0,0001
МДУЗ	52,6 ±0,9	53,3 ±2,8	48,1 ±0,6	46,3 ±1,1	51,5 ±1,5	46,9 ±1,1	49,7 ±1,3	48,8 ±1,2	49,3 ±3,6	46,3 ±1,6	2,478	0,031	36,008	0,0001
ПОЗ	71,9 ±0,9	71,7 ±3,3	67,3 ±0,8	67,9 ±1,6	66,8 ±1,7	63,9 ±1,2	58,8 ±1,8	58,8 ±1,3	60,6 ±3,9	59,9 ±2,0	4,865	0,0002	12,520	0,0004
ОПКЖ	68,4 ±1,1	68,6 ±6,3	67,1 ±0,8	70,3 ±1,3	66,5 ±1,9	63,5 ±1,6	58,0 ±2,3	58,9 ±1,9	50,0 ±4,6	57,0 ±3,2	7,006	0,0001	3,535	0,045

* СГФ – социально-гигиеническое функционирование

СЭФ – социально-экономическое функционирование

ПЭС – психоэмоциональное состояние

ПА, РД – профилактическая активность, рекреационная деятельность

ФФ – физическое функционирование

ДС – донологические состояния

Б – боль

МДУЗ – медицинская деятельность по укреплению здоровья

ПОЗ – показатель общего здоровья

ОПКЖ – обобщенный показатель качества жизни

Среди городских жителей выявлено влияние пола на показатели психоэмоционального функционирования ($F=35,79$, $p=0,0001$), выраженности донологических состояний ($F=15,67$, $p=0,0001$) и болевых ощущений ($F=4,54$, $p=0,034$) с наиболее благоприятными показателями у мужчин. У сельских женщин обнаружено более благоприятные показатели социально-гигиенического функционирования ($F=79,45$, $p=0,0001$), профилактической активности и рекреационной деятельности ($F=6,54$, $p=0,024$), общего здоровья ($F=20,02$, $p=0,0006$) по сравнению с мужчинами (таблица 4).



Таблица 4.

Виды функционирования в структуре качества жизни городских и сельских жителей
в зависимости от пола (баллы)

Вид функционирования	Городские жители		Сельские жители		Городские жители		Сельские жители	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	F	p	F	p
СГФ	62,6±0,8	62,4±0,6	66,8±1,7	70,8±0,6	3,112	0,078	79,45	0,0001
СЭФ	66,1±1,6	65,1±1,1	54,4±3,4	62,5±1,5	0,711	0,399	0,305	0,590
ПЭС	71,8±1,1	64,6±0,8	71,2±2,3	66,7±0,8	35,793	0,0001	0,811	0,384
ПА, РД	44,4±0,7	45,6±0,5	41,6±2,1	45,7±0,6	0,001	0,97	6,539	0,024
ФФ	75,5±1,5	77,5±0,9	75,2±2,7	74,9±1,1	0,0027	0,958	18,810	0,0008
ДС	80,1±1,0	76,9±0,7	75,6±2,3	74,0±0,9	15,671	0,0001	1,353	0,266
Б	75,0±1,4	72,5±0,9	64,3±3,1	70,0±1,1	4,536	0,034	0,0029	0,957
МДУЗ	50,6±0,8	49,2±0,5	48,2±1,5	47,3±0,7	2,196	0,139	12,094	0,004
ПОЗ	68,4±0,9	68,5±0,7	61,4±2,0	63,9±0,8	2,090	0,149	20,019	0,0006
ОПКЖ	66,4±1,0	65,9±0,8	64,1±2,6	63,8±1,0	0,638	0,424	1,580	0,231

Более половины обследованных сельских жителей (57,1%) обладают средним специальным образованием, 42,1% – высшим образованием. Среди городских жителей преобладали лица, имеющие высшее (45,1%) или среднее специальное образование (44,9%). При этом молодые (до 20 лет) жители имели в основном начальное образование.

Более половины (54,9%) жителей 30-39 лет обладали высшим образованием. В более старших возрастных группах преобладали жители, имеющие среднее специальное образование. Около половины женщин обладали средним специальным (48,8%) и высшим (44,1%) образованием. 45,7% обследуемых мужчин имели высшее образование.

При этом среди городских (F=35,85, p=0,0001) и сельских (F=88,59, p=0,0001) жителей с высшим образованием выявлены достоверно более высокие показатели социально-гигиенического функционирования (соответственно: 66,9±0,6 и 72,0±0,9), по сравнению с жителями со средним специальным образованием (соответственно: 59,9±0,8 и 69,1±0,7). Также среди городских и сельских жителей обнаружено влияние уровня образования на показатели физического функционирования (соответственно: F=4,33, p=0,014 и F=10,02, p=0,007) и выраженности болевых ощущений (соответственно: F=3,53, p=0,03 и F=20,57, p=0,0006).

Кроме того городские жители с высшим образованием имели более благоприятные характеристики по выраженности донозологических состояний (F=5,48, p=0,004), а сельские жители с высшим образованием обладали более высоким обобщенным показателем качества жизни (F=9,14, p=0,01), по сравнению с жителями со средним специальным образованием.

При проведении рангового дисперсионного анализа Краскела-Уоллиса было выявлено, что такие факторы, как возраст, пол и уровень образования оказывают влияние на уровень медицинской информированности (таблица 5).

Женщины по сравнению с мужчинами оказались более грамотны в вопросах медицинской информированности. Среди женщин больше удельный вес обследуемых с высоким уровнем медицинской информированности (51,1%), чем среди мужчин (36,9%).

Также более информированными об основах здоровьесбережения оказались и городские жители в возрасте 20-29 лет по сравнению с другими возрастными категориями. При этом среди сельских жителей до 20 лет и 20-29 лет преобладали лица с высоким уровнем медицинской информированности (60,0% и 41,7%), среди



сельских жителей 30-39 и 40-59 лет – со средним уровнем медицинской информированности (37,9% и 41,0%), 60 лет и старше – с низким уровнем медицинской информированности (42,1%).

Таблица 5.

Влияние медико-социальных факторов на уровень медицинской информированности населения

Фактор	Городские жители		Сельские жители	
	Критерий Краскела-Уоллиса (H)	Значимость (p)	Критерий Краскела-Уоллиса (H)	Значимость (p)
Пол	5,004	0,0253	10,723	0,0011
Возраст	13,408	0,0198	5,837	0,2117
Уровень образования	15,316	0,0005	13,825	0,0010

Контингент лиц, имеющих высшее образование, имел более высокий уровень медицинской информированности. Среди лиц с высшим образованием больше удельный вес обследуемых с высоким (48,8%) и средним (39,8%) уровнем медицинской информированности, чем среди жителей со средним специальным образованием (соответственно: 45,9% и 27,3%). В то же время среди обследуемых со средним специальным образованием больше доля жителей с низким уровнем медицинской информированности (26,7%), чем среди лиц с высшим образованием (11,4%).

Среди городских жителей преобладали лица, не состоящие в браке (47,5%). 17,3% горожан составили семьи с детьми, 10,2% – брачные пары без детей, 4,3% – одинокие родители с ребенком. Половина сельских жителей состоят в браке и имеют детей (50,0%), лица, не состоящие в браке, составили 25,0%, брачные пары без детей – 7,9%, одинокие родители с ребенком – 7,1%.

При этом среди городских и сельских жителей было выявлено влияние типа семьи на показатели социально-гигиенического функционирования (соответственно: $F=20,94$, $p=0,0001$ и $F=91,56$, $p=0,0001$), физического функционирования (соответственно: $F=3,46$, $p=0,001$ и $F=39,96$, $p=0,0001$), выраженности донозологических состояний (соответственно: $F=2,65$, $p=0,01$ и $F=30,40$, $p=0,0001$), показатель общего здоровья (соответственно: $F=2,75$, $p=0,008$ и $F=14,26$, $p=0,0002$). Наиболее высокие показатели социально-гигиенического функционирования были в группе брачных пар с детьми ($71,1 \pm 1,0$) и без детей ($66,9 \pm 1,5$), по сравнению с одинокими жителями ($58,7 \pm 0,7$). Кроме того у сельских жителей обнаружено влияния типа семьи на психоэмоциональное состояние ($F=47,24$, $p=0,0001$), профилактическую активность и рекреационную деятельность ($F=30,24$, $p=0,0001$), показатель выраженности боли ($F=49,71$, $p=0,0001$), медицинскую деятельность по укреплению здоровья ($F=13,60$, $p=0,0002$), обобщенный показатель качества жизни ($F=11,28$, $p=0,0006$).

Среди одиноких жителей наблюдался более низкий уровень знаний, умений и навыков в сфере здоровьесбережения, чем среди лиц, состоящих в браке. Более половины брачных пар без детей (51,9%) и около половины брачных пар с детьми (44,3%) имели высокий уровень медицинской информированности. Среди одиноких жителей удельный вес лиц с высоким уровнем медицинской информированности составил 45,9%. При этом наибольшая доля лиц с низким уровнем медицинской информированности была выявлена среди одиноких матерей с ребенком (40,9%) и лиц, состоящих в гражданском браке (20,7%).



Половина городских (51,4%) и более половины сельских (66,4%) жителей проживают в отдельной квартире. Треть городских жителей (30,6%) проживают в комнате в коммунальной квартире. 11,4% сельских жителей проживают в отдельном доме. При этом жители младших возрастных групп отмечали худшие условия проживания. Наибольший удельный вес обследуемых, проживающих в отдельной квартире, наблюдается среди лиц с высшим образованием (57,4%). Большой удельный вес жителей, проживающих в отдельных квартирах среди брачных пар с детьми (74,6%). Среди городских жителей больше удельный вес обследованных, неудовлетворенных жилищными условиями (11,4%), чем среди сельских жителей (9,3%).

Было обнаружено, что жилищные условия городских и сельских жителей влияют на показатели психоэмоционального благополучия в структуре качества жизни (соответственно: $F=2,97$, $p=0,031$ и $F=3,85$, $p=0,043$). При этом наиболее благоприятные показатели выявлены у жителей, проживающих в отдельной квартире ($70,4 \pm 0,9$). У городских жителей также отмечено влияние жилищных условий на социально-гигиеническое функционирование ($F=28,88$, $p=0,0001$) с наилучшими показателями у жителей, проживающих в отдельной квартире ($68,2 \pm 0,9$). У сельских жителей выявлено влияние жилищных условий на социально-экономическое благополучие ($F=22,76$, $p=0,0001$), физическое функционирование ($F=5,83$, $p=0,013$), выраженность донологических состояний ($F=22,44$, $p=0,0001$), медицинскую деятельность по укреплению здоровья ($F=23,49$, $p=0,0001$).

Большинство городских (72,0%) и сельских (65,7%) жителей считали, что экологические факторы влияют на состояние их здоровья. На городских жителей в основном влияли общее атмосферное загрязнение территории (21,8%), оживленные автомагистрали (12,8%), промышленные объекты (9,0%). Сельские жители отметили влияние качества питьевой воды (20,0%), общего атмосферного загрязнения территории (13,6%), воздействие шума (5,0%).

Влияние экологических факторов на здоровье в основном отмечают лица 30-59 лет (79,4%). Женщины чаще, чем мужчины полагают, что экологические факторы влияют на состояние их здоровья (соответственно: 71,8% и 64,3%). Доля лиц со средним специальным образованием, считающих, что экологические факторы влияют на состояние их здоровья (73,2%) больше, чем доля лиц с высшим образованием (68,7%).

Около половины городских жителей (46,3%) считают хорошим режим и качество своего питания. Половина сельских жителей (50,7%) удовлетворены режимом и качеством своего питания. В младших возрастных группах больше удельный вес жителей, неудовлетворенных режимом и качеством своего питания. Мужчины в большей степени удовлетворены режим и характером питания (54,5%), по сравнению с женщинами (41,7%).

Наиболее негативные оценки режима и качества питания наблюдаются в группе обследуемых жителей с начальным образованием (16,2% – не удовлетворены характером питания). Среди жителей, считающих хорошим качество и режим питания, преобладают лица с высшим образованием (47,5%). Более благоприятная оценка режима и качества питания наблюдалась у брачных пар среди городских жителей и у одиноких среди сельских жителей.

Доля жителей с нерегулярным режимом питания больше в группе городских жителей (21,4%) по сравнению с сельскими (10,0%). Треть городских (35,0%) и сельских (32,1%) жителей отмечают трехразовое питание. Около половины сельских жителей питаются 4 раза в день (43,6%). Недостаток каких-либо продуктов в



рационе отмечали 65,7% городских и 57,1% сельских жителей. В основном жители отмечали недостаток овощей и фруктов (31,7%), мяса и рыбы (24,5%).

Среди городских и сельских жителей, считающих хорошим режим и качество своего питания, наблюдались наиболее благоприятные показатели социально-гигиенического функционирования (соответственно: $70,6 \pm 0,7$ и $75,8 \pm 0,6$), социально-экономического благополучия (соответственно: $78,3 \pm 1,2$ и $70,3 \pm 2,1$), психоэмоционального благополучия (соответственно: $73,7 \pm 1,0$ и $72,0 \pm 0,9$), выраженности болевых ощущений (соответственно: $76,8 \pm 1,2$ и $75,4 \pm 1,3$), обобщенного показателя качества жизни (соответственно: $70,9 \pm 0,9$ и $70,7 \pm 1,2$). У городских жителей отмечается также влияние удовлетворенности питанием на физическое функционирование ($F=5,88$, $p=0,003$), выраженность донологических состояний ($F=6,51$, $p=0,0016$), показатель общего здоровья ($F=10,75$, $p=0,00003$).

По социально-профессиональной характеристике среди городских жителей около трети составили учащиеся различных учебных заведений (26,4%); треть (30,1%) – работники сферы социального обслуживания (образование, медицина, творчество); 12,2% – работники сферы сервисного обслуживания (торговля, развлечения, отдых); 7,5% – работники предпринимательской сферы деятельности (управление, экономика, бизнес); 5,2% – работники сельского хозяйства; 9,4% – работники физического труда; 9,2% – неработающие граждане.

Среди сельских жителей преобладали сотрудники сферы образования, медицины, творческих профессий (41,4%); 13,6% составили работники сферы сервисного обслуживания (торговля, развлечения, отдых); 11,4% – учащиеся различных учебных заведений; 10,0% – работники сельского хозяйства; 9,3% – работники физического труда; 7,9% – неработающие граждане; 6,4% – работники предпринимательской сферы деятельности (управление, экономика, бизнес).

При этом среди мужчин преобладали сотрудники сферы образования, медицины, творческих профессий (23,5%), работники физического труда (10,0%), в том числе работники промышленности (10,4%). Женщины работали в сфере образования, медицины, творческих профессий (32%), торговле и сфере обслуживания (13,2%), являются служащими управления и экономики (8,4%).

Среди мужчин был выявлен больший удельный вес не работающих (10,9%), чем среди женщин (7,7%) (таблица 6).

При оценке условий трудовой деятельности 72,9% городских и 59,3% сельских жителей отметили воздействие различных вредных факторов производственной среды. Городские (60,8%) и сельские (60,0%) жители считали удовлетворительными условия трудовой деятельности. Наиболее удовлетворены условиями своей профессиональной деятельности служащие управления и экономики («хорошо» – 48,6%), работники торговли и сферы обслуживания (38,9%), работники сферы социального обслуживания (36,7%). Не удовлетворены условиями своей профессиональной деятельности работники физического труда («удовлетворительно» – 66,7%, «плохо» – 19,1%), работники сельского хозяйства («удовлетворительно» – 44,6%, «плохо» – 12,2%). Более половины городских и сельских жителей считали, что условия трудовой деятельности иногда влияют на состояние их здоровья (55,7%). Половина городских жителей считали, что условия трудовой деятельности часто влияют на состояние их здоровья (49,0%).



Таблица 6.

Распределение мужчин и женщин в зависимости от вида трудовой деятельности с учетом места проживания (%)

Вид трудовой деятельности	Городские жители			Сельские жители			Всего		
	Мужчины	Женщины	Всего	Мужчины	Женщины	Всего	Мужчины	Женщины	Всего
Учащиеся	23,7	33,2	30,0	0,0	13,0	11,4	21,8	28,3	26,4
Работники физического труда	18,5	4,8	9,5	41,2	4,9	9,3	20,4	4,9	9,4
Работники предпринимательской сферы деятельности	5,2	9,1	7,7	5,8	6,6	6,4	5,2	8,4	7,5
Работники сферы сервисного обслуживания	10,3	12,7	11,9	5,9	14,6	13,6	10,0	13,2	12,2
Работники сельского хозяйства	5,4	3,3	4,0	23,5	8,1	10,0	6,8	4,5	5,2
Работники сферы социального обслуживания	24,5	28,9	27,4	11,8	45,5	41,4	23,5	32,9	30,1
Не работающие	12,4	8,0	9,5	11,8	7,3	7,9	12,3	7,8	9,2
ИТОГО	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Было выявлено, что характер и условия трудовой деятельности влияют на степень компетентности населения в сфере охраны здоровья. Наиболее информированными оказались лица, занятые в сфере образования, медицины, творческих профессий (высокий уровень медицинской информированности – 57,6%). Также более половины (52,5%) работников торговли и сферы обслуживания имели высокий уровень медицинской информированности. Наименее грамотны в вопросах здоровьесбережения безработные граждане и жители, занятые преимущественно физическим трудом (низкий уровень медицинской информированности у 60,0% и 42,4% соответственно).

Среди жителей, неудовлетворительно оценивающих условия своей профессиональной деятельности, высока доля лиц с низким уровнем медицинской информированности (41,5%). При помощи рангового дисперсионного анализа Краскела-Уоллиса были выявлены достоверные различия в уровне медицинской информированности среди жителей различных социально-профессиональных групп (таблица 7).



Таблица 7.

Медицинская информированность жителей различных социально-
профессиональных групп

Фактор	Городские жители		Сельские жители	
	Критерий Краскела-Уоллиса (H)	Значимость (p)	Критерий Краскела-Уоллиса (H)	Значимость (p)
Вид трудовой деятельности	30,726	0,0001	16,843	0,0099
Оценка условий трудовой деятельности	11,837	0,0027	2,803	0,2462
Наличие вредных факторов производства	8,093	0,3244	9,561	0,0485

В ходе медико-социального исследования и исследования качества жизни, связанного со здоровьем было обнаружено, что городские жители с высоким уровнем медицинской информированности обладают более благоприятными характеристиками по всем видам жизнедеятельности и социально-гигиенического функционирования, чем менее информированные ($p < 0,05$) (таблица 8).

Таблица 8.

Виды функционирования в структуре качества жизни в зависимости от уровня
медицинской информированности городских жителей (баллы)

Вид функционирования	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень	Критерий Фишера (F)	Значимость (p)
Социально-гигиеническое функционирование	63,8±0,7	63,0±0,8	58,2±1,0	8,86	0,0002
Социально-экономическое функционирование	66,4±1,3	67,2±1,5	59,8±2,2	4,38	0,013
Психоэмоциональное состояние	67,3±0,9	68,6±1,1	63,6±1,7	3,47	0,032
Профилактическая активность и рекреационная деятельность	47,5±0,6	45,2±0,6	39,4±1,0	28,12	0,00001
Физическое функционирование	78,0±1,1	80,0±1,2	67,3±2,1	17,66	0,00000
Донозологические состояния	78,3±0,9	80,4±0,9	72,4±1,6	11,47	0,00001
Боль	73,3±1,0	75,3±1,1	69,7±2,1	3,50	0,031
Медицинская деятельность по укреплению здоровья	51,0±0,7	48,0±0,7	49,6±1,0	4,45	0,012
Показатели общего здоровья	65,5±0,9	69,7±0,8	66,3±1,3	5,86	0,003
Обобщенные показатели качества жизни	66,7±0,9	66,7±1,0	63,3±1,4	2,22	0,019



Среди сельских жителей выявлено влияние уровня медицинской информированности на психоэмоциональное благополучие ($F=31,70$, $p=0,00001$), профилактическую активность и рекреационную деятельность ($F=9,34$, $p=0,001$), физическое функционирование ($F=4,52$, $p=0,025$), выраженность донозологических состояний ($F=17,03$, $p=0,00006$) и болевых ощущений ($F=9,82$, $p=0,001$), показатель общего здоровья ($F=5,15$, $p=0,016$), обобщенный показатель качества жизни ($F=18,88$, $p=0,00003$) (таблица 9).

Таблица 9.

Виды функционирования в структуре качества жизни в зависимости от уровня медицинской информированности сельских жителей (баллы)

Вид функционирования	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень	Критерий Фишера (F)	Значимость (p)
Социально-гигиеническое функционирование	70,9±1,0	72,5±0,8	67,1±1,1	0,022	0,978
Социально-экономическое функционирование	63,9±2,0	65,4±2,5	54,1±2,5	0,58	0,569
Психоэмоциональное состояние	68,2±1,1	69,2±1,2	63,9±1,6	31,70	0,000001
Профилактическая активность и рекреационная деятельность	49,8±0,9	46,4±0,9	38,1±0,9	9,338	0,001
Физическое функционирование	76,3±1,7	76,3±1,9	71,5±1,8	4,52	0,025
Донозологические состояния	74,5±1,2	74,8±1,5	73,1±1,4	17,03	0,00006
Боль	71,3±1,6	68,4±1,9	68,0±2,2	9,82	0,001
Медицинская деятельность по укреплению здоровья	49,7±0,9	47,9±1,2	43,8±0,9	0,438	0,651
Показатели общего здоровья	61,4±1,2	65,7±1,3	63,9±1,5	5,15	0,016
Обобщенные показатели качества жизни	67,5±1,5	64,9±1,6	58,0±1,8	18,88	0,00003

Заключение. В ходе исследования было выявлено достоверно ($F=12,003$, $p=0,001$) более высокое значение показателя социально-гигиенического функционирования в группе сельских жителей ($70,3±0,6$), по сравнению с городскими ($62,5±0,5$). При этом наиболее благоприятные показатели социально-гигиенического функционирования были выявлены у городских и сельских жителей 30-59 лет. У сельских женщин обнаружено более благоприятные показатели социально-гигиенического функционирования ($F=79,45$, $p=0,0001$) по сравнению с мужчинами. Также среди городских ($F=35,85$, $p=0,0001$) и сельских ($F=88,59$, $p=0,0001$) жителей с высшим образованием выявлены достоверно более высокие показатели социально-гигиенического функционирования (соответственно: $66,9±0,6$ и $72,0±0,9$), по сравнению с жителями со средним специальным образованием



(соответственно: $59,9 \pm 0,8$ и $69,1 \pm 0,7$). В процессе исследования обнаружены приоритетные медико-социальные факторы, определяющие степень медицинской компетентности городского и сельского населения в вопросах индивидуального здоровьесбережения: пол (соответственно: $N=5,0$; $p=0,025$ и $N=10,72$; $p=0,001$), возраст (соответственно: $N=13,41$; $p=0,02$ и $N=5,84$; $p=0,21$) и уровень образования (соответственно: $N=15,32$; $p=0,001$ и $N=13,83$; $p=0,001$). Женщины по сравнению с мужчинами оказались более грамотны в вопросах медицинской информированности. Также более информированными об основах здоровьесбережения оказались и городские жители в возрасте 20-29 лет по сравнению с другими возрастными категориями. Контингент лиц, имеющих высшее образование, имел более высокий уровень медицинской информированности. Было выявлено влияние типа семьи на показатели социально-гигиенического функционирования городских и сельских жителей (соответственно: $F=20,94$, $p=0,0001$ и $F=91,56$, $p=0,0001$). Среди одиноких жителей наблюдался более низкий уровень знаний, умений и навыков в сфере здоровьесбережения, чем среди лиц, состоящих в браке. У городских жителей отмечено влияние жилищных условий на социально-гигиеническое функционирование ($F=28,88$, $p=0,0001$) с наилучшими показателями у жителей, проживающих в отдельной квартире ($68,2 \pm 0,9$). Среди городских и сельских жителей, считающих хорошим режим и качество своего питания, наблюдались наиболее благоприятные показатели социально-гигиенического функционирования (соответственно: $70,6 \pm 0,7$ и $75,8 \pm 0,6$). Было установлено, что характер и условия трудовой деятельности влияют на степень компетентности городского (соответственно: $N=30,73$; $p=0,0001$ и $N=11,84$; $p=0,003$) и сельского (соответственно: $N=16,84$; $p=0,01$ и $N=9,56$; $p=0,048$) населения в сфере охраны здоровья. В процессе медико-социального и клинико-статистического анализа установлено, что качество жизни городского и сельского населения зависят от уровня медицинской информированности и приверженности к здоровьесбережению ($p < 0,05$).

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ КАК ФАКТОРА ПРИНЯТИЯ НОВОЙ МАТЕРИНСКОЙ РОЛИ

Земзюлина И.Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск

Актуальность. Исследования в области изучения материнства подчеркивают, что материнство как психосоциальный феномен рассматривается с двух основных позиций: как обеспечение условий для развития ребёнка и как изменения личностной сферы женщины.

Проблеме материнства посвящено множество теоретических и прикладных исследований (Г.Г. Филиппова, В.И. Брутман, И.Ю. Хамитова, С.Ю. Мещерякова, С.А. Минюрова, Е.А. Тетерлева, В.В. Абрамченко, А.А. Анохин, О.В. Баженова, Л.Л. Баз, О.А. Копыл, С. Белобородов, Ч. Шмаков, В. Бергум, М.Е. Блох, О.Б. Подобина, И.В. Братусь, О.С. Васильева, Е.В. Могилевская, Ю.Н. Клочко, Н.Ю. Ермилова, А.Ю. Клочко, Г.С. Костюк, Л.В. Кочанова, В.Е. Новожилова, Р.В. Овчарова, Е.А. Ряблова). В современной психологии личности материнство изучается в аспекте удовлетворённости женщиной своей материнской ролью, как стадия личностной и половой идентификации, а также с точки зрения личностного развития женщины, психологических и физиологических особенностей разных периодов репродуктивного цикла.



Психологическая готовность к материнству рассматривается как специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъект-объектная ориентация в отношении к ещё не родившемуся ребёнку, как способность матери обеспечивать адекватные условия для развития ребёнка, эта способность проявляется в определённом типе отношения матери к ребёнку, который соответствует готовности к материнству и связан с ценностью ребёнка для матери (Г.Г. Филиппова, В.И. Брутман, И.Ю. Хамитова, С.Ю. Мещерякова, С.А. Минюрова, Е.А. Тетерлева). Исследования в этой области выявляют такие факторы формирования готовности к материнству как возраст, благополучие в браке, паттерны материнского поведения (Р.В. Овчарова).

В данных исследованиях мы не обнаружили системного анализа факторов принятия новой социальной роли – роли матери – и связи этого процесса с контекстом жизненного пути женщины. Мы считаем актуальным выявление закономерностей процесса принятия новой социальной роли матери через анализ переживания женщиной беременности в контексте своего жизненного пути. В нашем исследовании интерес представляет изучение трансформации социальных ролей, уменьшение уровня значимости привычных социальных ролей и увеличение ценности роли матери, изучение смыслового переживания материнства, динамики смысловых процессов на разных этапах беременности женщин, ожидающих первого ребенка. В нашем исследовании предпринята попытка изучения влияния эмоциональных и смысловых компонентов переживания беременности в контексте жизненного пути женщины на формирование готовности к материнству как критерия принятия новой социальной роли – роли матери.

Цель исследования: проследить связь между переживанием беременности в контексте жизненного пути личности и готовностью к материнству.

В соответствии с целью были выделены следующие **задачи** исследования:

1. Выявить особенности принятия роли матери женщинами нормо- и позднеродящими, ожидающими первого ребёнка, и находящимися на первом, втором и третьем триместрах беременности.

2. Выявить связь особенностей переживания беременности, представленных эмоциональным и смысловым компонентами и принятием социальной роли матери.

3. Выявить связь контекста жизненного пути личности и принятием новой социальной роли – роли матери.

4. Определить связь индивидуальных особенности беременной женщины (рефлексивность, локус контроля, эгоцентризм) с принятием новой социальной роли – роли матери.

5. Выявить основания и разработать коррекционную программу социально-психологической помощи беременным женщинам, ожидающим первого ребенка в принятии роли матери.

Характеристики выборки.

Исследование проводилось на базе родильного отделения учреждения здравоохранения «Территориальное Медицинское Объединение №6» (ТМО №6), Больницы скорой медицинской помощи (БСМП) и Областного перинатального Центра г. Курска. Всего в исследовании приняло участие 163 испытуемых.

Необходимыми **условиями отбора испытуемых** явились:

1. Количество детей в семье (в выборку вошли беременные женщины, ожидающие первого ребёнка);

2. Возраст беременных женщин (выборка была расформирована на две группы – беременные женщины в возрасте 22 – 27 лет как нормородящие; и беременные женщины в возрасте 28 – 32 года как позднеродящие);



3. Наличие негативного опыта беременности (группу составили беременные женщины, в опыте беременности которых отсутствуют выкидыши, аборт и патологии);

4. Срок беременности (группы были разделены по триместрам беременности);

5. Удовлетворённость браком (группу составили беременные женщины с высокими показателями удовлетворённости в браке).

Независимой переменной в нашем исследовании является переживание беременности в контексте жизненного пути. **Зависимая переменная** – готовность к материнству как критерий принятия роли матери.

В соответствии с целями и задачами была выдвинута **центральная рабочая гипотеза**: о прямой связи переживания беременности в контексте жизненного пути личности и готовности к материнству.

В качестве экспериментального плана для всего исследования используется план ex-post-facto.

В исследовании использовались следующие **методы и методики**:

1. Тест «Смысловых ориентаций» Д. Леонтьева (СЖО).

2. Проективная методика исследования жизненного пути личности «Линия жизни» в варианте разрабатываемом Т.Д. Василенко, по аналогии с методом предложенным Schoots, 1989 (Schoots J.J.F., 1989).

3. Цветовой тест отношений (ЦТО) Эткинда (1997).

4. Восьмицветовой тест М. Люшера (2003).

5. Методика «Индекс эгоцентризма».

6. Опросник «Уровень субъективного контроля» (Е.Г. Ксенофонтова, 1999).

7. «Уровень рефлексивности» (А.В. Карпов, 2003).

8. Тест-опросник «Удовлетворенность браком».

9. Методика «Фигуры» (Г.Г. Филиппова, 2002).

Для статистической обработки данных использовалась компьютерная программа Stat Soft Statistika 6.0.

Для проверки центральной рабочей гипотезы нами было сформировано две группы. В контрольную группу вошли беременные женщины в возрасте 22 – 27 лет, находящиеся на первом, втором и третьем триместрах беременности (n=91). Экспериментальную группу составили беременные женщины в возрасте 28 – 32 года, находящиеся на первом, втором и третьем триместрах беременности (n=72).

В нашем исследовании мы предположили, что на принятие новой социальной роли – роли матери, критерием которой является готовность или неготовность к материнству, оказывает влияние возраст беременной женщины (нормо- и позднеродящие) и срок беременности.

Мы проследили динамику типов готовности к материнству в зависимости от срока беременности и возраста беременной женщины и получили следующие результаты.

В результате статистической обработки данных с достоверным уровнем значимости $p < 0,05$ были выявлены значимые различия в группе беременных женщин в возрасте 22-27 лет, находящихся на первом и втором триместрах беременности, по игнорирующему типу готовности к материнству, а также в группе нормородящих, находящихся на первом и третьем триместрах беременности.

Мы утверждаем, что динамика типов готовности к материнству связана с возрастом беременных женщин и сроком беременности.



В нашем исследовании мы предположили, что на формирование новой социальной роли – роли матери (т.е. на готовность к материнству) оказывает влияние событийный и смысловой контекст жизненного пути личности.

В результате статистической обработки с достоверным уровнем значимости $p < 0,05$ были выявлены значимые различия по особенностям смысловой сферы в группе беременных женщин в возрасте 22 – 27 лет и женщин в возрасте 28 – 32 года, находящихся на первом триместре беременности.

С достоверным уровнем значимости $p < 0,05$ были выявлены значимые различия по особенностям линии жизненного пути в группах беременных женщин в возрасте 22-27 лет и 28-32 года, находящихся на первом триместре беременности.

С достоверным уровнем значимости $p < 0,05$ были выявлены различия по особенностям эмоциональной составляющей переживания беременности (коэффициент вегетативного тонуса, отклонение от аутогенной нормы) в группах беременных женщин в возрасте 22-27 лет и 28-32 года.

Данные свидетельствуют о наличии у беременных женщин в возрасте 22-27 лет, находящихся на первом триместре беременности, эмоционального напряжения. В группе беременных женщин в возрасте 28-32 года, находящихся на первом триместре беременности, отмечается отсутствие тревоги, беспокойства и эмоционального напряжения.

По результатам методики «Линия жизни» контекст жизненного пути у нормородящих, представленный разводами в родительской семье, удочерением, смертью родителей, определяет невозможность женщины включиться в новую уникальную ситуацию – ситуацию беременности; низкий уровень осмысленности новой социальной роли – роли матери – определяется негативным опытом детско-родительских отношений.

В группе позднеродящих имеет место ориентация на будущие события. Прошлое, тем не менее, осмысливается как положительно окрашенное. Это может быть связано с тем, что к событиям прошлого, связанным с учёбой, родительской семьёй, семьёй собственной добавляются события, связанные с социальными процессами и экзистенциальными проблемами. Контекст жизненного пути представлен событиями, связанными с успехами в учёбе, позитивным опытом взаимодействия с окружающими, встречей супруга, новыми знакомствами, позитивным опытом изменения жизненных условий, связанных с изменением социальной ситуации (замужеством).

Статистическая обработка данных выявила значимые различия по типам готовности к материнству с достоверным уровнем значимости $p < 0,05$ в группах нормо- и позднеродящих, находящихся на первом триместре беременности, по игнорирующему типу готовности к материнству. Мы сопоставили особенности смыслового, событийного и эмоционального компонентов переживания беременности и можем утверждать, что низкий уровень осмысленности жизни, ориентация на прошлые события, тревога и беспокойство по поводу благополучного протекания беременности в группе нормородящих, находящихся на первом триместре беременности, влияют на возникновение трудностей и противоречий в принятии новой социальной роли – роли матери. Критерием трудностей в принятии роли матери является высокий уровень игнорирующего и тревожного типов готовности к материнству.

В результате статистической обработки с достоверным уровнем значимости $p < 0,05$ были выявлены значимые различия по особенностям смысловой сферы в группе беременных женщин в возрасте 22 – 27 лет и женщин в возрасте 28 – 32 года, находящихся на втором триместре беременности.



С достоверным уровнем значимости $p < 0,05$ были выявлены значимые различия по особенностям линии жизненного пути беременных женщин в возрасте 22-27 лет и 28-32 года, находящихся на втором триместре беременности.

По результатам методики «Линия жизни» в группе норомородящих на данном этапе беременности значимость приобретают события, связанные с процессами в собственной семье и здоровьем. Контекст жизненного пути представлен событиями, связанными с расставаниями с мужем, беременностью и принятием данного события, а также с опасениями по поводу протекания беременности и сохранения своего здоровья.

В группе беременных женщин в возрасте 28-32 года, находящихся на втором триместре беременности, имеет место ориентация на будущие события, которые связаны с рождением и воспитанием будущего ребёнка, но в настоящий момент имеет место концентрация на своих мыслях и переживаниях, которые отражают опасения за благополучный исход периода беременности и родов.

Мы утверждаем, что на данном этапе беременности в данной возрастной группе трудности в освоении новой социальной роли – роли матери – связаны с контекстом жизненного пути, представленном такими событиями, как расставания с партнёром и трудности в обучении и получении образования. Опыт позитивного взаимодействия с собственными родителями определяет ориентацию на будущее, связанное с рождением ребёнка, и осознание, принятие и освоение роли матери.

По результатам проведённого эмпирического исследования мы можем сделать следующие **выводы**:

1. В результате исследования процесса принятия новой социальной роли – роли матери, критерием которой является тип готовности к материнству, у беременных женщин, находящихся на разных сроках беременности и принадлежащих к разным возрастным категориям, выявлена положительная динамика формирования готовности к материнству, которая зависит от срока беременности и возраста беременной женщины. Сформированная материнская роль отмечается в группе беременных женщин в возрасте 28-32 года, находящихся на втором триместре беременности. В группе беременных женщин в возрасте 22-27 лет, находящихся на первом триместре беременности имеет место наличие противоречий в принятии роли матери.

2. Повышение уровня осмысленности жизни, отсутствие тревоги по поводу протекания беременности и родов способствует формированию адекватного типа готовности к материнству, т.е. высокому уровню значимости новой социальной роли – роли матери, а также благополучному принятию, освоению, фиксации и выполнению материнской роли. Низкий уровень осмысленности жизни, тревога и напряжение по поводу протекания беременности и родов способствует несформированной готовности к материнству (наличие игнорирующего и тревожного типов готовности), т.е. низкому уровню значимости новой социальной роли – роли матери, а также противоречивому принятию, освоению, фиксации и выполнению материнской роли.

3. Принятие, формирование, осознание, фиксация, значимость новой социальной роли – роли матери – определяется позитивным опытом детско-родительских отношений. Контекст жизненного пути с адекватным типом готовности к материнству представлен опытом социального взаимодействия в родительской семье (отношения с матерью), отношениями в собственной семье беременной женщины (отношения с супругом, удовлетворенность браком), а также событиями, связанными с получением образования. Контекст жизненного пути у женщин с игнорирующим и тревожным типами готовности к материнству представлен неразрешенными проблемами родительской семьи, собственной семьи и событиями,



связанными с учёбой – разводы родителей, удочерение, смерть родителей, расставания с собственным мужем, трудности в обучении.

4. Принятие социальной роли матери у женщин, ожидающих первого ребёнка, удовлетворённых браком, не имеющих негативный опыт беременности (выкидыши, аборты), не связано с показателями личностной зрелости такими, как рефлексивность, локус контроля, эгоцентрическая направленность. Отмечаются средние показатели рефлексивности, эгоцентризма и интернальный локус контроля во всех группах испытуемых.

5. Основаниями для проведения коррекционных мероприятий, направленных на принятие новой социальной роли – роли матери, являются низкий уровень осмысленности жизни, неразвитость смысловой сферы, низкий уровень значимости новой социальной роли – роли матери, повышенная тревожность, неразрешенные детско-родительские отношения, несформированность материнской роли. Разработанная программа психологической подготовки беременных к родам, направлена на формирование, освоение, фиксацию, принятие и осуществление новой социальной роли – роли матери.

Заключение. В результате проведённого нами исследования представлено понимание того, каким является внутреннее содержание переживания беременности, смысл и цель рождения ребёнка для женщины; посредством каких социально-психологических факторов можно влиять на становление и развитие родительских ролей супружеской пары, превращать беременность в значимое жизненное событие, оптимизировать процессы протекания беременности и родов и способствовать формированию ценностно-смыслового отношения к материнству и родительству. В нашем исследовании изучены процессы трансформации социальных ролей, уменьшение уровня значимости одних социальных ролей и увеличение ценности роли матери, изучение смыслового переживания материнства, динамики смысловых процессов на разных этапах беременности, рассматриваемой как критический период материнства, т.к. смысловая сфера на каждой стадии беременности имеет свою специфику, которая зависит от срока беременности и от индивидуальных особенностей беременной женщины (процессов смыслообразования, их временной организации как результирующей влияний личности и деятельности). Представлены крайние позиции сформированной и несформированной социальной роли – роли матери, которая определяется контекстом жизненного пути беременной женщины.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТА

Золотухина Д.И., Сазанов Г.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, кафедра
факультетской терапии, Ставрополь

Актуальность. Современные рекомендации ведущих кардиологических обществ предусматривают медицинскую помощь в полном объеме для всех больных вне зависимости от пола, возраста и расовой принадлежности при остром коронарном синдроме (ОКС). Во время проведения диагностических и лечебных мероприятий при ОКС зачастую возраст пациентов может существенно влиять на основные клинические проявления заболевания, тактику его лечения, развитие осложнений.



Согласно статистике на догоспитальном этапе умирает почти половина (до 47,8%) молодых пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС). У них чаще, чем у пожилых больных, выявляются осложненные формы инфаркта миокарда. В этой связи, представляется актуальным изучение частоты и характера осложнений у больных с ОКС в разных возрастных группах с целью поиска возможных направлений их профилактики.

Цель. Изучить клинические особенности течения осложнений у больных с ОКС в зависимости от возраста.

Методы исследования. В исследование включено 314 больных, проходивших стационарное лечение в кардиологическом отделении с острым коронарным синдромом (ОКС) за период 2014-2015 гг. Все пациенты были разделены на 3 возрастные группы: до 60 лет - 98 человек (1 группа), 60-74 лет - 104 человека (2 группа), 75 и более лет - 112 человек (3 группа). Группы наблюдения формировались таким образом, что факторы риска ИБС наблюдались, примерно, в равных долях: гипертоническая болезнь около 98,2%, курение - 33,2%, сахарный диабет - 14,6%, отягощенная наследственность - 86,1%, избыточная масса тела - 49,4%. Среди пациентов мужчины составили 58,3% (183 больных), женщины - 41,7% (131 больных).

Результаты.

Осложнения	1 группа(n=98) до 60 лет	2 группа(n=104) 60-75 лет	3 группа(n=112) 75 лет и более
Кардиогенный шок	11 (11,2%)	16 (15,4%)	20 (17,9%)
Острая аневризма левого желудочка	8 (8,2%)	10 (9,6%)	15 (13,4%)
ОСН, всего	56 (57,1%)	59 (56,7%)	57 (50,9%)
ОСН II	32 (32,7%)	26 (25,0%)	11(9,8%)
ОСН III	15 (15,3%)	19 (18,5%)	29 (25,9%)
ОСН IV	9 (9,2%)	14 (13,4%)	17 (15,2%)
Пароксизмальная желудочковая тахикардия	27 (27,6%)	13 (12,4%)	10 (8,9%)
Желудочковая экстрасистолия высоких градаций по В. Lown	43 (43,9%)	39 (37,5%)	36 (32,1%)
Фибрилляция желудочков	16 (16,3%)	12 (11,5%)	12 (10,73%)
A-V – блокада, всего,	27 (27,6%)	27 (26,0%)	32 (28,6%)
из них:	16 (16,3%)	9 (8,6%)	8 (7,1%)
I степени	7 (7,1%)	11 (10,5%)	14 (12,5%)
II степени	4 (4,1%)	7(6,7 %)	10 (8,9%)
III степени			
ПБ ЛНПГ, ПБ ПНПГ	18 (18,4%)	17 (16,8%)	19 (17,1%)

При анализе осложнений, развившихся в первые трое суток, выявлено, что кардиогенный шок чаще встречался у пациентов 3 группы - 17,9% по сравнению с пациентами 1 и 2 групп - 11,2% и 15,4% соответственно.



Острая аневризма левого желудочка также несколько чаще наблюдалась среди пациентов пожилого и старческого возраста: во 2 группе - 9,6%, в 3 группе - 13,4%, в то время как в 1 группе этот показатель составил 8,2%.

Во всех группах, в большей половине случаев, ОКС осложнялся острой сердечной недостаточностью (ОСН), которая отличалась по степени клинических проявлений. Так, ОСН II у пациентов среднего возраста отмечалась в 32,7% случаев, что в 3 раза больше, по сравнению с 3 группой - 9,8% и на 15,2% больше, чем во 2 группе - 25,5%. По мере увеличения возраста пациентов нарастала и степень сердечной недостаточности: ОСН III развилась в 1 группе у 15,3% больных, во 2 группе - у 18,5% и в 3 группе - у 25,9%; ОСН IV у 9,1% больных, 13,4% и 15,2% в 1, 2 и 3 группах соответственно.

При оценке желудочковых нарушений ритма было выявлено, что у пациентов среднего возраста чаще встречались такие осложнения как желудочковая тахикардия в 27,6% случаев, у пожилых - в 12,4%, у пациентов старше 75 лет - в 8,9%; желудочковая экстрасистолия высоких градаций по В. Lown: в 1 группе - у 43,9%, во 2 группе - у 37,5%, в 3 группе - у 32,1%; фибрилляция желудочков: в 1 группе - у 16,3%, во 2 группе - у 11,5%, в 3 группе - у 10,8%.

Общее количество блокад больше наблюдалось у пациентов старческого возраста, но степень их в разных возрастных группах различна. Так АВ - блокада I степени в 1 группе выявлена в 16,3%, что в 2 раза больше по сравнению со 2 и 3 группами (8,6% и 7,1% соответственно), в то время как АВ - блокада III степени превалировала у пациентов 3 группы (8,9%), в 1 и 2 группах она составила 4,1% и 6,7% соответственно.

Следует отметить, что желудочковые блокады (ПБ ЛНПГ, ПБ ПНПГ) почти с одинаковой частотой (0,8%) встречались во всех трех группах.

Заключение. Результаты проведенных исследований позволяют отметить, что осложнениями ОКС у пациентов в возрасте до 60 лет чаще являются ОСН II, пароксизмальная желудочковая тахикардия, экстрасистолия, фибрилляция желудочков и АВ - блокада I степени.

У больных пожилого и старческого возраста ОКС сопровождается более тяжелыми проявлениями ОСН, высокой степенью АВ - блокады. У них чаще развивается кардиогенный шок и острая аневризма левого желудочка. Это дает основания для разработки адекватных профилактических мероприятий у пациентов разных возрастных групп на догоспитальном этапе.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА ЧЕЛЯБИНСКА

Зорина И.Г.

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ РФ (г. Челябинск),
Челябинск

Актуальность. Состояние здоровья подрастающего поколения - важный показатель благополучия общества и государства, отражающий не только настоящую ситуацию, но и прогноз на будущее. Стабильно неблагоприятная тенденция ухудшения состояния здоровья детей приобрела на сегодняшний день настолько устойчивый характер, что создается реальная угроза национальной безопасности страны (Щеплягина И.А., 2003; Лузик Н.С., Портнова А.А., 2006). Отмечаются снижение рождаемости, рост младенческой смертности, существенное уменьшение доли здоровых детей при рождении, рост числа инвалидов с детства, больных с хронической патологией (Акопян А.С. и соавт., 2000; Винокурова И.В.,



Литовченко О.Г., 2005). Анализ современной ситуации свидетельствует, что причинами такого катастрофического положения являются социально-экономическая нестабильность в обществе, неблагоприятное санитарное состояние среды обитания детей (условия и режим обучения, бытовые условия и т. д.), экологическая ситуация, реформирование системы образования и здравоохранения, низкая медицинская активность и санитарная грамотность населения, свертывания профилактической работы (Фокина Е. М., 2013). Несомненно, наметившаяся и сохраняющаяся тенденция к ухудшению показателей здоровья детей, повлечет за собой ухудшение состояния здоровья подрастающего поколения во всех возрастных группах, и неизменно скажется в дальнейшем на качестве трудовых ресурсов, воспроизводстве будущих поколений (Шевченко Л.Л., 2006).

Материалы и методы исследования. Целью работы явилось изучение медико-демографических показателей и состояния здоровья детей и подростков города Челябинска по данным отчетных форм медицинских организаций. В работе использованы данные литературных источников, отчетные формы медицинских организаций, официальные отчетные формы Управления здравоохранения Администрации города Челябинска и данные Росстата.

Полученные результаты и их обсуждение. По данным Росстата к началу 2014 года в городе Челябинске проживало 194047 детей и подростков в возрасте с 0 до 17 лет. Анализ демографических показателей свидетельствует о снижении процентного отношения подростков к общему числу жителей.

Таблица 1

Распределение детского населения по возрастным группам за 2013 год

Детское население	2013 год	
	Абс.	%
Всего детей 0-17 лет	194047	100
В том числе 0-1 год	15693	8,1
В том числе 1-2 года	14512	7,5
В том числе 2-3 года	13611	7,1
В том числе 3-4 лет	12668	6,5
В том числе 4-5 лет	12382	6,4
В том числе 5-6 лет	11874	6,1
В том числе 6-7 лет	10936	5,6
В том числе 7-8 лет	10532	5,4
В том числе 8-9 лет	10216	5,3
В том числе 9-10 лет	10071	5,2
В том числе 10-11 лет	9705	5,0
В том числе 11-12 лет	9364	4,8
В том числе 12-13 лет	9180	4,7
В том числе 13-14 лет	8854	4,6
В том числе 14-15 лет	8463	4,4
В том числе 15-16 лет	8711	4,5
В том числе 16-17 лет	8574	4,4
В том числе 17-18 лет	8701	4,5
В том числе 0-3 лет	43816	22,6
В том числе 0-5 лет	68866	35,5
В том числе 0-7 лет	91676	47,2
В том числе 3-7 лет	47860	24,7
В том числе 7-15 лет	76385	39,4
В том числе 0-15 лет	168061	86,6
Подростки 15-18 лет	25986	13,4



Число детей к общему числу жителей имеет тенденцию к снижению на 1,1%, что вероятно связано с приростом населения за счет миграции жителей в областной центр. Абсолютное количество детей первого года жизни увеличилось на 4,1%, что связано с государственной политикой направленной на стимулирование деторождения. Наибольший процент детского населения города в сравнении по возрастам приходится на долю детей до года и первых трех лет жизни (таблица 1).

С 2012 года в городе Челябинске показатель рождаемости превышает показатель смертности и составляет - 13,5, продолжается второй год подряд увеличение естественного прироста населения +1,5 (таблица 2).

Возросший показатель младенческой смертности в городе Челябинске в 2012 году, за счет перехода на критерии живорождения, рекомендованные ВОЗ, в 2013 году несколько снизился, достигнув показателя - 6,4 на 1000 родившихся, что связано с накоплением опыта работы с новорожденными, рожденными с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и результатами модернизации учреждений родовспоможения и неонатальных реанимаций. Показатель младенческой смертности по РФ в 2013 году составил 8,2 и по Челябинской области 8,4 на 1000 родившихся.

Таблица 2

Медико-демографические показатели детского населения за 2013 год

Показатель	2013 год
Рождаемость на 1 000 населения	13,5
Детская смертность, на 1000 детского населения/абс.числа	0,75/ 153
Детская смертность в возрасте до 5 лет, на 1000 родившихся/абс.числа	1,9/123
Смертность в возрасте с 0 – 14 лет, на 1000 детей соотв. возраста/абс. ч	0,87/141
Смертность в возрасте с 15 – 17 лет, на 1000 детей соотв. возраста/абс. ч	0,41/12
Младенческая смертность по г. Челябинску, на 1 000 родившихся/абс.ч.	6,4/100
Младенческая смертность по Челяб. обл, на 1 000 родившихся /абс.ч.	8,4
Младенческая смертность по РФ, на 1 000 родившихся/абс.числа	8,2
Ранняя неонатальная смертность, на 1 000 родившихся/абс.числа	3,5/29
Неонатальная смертность, на 1 000 родившихся/абс.числа	3,5/55
Перинатальная смертность, на 1 000 родившихся/абс.числа	7,8/122
Материнская смертность, на 100000 родившихся/абс.числа	12,8/2

В 2013 году в лечебных учреждениях города Челябинска родилось с массой тела менее 1000 гр. (ЭНМТ) – 70 детей, с массой тела от 1000 до 1250 грамм – 57 детей, с массой тела 1250 – 1500 грамм 101 новорожденный. Летальность в группе недоношенных детей с ЭНМТ остается достаточно высокой – 48,6%, в группе новорожденных с массой тела 1000-1250 летальность составляет 17,5%, а в группе новорожденных рожденных с массой тела 1250-1500 – 5,9%.

В 2013 году умерло 69 (66,9%) недоношенных детей, из них с массой тела 500-999 грамм – 37 (53,6%) детей. В структуре младенческой смертности на первом месте состояния перинатального периода, на втором врожденные аномалии развития и на третьем инфекционные заболевания и синдром внезапной смерти. У доношенных и недоношенных детей структура смертности не различается. Большое



число детей – 84,4% умерли в стационарах, отделениях реанимации и интенсивной терапии. Увеличилось количество детей, умерших в родильных домах, что связано с переходом на критерии живорождения, рекомендованные ВОЗ и развертыванием в родильных домах реанимации новорожденных.

На дому в 2013 году в городе Челябинске умерло 27 детей, из них 13 человек до 1 года. Доля детей первого года жизни, умерших на дому (в % к общему числу умерших до 1 года жизни) составила 14,6%. Увеличение случаев смерти детей первого года жизни на дому в 2013 году на 3,5% связано с регистрацией 6 случаев синдрома внезапной смерти в мае 2013 года.

Показатель объема диспансеризации детей от 0 до 14 лет в 2013 году составил 332,2 на 1 000 детей. В структуре диспансерных больных указанного возраста лидируют заболевания органов пищеварения – 58,4 на 1 000 детей, болезни органов дыхания – 57,3 на 1 000 детей, на третьем месте – болезни мочеполовой системы – 29,2 переместив болезни костно-мышечной системы на четвертое ранговое место – 28,6 на 1 000 детей, далее следуют заболевания эндокринной системы – 26,0 на 1 000 детей, врожденные аномалии – 24,5 на 1 000 детей, болезни нервной системы – 23,6 на 1 000 детей.

Показатель объема диспансеризации среди подростков с 15 до 17 лет в 2013 году составил 531,3 на 1 000 детей. В возрастной группе с 15 до 17 лет в структуре диспансерных больных преобладают заболевания органов пищеварения – 150,1 на 1 000 детей, переместились на второе место с третьего болезни органов дыхания – 75,9 на 1 000 детей, болезни мочеполовой системы в 2013 году заняли третье место – 68,7 на 1 000 детей, переместив болезни костно-мышечной системы на четвертое ранговое место – 59,7 на 1 000 детей, заболевания эндокринной системы – 45,8 на 1 000 детей и болезни глаза и его придаточного аппарата – 41,5 на 1 000, болезни нервной системы – 28,1 на 1 000 детей.

В 2013 году, как и на протяжении последних пяти лет, в городе Челябинске отмечается увеличение числа детей в возрасте от 0 до 14 лет с первой и второй группами здоровья, в то время как остается стабильным количество подростков 15–17 лет со второй и третьей группами здоровья. Физическое развитие оценено как гармоничное у 79,7% детей (таблица 3).

Таблица 3

**Распределение детей по группам здоровья
(по результатам медицинских осмотров)**

Возраст	Группы здоровья				
	1	2	3	4	5
Дети от 0 до 14 лет (%)	13,3	58,2	27,2	1,2	0,1
Подростки 15-17 лет (%)	8,2	42,4	47,2	2,1	0,1

Динамика общей имеет свои особенности у детей и подростков и имеет тенденцию к снижению (диаграмма 1).

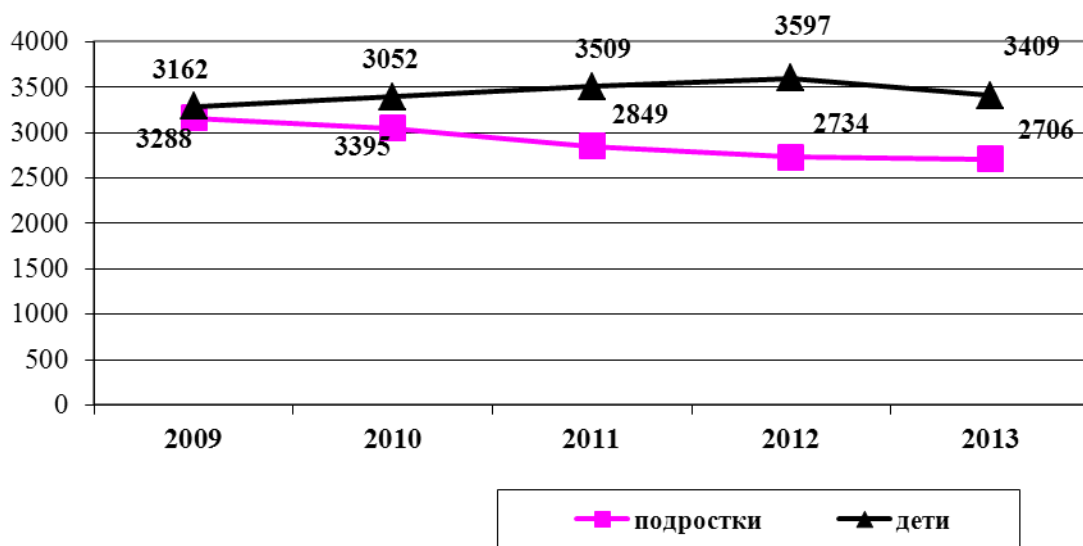


Диаграмма 1. Динамика общей заболеваемости населения Челябинска за 2009-2013 гг. (на тыс. населения)

Общая заболеваемость детей от 0 до 14 лет в 2013 году несколько снизилась и составила 3 409,2 на 1000 детей. Структура заболеваемости в 2013 году претерпела изменения. Первое ранговое место в структуре общей заболеваемости занимают болезни органов дыхания – 52,8%, на втором месте заболевания органов пищеварения – 6,0%, на третьем ранговом месте переместились травмы и отравления – 4,9%, на четвертое место переместились болезни глаза и его придаточного аппарата – 4,2%, далее заболевания костно-мышечной системы – 4,0%, болезни кожи – 3,8%, инфекционные заболевания 3,7%.

Первичная заболеваемость детей от 0 до 14 лет в 2013 году несколько снизилась и составила 2 837,27 на 1000 детей. Первое ранговое место в структуре впервые выявленных заболеваний у детей занимают болезни органов дыхания – 60,8%, на втором месте травмы и отравления – 5,9%, заболевания органов пищеварения с пятого рангового места переместились на третье, составив – 4,4%, на четвертом ранговом месте инфекционные и паразитарные заболевания – 4,1% , на пятом ранговом месте болезни кожи – 3,7%.

В 2013 году заболеваемость подростков 15–17 лет снизилась и составила 2 705,7 на 1000 детей. Традиционно лидируют болезни органов дыхания – 31,1% , на втором месте вышли травмы и отравления – 11,8%, на третьем месте болезни органов пищеварения – 10,4% , заболевания костно-мышечной системы – 9,3%, далее болезни глаза – 7,6%.

Первичная заболеваемость подростков в 2013 году несколько повысилась и составила 1 716,96 на 1000 подростков в возрасте с 15 до 18 лет. Первое ранговое место в структуре впервые выявленных заболеваний у детей занимают болезни органов дыхания – 41,7%, на втором месте травмы и отравления – 18,7%, болезни глаза переместились с четвертого рангового места на третье место составив 5,9%, на четвертом месте болезни костно-мышечной системы – 5,5%, заболевания органов пищеварения переместились с шестого рангового места на пятое – 4,5% , разделив его с болезнями мочеполовой системы – 4,5%.



Результатом профилактической деятельности явился высокий охват профилактическими осмотрами подлежащего контингента детей, который составил 98,4%. Проведена диспансеризация 2 389 детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, что составляет 98,0% от плана. Впервые в 2013 году проводилась диспансеризация 1 820 детей сирот, находящихся под опекой и в приемных семьях, что составляет 99,2% от плана.

В последние годы достигнуты определенные успехи в снижении заболеваемости детей инфекциями, управляемыми средствами специфической профилактики, за счет увеличения охвата детей профилактическими прививками (таблица 4).

Таблица 4

Охват детей профилактическими прививками в 2013 году (в %)

Охват вакцинацией в 2013 году по всем контингентам детей составляет не

Заболевания	Удельный вес
Туберкулез (новорожденные)	92,7
Дифтерия (в возрасте 1 года включительно)	93,9
12 мес.	95,8
24 мес.	95,9
Коклюш (в возрасте 1 года включительно)	93,9
12 мес.	95,8
24 мес.	95,9
Полиомиелит (в возрасте 1 года включительно)	94,3
12 мес.	96,4
24 мес.	96,8
Вирусный гепатит В (в возрасте 1 года включительно)	95,6
12 мес.	97,7
Корь (в возрасте 2 года включительно)	97,2
24 мес.	97,8
в возрасте 6 лет	98,4
Эпидемический паротит (в возрасте 2 года включительно)	97,5
24 мес.	97,8
в возрасте 6 лет	98,4
Краснуха (в возрасте 2 года включительно)	97,1
24 мес.	97,8
в возрасте 6 лет	98,4

менее 95%. Охват вакцинацией против кори, краснухи, паротита в 2 года составил 97,8%, охват в 1 год вакцинацией против полиомиелита, дифтерии, коклюша – 95,8%.

Выводы:

1. Таким образом, благодаря слаженной работе педиатрических служб города Челябинска наблюдаются позитивные изменения медико-демографической ситуации среди населения по основным показателям: увеличение рождаемости, снижение детской и младенческой смертности.

2. Уровни общей и первичной заболеваемости среди детей и подростков в Челябинске имеют тенденцию к снижению.

3. Результатом своевременной организации оказания квалифицированной и доступной специализированной медицинской помощи, накопление опыта работы с



новорожденными, рожденными с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) является снижение летальности в группе недоношенных детей с ЭНМТ.

Литература:

1. Акопян А.С., Райзберг Б.А., Шиленко Ю.В. Экономические проблемы здравоохранения. М.: ИНФРА-М, 2000.
2. Винокурова И.В., Литовченко О.Г. Состояние здоровье детей Сургута // Успехи современного естествознания. – 2005. – № 8 – С. 67-69
3. Техники здоровья: методическое пособие/ сост. Лузик Н.С., Портнова А.А. – СПб, 2006, -12 с.
4. Фокина Е. М. Проблема здоровья школьников и роль спортивных танцев в сохранении и укреплении здоровья детей в условиях образовательного пространства / Е. М. Фокина // Молодой ученый. — 2013. — №8. — С. 508-511.
5. Шевченко Л.Л. От охраны здоровья к успеху в учебе // Начальная школа. - 2006. - № 8. - С. 89.
6. Щеплягина Л.А. Закономерности формирования роста и развития здорового ребенка//Российский педиатр, журн. - 2003. - №6. - С.4-9.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПИТАНИЯ И УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ.

Ильясова И.А., 250 гр. ЛФ, Ильясова З.И., 250 гр. ЛФ, Гладышева А.М., 250 гр. ЛФ, Андреевская М.В.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра нормальной физиологии, Санкт-Петербург

Актуальность. Обмен веществ – это совокупность процессов поступления питательных веществ в организм, использования их организмом для синтеза клеточных структур, а также выделения продуктов распада в окружающую среду. На обмен влияет ряд факторов, таких как уровень физической активности, гормональный статус организма, сбалансированность и полноценность питания, генетическая предрасположенность.

Составляющими обмена веществ являются процессы ассимиляции и диссимиляции. Равновесие между этими процессами, а также рациональное питание (т.е. соответствующее по калорийности энергозатратам и содержащее в себе необходимые количества белков, жиров, углеводов, минеральных веществ и витаминов) обеспечивают нормальное функционирование всех физиологических систем организма. В частности оптимальное физиологическое состояние организма позволяет человеку более эффективно и успешно заниматься интеллектуальной деятельностью.

Цель работы – изучить влияние питания на процессы обмена веществ и на успеваемость студентов. В связи с этим решались следующие задачи:

1. Изучить показатели обмена веществ студентов.
2. Рассчитать калорийность пищевого рациона и сопоставить полученные данные с суточными энергозатратами студентов.
3. Оценить полноценность питания студентов.
4. Выяснить влияние обмена веществ и суточного рациона на интеллектуальную деятельность студентов.
5. Изучить способы регуляции обмена веществ.

Материалы и методы: исследуемая группа 55 человек (студенты 2 курса лечебного факультета, девушки – 45 человек, юноши – 10 человек; возраст 18-25 лет)



1. Расчет должного основного обмена по: формуле Гарриса–Бенедикта, приближенной формуле, поверхности тела.
2. Расчет специфического динамического действия пищи.
3. Расчет общих энергозатрат на все виды деятельности за сутки.
4. Определение идеального веса по индексу Брока и индексу Брейтмена.
5. Определения степени ожирения:
 - а) по индексу массы тела (ИМТ)
 - б) по совокупности трех показателей: окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), соотношение ОТ/ОБ.

Полученные результаты. В ходе исследования было выяснено, что калорийность суточного рациона составляет 1430,42 ккал девушек, а у юношей - 1333,46 ккал. Число основных приемов пищи у студентов в день в среднем равно двум, не включая дополнительных приемов пищи (таких как орехи, фрукты, кондитерские изделия). Общие энергозатраты составили, в среднем, у юношей - 2667,6 ккал, а у девушек - 2086,25 ккал.

Согласно полученным данным можно сделать вывод, что у 8% девушек калорийность суточного рациона превышает или полностью покрывает энергозатраты, а у 92% - нет; причем у всех юношей, по результатам анкетирования, наблюдается недостаточная калорийность рациона для существующих энергозатрат.

Также был выявлен дефицит в потреблении необходимых организму микроэлементов и витаминов, несбалансированность в поступлении белков, жиров и углеводов, а именно недостаточное потребление белка и избыточное потребление углеводов. В результате оценки индекса массы тела было выяснено, что у 84% студентов наблюдается дефицит массы тела разной степени выраженности, у 9% - нормальный вес и у 2% выявлено ожирение 2-ой и 3-ей степени. Согласно полученным антропометрическим данным у 96,6% студентов, участвующих в анкетировании, отношение ТО/ОБ не выходит за пределы нормы, т.е. у данных студентов отсутствуют признаки абдоминального ожирения.

Однако у 3,4% опрошенных полученный показатель превышал норму, что является показателем наличия абдоминального ожирения. При анализе питания и обмена выявлено, что неполноценное питание получает 22 студента, среди которых 9 человек не имели задолженностей к моменту выхода на сессию, а 13 имели трудности в учебе.

Полноценное питание, по результатам анкетирования, получают 26 студентов, среди которых 17 не испытывают трудности с учебой, а 9 имеют проблемы с учебой. Среди студентов получавших полноценное питание 14 сдали экзамены на оценки «хорошо» и «отлично».

Заключение. Таким образом, было выявлено, что большинство студентов не получают полноценного питания и необходимого количества калорий. Полученные данные показывают, что необходима рационализация питания студентов, а именно следует нормализовать режим питания и обеспечить достаточную калорийности суточного рациона.

Также было выяснено, что не соблюдение данных условий приводит к снижению успеваемости, в результате нехватки питательных веществ и энергии необходимых для напряженной и продуктивной интеллектуальной деятельности.



**МОБИЛЬНОСТЬ КАК КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ИНВАЛИДОВ,
СТРАДАЮЩИХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ**

Каличава А.Ш.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
Санкт-Петербург

Актуальность. В последние годы в реабилитации больных, страдающих патологией сосудов нижних конечностей особое внимание уделяется вопросам сохранения и повышения качества их жизни. У инвалидов, страдающих облитерирующим атеросклерозом сосудов в результате хронической ишемии нижних конечностей, как правило, приводящей к ограничениям мобильности, существенно снижается качество жизни. Успешность результатов реабилитации этих пациентов и связанное с ней повышение качества жизни целесообразно оценивать с позиции улучшения функциональных возможностей и повышения мобильности в результате реализации комплекса реабилитационно-восстановительных мероприятий.

В осуществленной работе была поставлена **цель**, которая преследовала анализ ряда клинико-экспертных характеристик, связанных с тяжестью ограничений жизнедеятельности в самостоятельном передвижении, результатами проведенной реабилитации и их влиянием на качество жизни у инвалидов вследствие облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей.

Материалы и методы. Обследовано 1120 инвалидов мужского пола. По возрастному признаку пациенты были распределены по 3 группам: I группа объединяла инвалидов в возрасте от 34 до 49 лет, во II-й возрастной группе находились инвалиды от 50 до 59 лет, в III – ей группе - от 60 лет и старше.

Все обследованные характеризовались разными уровнями полученного профессионального образования: от начального профессионального до высшего. У пациентов с помощью клинико-функциональных и инструментальных методов обследования был диагностирован локус и уровень поражения сосудистого процесса нижних конечностей, так почти у 2/3 пациентов диагностировалось двустороннее сосудистое поражение нижних конечностей.

В работе использованы социально-гигиенический, клинико-экспертный и математический методы.

Результаты. Общая клинико-экспертная характеристика обследованных больных в соответствие с возрастом, образованием, наличием сопутствующей патологии, тяжестью и распространенностью сосудистого процесса нижних конечностей представлена на табл. 1.

Ведущим клинико-функциональным признаком, обусловившим тяжесть инвалидизации и влияющим на качество жизни пациентов выступала хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей (ХАН), которая нами ранжирована в соответствие с нормативно-правовыми и клинико-экспертными установками, установленными в медико-социальной экспертизе.

Из общего числа обследованных ХАН не была диагностирована только у 58 инвалидов, у остальных она проявлялась в разной степени выраженности.

Нами изучена зависимость самостоятельной мобильности пациентов от ХАН. Достоверно определено, что с усилением степени хронической артериальной недостаточности нарастают ограничения двигательной активности больных (табл. 2).



Оказалось, что подавляющее большинство инвалидов с I ст. ХАН могут передвигаться самостоятельно, и только каждый третий пользуется тростью. У инвалидов, имеющих II ст. ХАН тростью пользуется каждый второй, а по мере нарастания степени ХАН увеличивается число пациентов, пользующихся костылями или кресло-коляской. Данные доказательства могут служить основой математических расчетов при определении

Таблица 1.

Клинико-экспертная характеристика обследованных инвалидов

Характеристика больных		abs	%
Общее число больных		1120	100,0
Возрастные группы:	до 49 лет	228	20,3
	50-59 лет	542	48,4
	60 лет и старше	350	31,3
Средний возраст больных		55,6	
Образование:	высшее	179	16,0
	среднее специальное	271	24,2
	среднее	550	49,1
	начальное	120	10,7
Сопутствующие заболевания:	ИБС	349	31,2
	ЦВБ	188	16,9
	гипертензия	40	3,6
	сахарный диабет	45	4,0
	сочетанное поражение ССС	130	11,6
Осложнения сопутствующих заболеваний (в анамнезе)	ИМ	47	
	ОНМК	55	
Уровень поражения сосудов:	аорто-подвздошный	631	56,3
	бедренно-подколенный	316	28,2
	аорто-подвздошный + бедренно-подколенный	75	6,7
	периферическое поражение	98	8,8
Распространенность поражения:	одностороннее	288	25,7
	двухстороннее	832	74,3

потребностей инвалидов этой категории в технических средствах реабилитации (ТСР) и прогнозирования финансовых расходов государства при закупке ТСР региональными фондами социального страхования.



Таблица 2.

Зависимость мобильности от выраженности хронической артериальной недостаточности нижних конечностей у инвалидов, страдающих облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей

Степень ХАН	Кол-во инвалидов	Мобильность							
		Передвижение инвалидов							
		самостоят.		с тростью		на костылях		на коляске	
0	58*	–	–	2	3,5 %	–	–	56	96,5 %
I	72	45	62,5 %	20	27,8 %	5	6,9 %	2	2,8 %
II	586	218	37,2 %	262	44,7 %	46	7,8 %	60	10,3 %
III	376	79	21,0 %	151	40,2 %	59	15,7 %	87	23,1 %
IV	28	–	–	7	25,0 %	8	28,5 %	13	46,5 %
Всего	1120	342		442		118		218	
		$x^2 = 352,42$		$p << 0,001$		$\phi = 0,489$			

Ограничение мобильности и связанное с этим снижение как физической активности, так и качества жизни инвалидов, ведет к повышению роли выбора эффективных методов реабилитации. С этой целью было изучено влияние различных методов лечения на улучшение мобильности (табл. 3).

Таблица 3

Зависимость мобильности от осуществленных методов лечения у инвалидов, страдающих облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей

Характер лечения	Число наблюд.	Способ передвижения					
		самостоят.	с тростью	на костылях	на коляске		
Консервативное	610	168 27,5 %	188 30,8 %	71 11,6 %	183 30,0 %		
Реваскуляризация	384	132 34,4 %	195 50,8 %	29 7,5 %	28 7,3 %		
Поясничная симпатэктомия	126	42 33,3 %	59 46,8 %	18 14,3 %	7 5,6 %		
Всего	1120	342	442	118	218		
		$x^2 = 111,89$		$p << 0,001$		$\phi = 0,3014$	

В группе пациентов, пролеченных консервативно у 254 больных наблюдалось выраженное и значительно выраженное (II и III степень) ограничение передвижения, 30,0 % из них характеризовались показателями низкого качества жизни: они самостоятельно не могли себя обслуживать, нуждались в посторонней помощи, и даже в пределах квартиры передвигались на кресло-коляске.



После реконструктивных операций в подавляющем большинстве (85,2 %) больные передвигались самостоятельно или пользовались тростью; только 14,8 % обследованных характеризовались показателями низкого качества жизни и передвигались с помощью костылей или коляски.

Успешное восстановление кровотока после поясничной симпатэктомии, сохранило функционально состоятельную конечность, повысило физическую и двигательную активность и сохранило удовлетворительное качество жизни у 80,1% пациентов.

Части обследованных пациентов, при нарастании тяжести ХАН, возникновении медицинских и социальных показаний, было проведено оперативное лечение в виде ампутации пораженной конечности. Однако нами специально проанализирована мобильность у инвалидов (762 чел.), не перенесших ампутацию конечностей в разных возрастных группах (табл.4).

Таблица 4.

Качество мобильности в разных возрастных группах у инвалидов, страдающих облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей

Возрастная группа	Число наблюд.	Способ передвижения			
		самостоят.	с тростью	на костылях	на коляске
I	155	71 45,8 %	83 53,5 %	1 0,6 %	-
II	417	185 44,4 %	215 51,5 %	10 2,4 %	7 1,7 %
III	190	85 44,7 %	88 46,3 %	2 1,1 %	15 7,9 %
Всего	762	341	386	13	22
		$\chi^2 = 26,84$	$p < 0,001$	$\phi = 0,1844$	

Анализ показал, что с возрастом уменьшилось число больных передвигавшихся без опоры и увеличивается число тех, кто стал пользоваться тростью. Тем не менее, при сохраненной конечности разница в способе передвижения между больными I и III возрастными групп, хотя статистически и достоверна, но не столь велика, и каждый второй больной в возрасте 60 лет и старше передвигается без опоры, либо с тростью.

Заключение. Таким образом, мобильность у инвалидов, страдающих облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей, является центральным критерием характеристики качества их жизни. Поэтому в программах, направленных на доступность и обеспечения этой категории пациентов достойными условиями жизни необходимо, в первую очередь, разрабатывать и реализовывать мероприятия, способствующие снижению степени тяжести ограничений в передвижении. При этом наличие прямой корреляции мобильности с артериальной недостаточностью сосудов нижних конечностей определяет необходимость использования эффективных методов ее восстановления. В свою очередь, точная диагностика степени выраженности хронической артериальной недостаточности позволяет прогнозировать различные виды технических средств реабилитации, которыми необходимо обеспечивать инвалидов данной патологии.



СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ким А.В.

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

Актуальность. В условиях неблагоприятных демографических процессов, социально-экономической дифференциации общества укрепление здоровья экономически активного населения страны является важной задачей национальной политики.

Проблема качества жизни и состояния здоровья населения носит социально значимый характер, поскольку успешное решение социально-экономических проблем общества во многом зависит от того, насколько будет здоровым население страны.

Цель данного исследования – дать характеристику субъективной оценки населения о качестве окружающей среды городов Сахалинской области.

Методы. В рамках социально-гигиенического исследования показателей качества окружающей среды городов Сахалинской области была разработана анкета, состоящая из трех частей, в основе которой был использован автоматизированный опросник качества жизни версии Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗКЖ-100).

Измерительный инструмент для оценки качества жизни, разработанный ВОЗ (ВОЗКЖ-100), – это опросник для самостоятельного заполнения, вопросы которого касаются восприятия индивидом различных аспектов своей жизни.

Опросник измеряет качество жизни, связанное со здоровьем, он специально разработан таким образом, чтобы быть чувствительным к любым изменениям состояния здоровья индивида.

В первую часть включены вопросы, связанные с общим качеством жизни и состоянием здоровья, вторая часть содержала вопросы физической среды, в третью часть входили вопросы психологической сферы и в четвертую часть вопросы, касающиеся окружающей среды.

Разработанная анкета имеет модульную структуру, где главный модуль измеряет те аспекты качества жизни, которые являются общими для всех людей, а специфические модули применяются для оценки качества жизни тех, кто имеет определенные болезни или живет в особых обстоятельствах.

С помощью опросника оценивались три крупных сфер качества жизни: физические функции, психологические функции, окружающая среда, а также измерялось восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом.

Самая большая сфера анкеты – «Окружающая среда» – включала внешние условия жизни индивида. В состав этой сферы входили личная свобода, физическая безопасность и чувство защищенности. Второй важной субсферой опросника являлись его жилищные условия и объекты окружающей среды.

Результаты исследования. Исследования основаны на материалах опроса 300 человек в возрасте от 18 до 66 лет, проведенного в трех городах Сахалинской области: Холмск, Корсаков и Южно-Сахалинск.

Анализ по возрастной структуре респондентов показал, что подавляющее большинство опрошенных (82%) – в возрасте от 30 до 55 лет. Доля женщин в общей численности составила 96%. Из всех опрошенных 12 % имели неоконченное среднее образование, 50 % – среднее специальное, 3% – незаконченное высшее, 34% – высшее образование и 1% – воздержались от ответа.



Опрос в отношении семейного положения показал, что 59% состояли в браке, 40% - не замужем или холостые, 1% - воздержались от ответа. Средний заработок опрошиваемых составил 23780 руб.

На вопрос о наличие детей – 17% ответило нет, один ребенок у 40% опрошенных, два ребенка – 40%, трое и более – 7%. На вопрос больны ли вы в настоящий момент, 79% опрошенных ответили нет, и только 17% ответили да. Респонденты относились к разным возрастным и социально-профессиональным группам.

Анализ опроса по субфере окружающей среды показал следующее. На вопрос насколько безопасно вы чувствуете себя в повседневной жизни на улице 48% респондентов ответили – когда как, 30% - в основном нет и совсем нет, 20% - в основном да или да вполне, 2% - воздержались от ответа.

На вопрос чувствуете ли вы, что живете в безопасном и защищенном окружении с точки зрения охраны окружающей среды 39% ответили – когда как, 43% - в основном нет или уверены, что совсем нет, 16% считают в основном да, и только 2% - да, вполне. На вопрос насколько сильно вы беспокоитесь о безопасности и защищенности окружающей среды от аварий, природных катаклизмов 43% ответили – средне, 27% - относительно слабо или совсем нет, 29% - относительно сильно и предельно сильно.

Комфортным свое место проживания (жилье) считают 28% респондентов, 58% - в основном да, или в какой-то мере да, в какой-то мере нет 11%. На вопрос насколько вам нравится жить там, где вы живете 51% ответили – средне, 33% - относительно сильно или предельно сильно, 15% - совсем не нравится или относительно слабо нравится.

В вопросе насколько здоровым является ваше физическое окружение (среда) (шум, вибрация, пыль) 55% ответили – в какой-то мере да, в какой-то нет, 28% отметили – в основном нет или совсем нет, лишь 15% ответили – в основном да и да вполне. На вопрос, в какой мере вас беспокоит шум в районе вашего проживания 35% отметили – средне, 31% - относительно слабо, 20% - совсем нет, и лишь 15% отметили – относительно много и предельно много.

На вопрос, насколько вы удовлетворены физическими характеристиками окружающей вас среды (такими как загрязненность, зашумленность, наличие зеленых насаждений) 60% ответили – в основном неудовлетворен или очень неудовлетворен, 21% - ни да, ни нет, лишь 17% в основном удовлетворены физическими характеристиками окружающей среды.

Заключение. Таким образом, лишь 20% респондентов чувствуют себя безопасно в повседневной жизни на улице. При этом, лишь 18% от общего числа респондентов считают, что живут в безопасном и защищенном окружении с точки зрения охраны окружающей среды. Однако, лишь 29% опрошенных беспокоились о безопасности и защищенности окружающей среды от аварий, природных катаклизмов.

В то же время, 86% респондентов считают свое место проживания комфортным, лишь 15% отметили сильное влияние шума в районе своего проживания, но в то же время только 17% отметили физическое окружение (среда) (шум, вибрация, пыль) здоровым.

Полученные данные говорят нам о сложившейся неудовлетворенности жителей качеством и состоянием окружающей среды в городах Сахалинской области, однако несмотря на негативную оценку физических факторов окружающей среды большая часть населения считает, что проживает в комфортных условиях.



ИЗУЧЕНИЕ ВАРИАТИВНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОБЛАСТИ ШЕИ МЕТОДОМ ПРЕПАРИРОВАНИЯ

Киришина А.В., Некрасова Л.В.

ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера» МЗ РФ, кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии

Актуальность. Препарирование — процесс изготовления препарата для научных исследований, а также вскрытие материала для изучения структуры исследуемого материала, а также отделение препарлируемого органа от близлежащих тканей, выделение органа или части органа от сопутствующих ему анатомических структур. Метод препарирования, рассечения применяется при изучении внешнего строения и топографии крупных образований.

Цель. Детальное, послойное изучение топографии области шеи.

Материалы и методы исследования. Препарирование области шеи требует знания теоретических основ. Для того, чтобы приступить к работе, необходимо знать расположение проекционных линий основных сосудисто-нервных пучков. Препарирование области шеи производили на основе методической разработки кафедры нормальной, топографической и клинической анатомии и оперативной хирургии «НИРС студента по «Анатомии человека», 2012 год».

Перед началом препарирования изучили теоретическую часть препарирования области шеи, во время работы пользовалась топографо-анатомическим атласом (Синельников Р.Д., Сапин М.Р.). В процессе препарирования производили фотографирование этапов работы. В технике препарирования учитывались правильная позиция скальпеля и пинцета.

Результаты. Работа производилась в переднебоковой области шеи. Препарирование помогло детально изучить топографию области шеи и выделить вариативные особенности данного препарата: а. carotis communis справа, которая продолжается в область занижнечелюстной ямки и ее бифуркация не определяется; бифуркация а. carotis communis слева - на уровне верхнего края щитовидного хряща дает начало а. carotis interna (латерально) и а. carotis externa (медиально).

В начале а. carotis interna несколько расширена, справа от а. carotis communis в области проекции верхнего края щитовидной железы отходит а. thyroidea superior, а. vertebralis слева на уровне VI шейного позвонка входит в канал позвоночной артерии, а справа а. vertebralis – на уровне IV шейного позвонка входит в канал позвоночной артерии в сопровождении v. vertebralis, truncus thyrocervicalis с его ветвями, справа: а. thyroidea inferior, а. suprascapularis, а. transversa cervicis и а. vertebralis начинаются одним коротким стволиком, слева truncus thyrocervicalis (1 см) делится на 2 ветви: часть а. thyroidea inferior и а. transversa cervicis.

Заключение. Результаты настоящего исследования послужили хорошей базой для изучения структуры исследуемого материала и близлежащих тканей. Метод препарирования позволяет при помощи простых анатомических инструментов (скальпель, пинцет) исследовать строение и топографию органов.





АКТУАЛЬНОСТЬ ТРАДИЦИЙ И МЕЖВУЗОВСКОЙ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ НАУЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И СТУДЕНТОВ

Киршина А.В., Некрасова Л.В.

ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет
им. академика Е.А. Вагнера» МЗ РФ, кафедра нормальной, топографической и
клинической анатомии, оперативной хирургии

«Инновации отличают лидера от догоняющего»

Стив Джобс

Актуальность. Студенческий научный кружок (СНК) кафедры – фундаментальная составляющая студенческого научного общества Высшего медицинского учебного заведения. Это первая и ответственная ступень отбора будущего специалиста-медика. Главная задача научного кружка – отобрать среди студентов самых способных и заинтересованных. Необходимо увлечь эту категорию студентов научной работой, показать романтику изучения будущей медицинской профессии и профессии анатома, как одной из самых таинственных и редких, таким образом, чтобы их занятия в научном кружке продолжались до окончания учебного заведения. И действительно, существует такая закономерность, что бывшие кружковцы – это, в настоящее время, научные медицинские сотрудники: аспиранты, кандидаты, доценты и профессора.

С целью популяризации научной деятельности среди студентов медицинских вузов, развития научного кадрового потенциала и механизмов мотивации, мы проанализировали деятельность СНК кафедры нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии ГБОУ ВПО «ПГМУ им. ак. Е.А. Вагнера» Минздрава России.

В задачи исследования входило изучение истории развития СНК кафедры, его традиций.

В результате отразили традиции и преемственность поколений (школа «Юный медик» – студенчество, межвузовское научное студенческое сообщество, студенчество – кадровый научный потенциал, «Пироговский экзамен».

Изучили профориентационный раздел работы СНК. Проанализировали выполнение научно-исследовательских работ с практической частью (препарирование областей с указанием вариативных особенностей, изготовление влажных и музейных препаратов, муляжей, пособий, стендов, моделей). Отметим организацию научных студенческих конференций различного уровня, стендовых сессий, проведение и организация секционных заседаний итоговой научной студенческой конференции, организация и проведение пленарных заседаний СНК кафедры. Отметим межвузовское сотрудничество студенческой науки: публикация статей, тезисов в Материалах конференций различного уровня, Отечественных и зарубежных журналах и журналах, рекомендованных ВАК и участие в съездах, конгрессах морфологов, краевых конкурсах исследовательских работ, интернет-конференций. Представили нетрадиционные методы работы (Анатомические дуэли, олимпиады, «круглые» столы). Рассмотрели деятельность СНК кафедры в качестве одного из механизмов представления интересов молодежного научного сообщества (оказание поддержки, помощь в получении грантов и стипендий, поиска научного руководителя, поддержки при публикации работ).

Каковы же преимущества участия в работе студенческого научного общества? Работа в научном кружке позволяет полностью окунуться в атмосферу какой-либо из ветвей науки, проникнуться ею изнутри. Можно выбрать любую интересующую конкретно тебя тему и заниматься ей. Таким образом, можно приобрести ценный



опыт организации и проведения научных исследований, который при желании можно продолжить в последующей научной работе. Кроме того, занимаясь научной деятельностью в кружке, ты становишься более целеустремлённым, развиваешь логическое мышление, наконец, приобретаешь огромную возможность для самовыражения. А выступления на заседаниях СНК, различных диспутах, конференциях и т.д. – это замечательная школа общения с большим количеством людей, умение отвечать на каверзные вопросы и выходить из любой сложной ситуации, что, несомненно, каждому в жизни пригодится. И вряд ли подобная возможность представится где-то вне стен Alma mater.

В настоящее время способность расширять свои знания важна, как и сохранение ранее приобретенных знаний. Для результативного образовательного процесса необходимо сформировать комплексную среду, в которой определенная роль отводится традиционным формам обучения, но используются все виды деятельности обучающихся. Они позволяют формировать у студентов активную научную позицию, направленную на постоянное повышение уровня компетенции, необходимого для достижения высокого профессионализма. Сегодня студенческое научное общество – не только «кузница» научных кадров, но и, по нашему мнению, одно из важных звеньев обеспечения практического здравоохранения специалистами, умеющими творчески выполнять свою работу.

В академии существует расширенная сеть СНК, и эти сквозные, многосторонние связи обеспечивают усиление основного образовательного процесса. Структура студенческого научного общества включает в себя несколько подразделений, во главе которых находится научный руководитель, а составляющими единицами являются СНК, ориентированные на разные виды работ. Большое влияние на вектор поиска самосовершенствования в образовательном процессе имеет научный потенциал профессорско-преподавательского состава ВУЗа, многие из которого в прошлом активно работали в СНО и приобретенный уровень знаний и умений плодотворно использовали в будущей профессии. СНО является научной школой для студентов-медиков, его работа и опыт прошлых лет актуальны в современном медицинском вузе.

В сегодняшних условиях студенту младших курсов сложно ориентироваться в многообразии медицинских специальностей. Сделать правильный выбор помогает профориентационная деятельность СНО. На протяжении курса обучения студенты имеют возможность попробовать свои силы в различных медицинских профессиях, активно участвуя в работе студенческих научных кружков. Традиционно сложилось, что между СНК различных кафедр существуют различные параллели по «горизонтали» и «вертикали», позволяющие углублять и расширять предметные знания. Так, участие в работе СНК кафедры нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии дает возможность студентам младших курсов посещать клинические кафедры с целью ознакомления с отраслями будущей медицинской профессии и формирует высокую нравственную позицию будущего врача (участие в межкафедральных исследовательских проектах и совместных заседаниях СНК кафедр). Для студентов старших курсов расширяются возможности для углубления своих знаний по фундаментальным дисциплинам, посещая заседания СНК и преломляя эти запросы с учетом выбора медицинской специальности.

Студенческое научное общество много делает для усиления мотивации по изучению иностранного языка, что обусловлено расширением международных связей между вузами, большим количеством иностранной литературы в медицине. Для этого проводятся студенческие научные конференции на английском,



французском, немецком языках, когда создается обстановка научной дискуссии, и представляется студентам возможность выступления как с докладом, так и в обсуждении проблемы. Подобные конференции приобрели статус итоговых научных сессий и пользуются большой популярностью у студентов.

Студенческая наука является неотъемлемой составной частью обучения, подготовки квалифицированных специалистов и имеет свои особенности, выполняя ряд положительных функций. Безусловно, студенты, сочетающие научную деятельность с учебной, существенно отличаются своими знаниями, навыками исследовательской работы и профессионализмом. Проводимые конференции и конкурсы являются площадками для общения со студентами различных научных центров страны.

Многие участники кружка совместно с преподавателями проводят научные и клинические исследования, результаты которых они представляют на студенческих научных конференциях. Представляемые для обсуждения темы сопровождаются демонстрацией наглядных макропрепаратов, в которых представлены наиболее демонстративные изменения изучаемой патологии, а также микропрепаратов.

Хотелось бы еще рассказать о важной практике совместных заседаний СНК различных кафедр. Студенческие научные кружки играют важную роль в формировании творческого мышления будущих врачей, побуждают к пытливости и смелости мысли. Научная студенческая деятельность помогает ВУЗу в подготовке не просто практических врачей, но и врачей-исследователей, врачей-экспериментаторов, стремящихся вперед к новым и более высоким рубежам науки.

На основании выполненных исследований производится подготовка материалов к публикации в сборнике научных трудов, а также целенаправленная работа по подготовке студентов-кружковцев к выступлениям на итоговых ежегодных конференциях. Опубликованная статья имеет большое значение и в значительной степени влияет на дальнейшую судьбу студента. Нередко начатые в студенческом научном кружке исследования плавно перерастают во фрагмент диссертационной работы.

Сделать правильный выбор в будущей профессии непросто. Важна первичная профориентация учащихся. Это – еще одно из направлений в работе кафедры нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии. Много школьников выбирают профессию врача и стремятся поступить в медицинский ВУЗ. Для того, чтобы они немного заглянули в будущее, возникает вопрос: как это сделать? Ответ на вопрос простой – школа «Юный медик» – все для того, чтобы предоставить учащимся возможность почувствовать себя в медицинской среде. В программу занятий включены как получение теоретических знаний, так и овладение практическими навыками. Большое преимущество этих занятий заключается в том, что каждый становится участником процесса, имея возможность самостоятельно найти, рассмотреть и изучить все структуры на препарате. Это способствует не только лучшему запоминанию структур, но и облегчает восприятие материала и помогает юным ученым с первых курсов развивать так называемое «врачебное мышление».

Предложенная модель организации работы студенческого научного кружка на кафедре нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии показала свою эффективность. В среднем на каждом из заседаний кружка присутствовало до 25 человек, на итоговую научную конференцию пришло 80 студентов, в препарировании приняли участие 30 человек. Среди студентов, принимавших участие в работе кружка, по крайней мере, 5-6 могут в дальнейшем развиваться в направлении формирования специалиста-анатома.



В работе СНК используются и нетрадиционные формы деятельности. Так, проводятся Олимпиады по анатомии, в которых принимают участие лучшие студенты I и II курсов всех факультетов. Олимпиада состоит из двух туров: теоретического и практического (знание требуемых анатомических образований); интеллектуального театрализованного представления; все это вызывает неподдельный интерес не только у студентов, но и у преподавателей. Победители награждаются Дипломами и призами.

Работа в СНО замечательна тем, что позволяет удовлетворить стремление к новым познаниям, самоутвердиться и, довольно часто, выбрать свой жизненный путь. Статистика многих лет свидетельствует, что примерно 30% активных участников СНК продолжают исследовательскую деятельность в будущем, добиваясь значительных успехов. А начинается все с проведения экспериментальной работы в течение нескольких лет в период обучения в нашей академии, накопления серьезного материала, выступления с докладами не только в стенах *alma mater*, но и на конференциях различного уровня.

Это направление является важнейшим элементом учебного процесса, позволяющим студентам получить не только углубленные знания в области исследований, но и заложить навыки системного подхода в решении тех или иных будущих задач, повысить свою конкурентоспособность на рынке труда. За счет этого вузовская наука имеет возможность омолаживать научные кадры, поскольку приток молодых ученых осуществляется постоянно.

Заключение. Такой комплексный подход, нашедший свое отражение в разнообразии научных направлений и форм деятельности СНК, глубине изучения материала, общении с опытными преподавателями-клиницистами, безусловно, не только вызывает интерес к актуальным проблемам медицины и формирует клиническое мышление у будущих врачей, но и, возможно, подарит Пермскому краю новые имена ярких молодых ученых и сделанные ими открытия!

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ

Коновал А.И., Пивоварова Г.М., Морозько П.Н., Короленко М. С., Хардигов М. А., Кона Д. С., Соколов А. М.

СПб ГУЗ «Городская поликлиника № 75», СЗГМУ им. И. И. Мечникова,
Санкт-Петербург

Актуальность темы. Студенческие коллективы необходимо рассматривать как особый контингент населения. Здоровье и качество жизни студентов отражает социальное благополучие, медицинское обеспечение, здоровье предшествующего периода их жизни – детства и отрочества, а также является предвестником творческого долголетия образованного, высококвалифицированного контингента общества в последующие годы.

Материалы и методы. Санитарно-статистические методы, учётные и отчётные документы результатов профилактических осмотров, программы Microsoft Word, Microsoft Excel.

Полученные результаты. Нами были проанализированы результаты профилактических осмотров среди 58944 студентов 14 ВУЗов Санкт-Петербурга за период с 2009 по 2012 гг. в динамике. В профилактических осмотрах принимали участие следующие специалисты: терапевты, хирурги, оториноларингологи, неврологи, офтальмологи, гинекологи, урологи, эндокринологи, кардиологи и



другие. Полнота охвата профилактическими осмотрами студентов Санкт-Петербургских вузов колебалась от 78,18% в 2009 году до 73,26 % в 2012 году (Рис. 1).

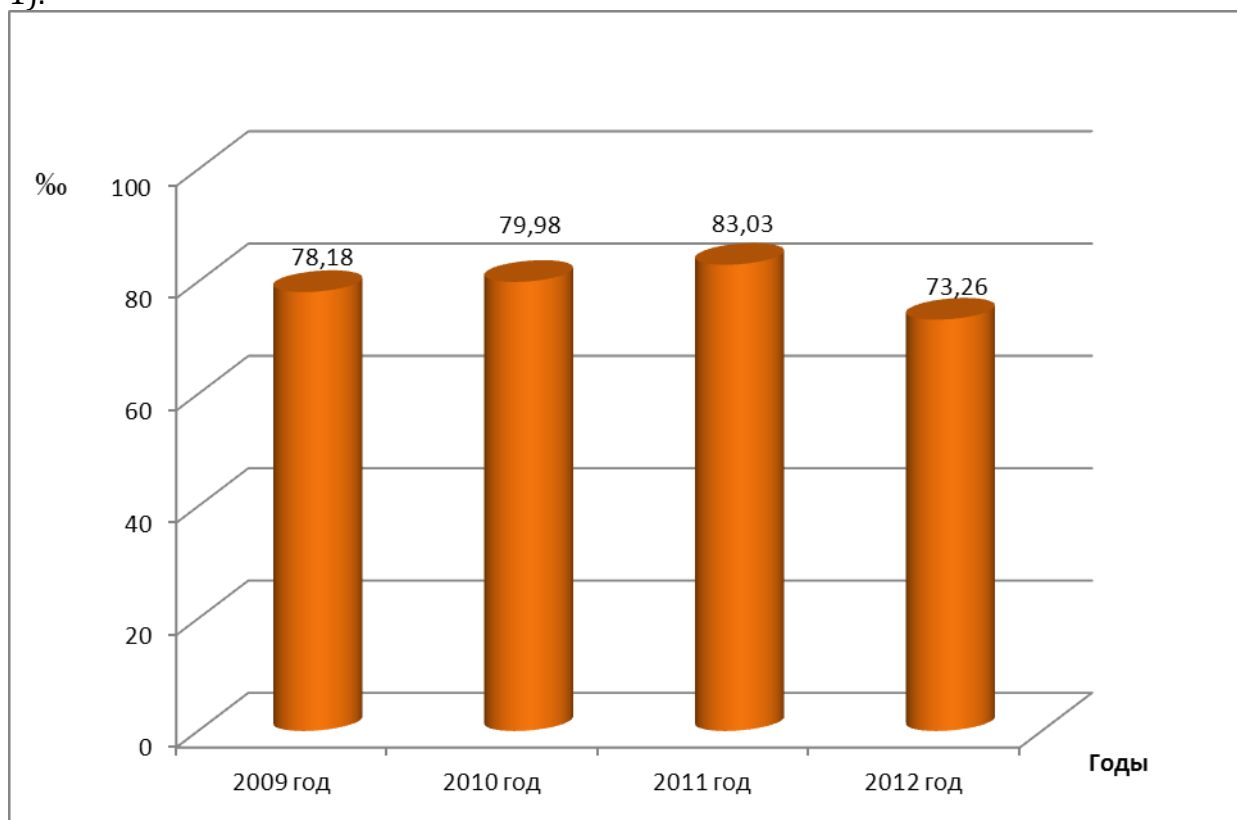


Рис. 1. Полнота охвата студентов профилактическими осмотрами за 2009 – 2012 год.

Анализ динамики патологической поражённости среди студентов показал, что в период с 2009 по 2012 гг. уровень колебался с 1743,2 ‰ в 2009 году до 1798,1‰ в 2012 году (Рис. 2).

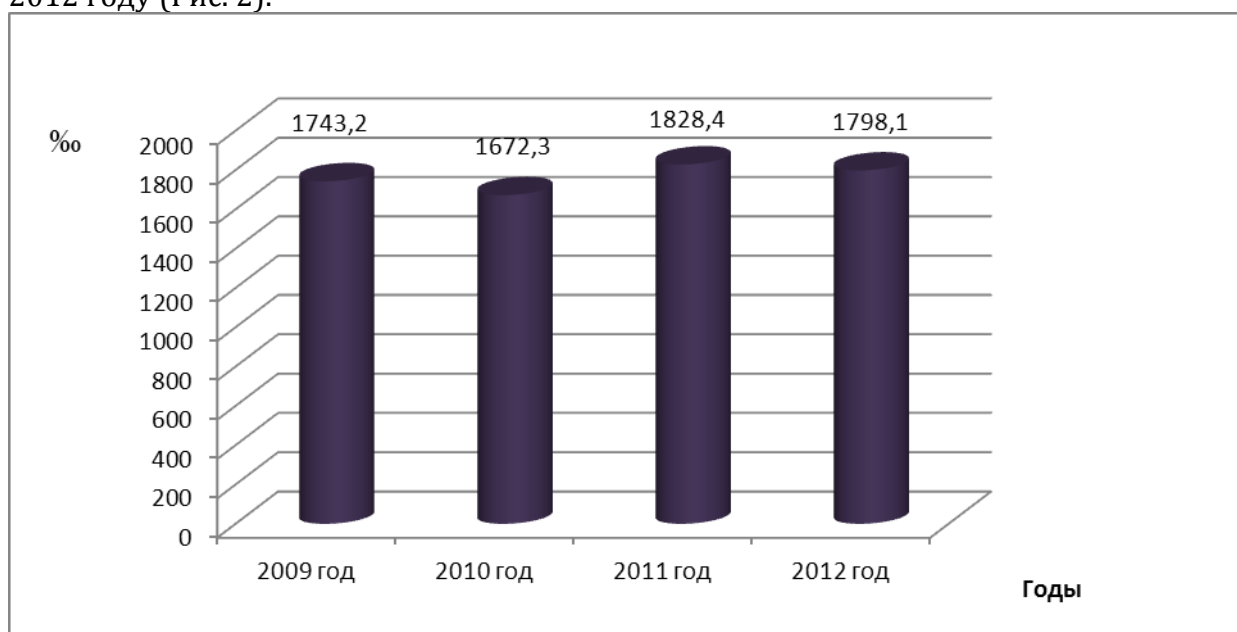


Рис. 2. Патологическая поражённость студентов ВУЗов Санкт-Петербурга по результатам профилактических осмотров за 2009 - 2012 год.



В 2009 году наибольший уровень патологической поражённости отмечен среди студентов ГИПиСР – 2724,6‰, ГХФА – 2685,3‰ и ГАВМ – 2535,7‰. Расчёт коэффициента наглядности показал, что уровень патологической поражённости среди студентов ГИПиСР в 1,6 раза, ГХФА в 1,5 раза, ГАВМ в 1,46 раза выше средних показателей (Рис. 3).

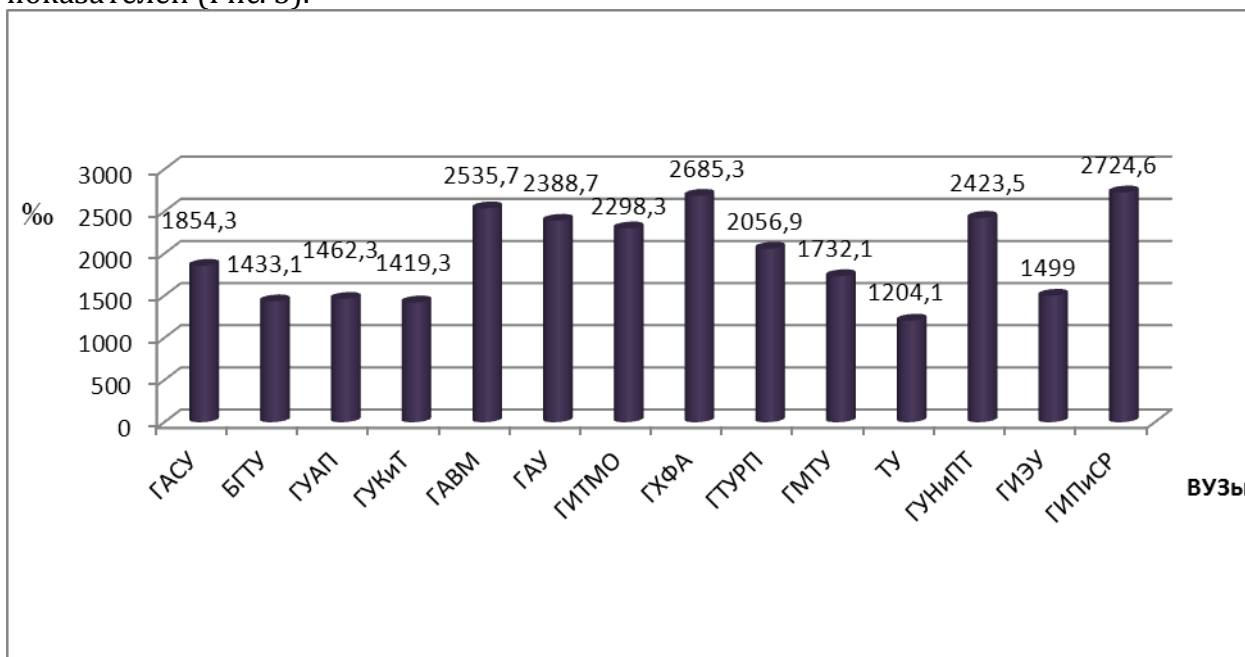


Рис. 3. Патологическая поражённость студентов ВУЗов Санкт-Петербурга по результатам профилактических осмотров в 2009 году.

В 2012 году наибольший уровень патологической поражённости отмечен в ГАУП – 2990‰, ГАВМ – 2666,9‰ и ГУКиТ – 2633,4‰. Расчёт коэффициента наглядности показал, что уровень патологической поражённости среди студентов ГАУП в 1,7 раза, а среди студентов ГАВМ и ГУКиТ в 1,5 раза выше средних показателей (Рис. 4).

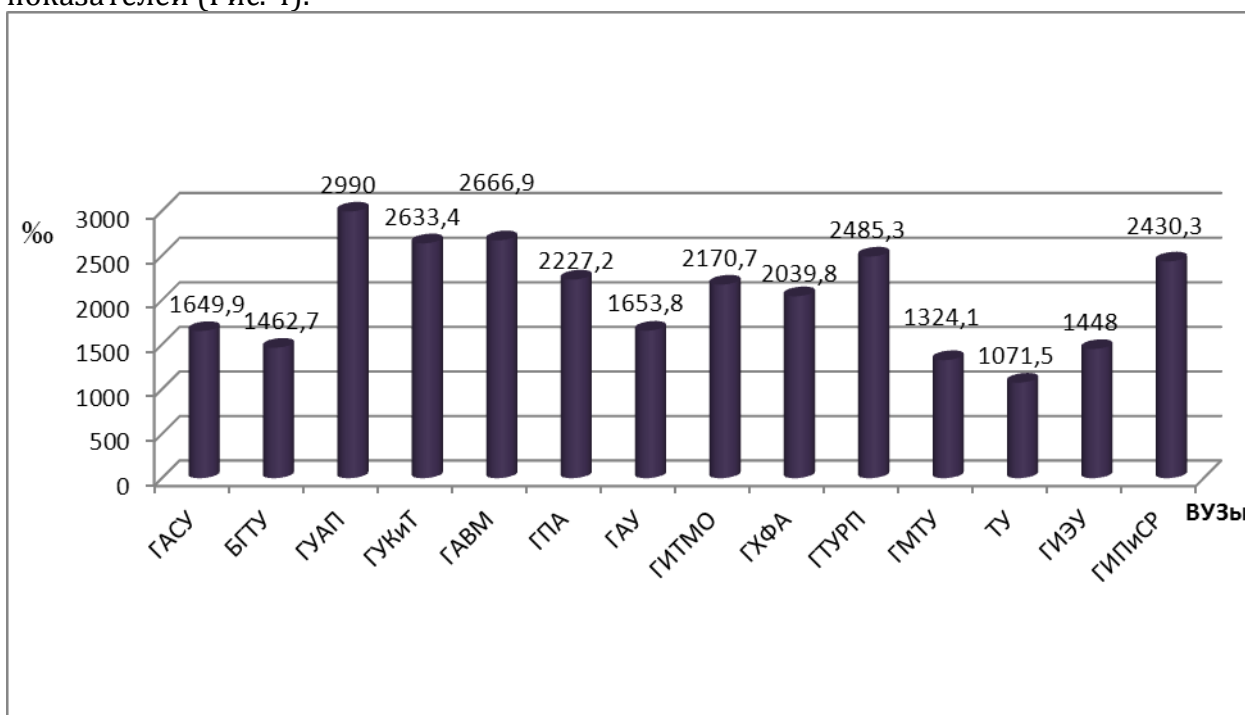


Рис. 4. Патологическая поражённость студентов ВУЗов Санкт-Петербурга по результатам профилактических осмотров в 2012 году (‰)



Уровень патологической поражённости в 2012 году вырос на 3,15% по сравнению с 2009 годом. Однако в 2010 году уровень патологической поражённости снизился на 4,07% по сравнению с 2009 годом.

Анализ динамики впервые выявленных заболеваний среди студентов показал, что в период с 2009 по 2012 гг. уровень этих величин колебался в пределах от 151,8‰ до 154‰ (Рис. 5).

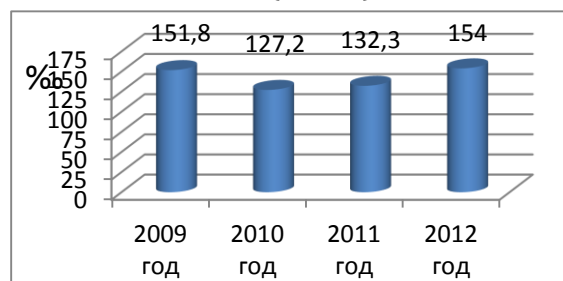


Рис. 5. Динамика впервые выявленной патологии среди студентов ВУЗов Санкт-Петербурга за 2009-2012 годы (‰).

Доля впервые выявленных заболеваний среди студентов ВУЗов Санкт-Петербурга составлял: в 2009 году – 8,7%, в 2010 году – 7,6%, в 2011 году – 7,2%, в 2012 году – 8,6%.

В 2009 году наибольший уровень впервые выявленных заболеваний отмечен среди студентов ГИПиСР – 563,2‰, ГУНиПТ – 411,8‰ и ГХФА – 358,1‰. Расчёт коэффициента наглядности показал, что уровень первичной заболеваемости среди студентов ГИПиСР в 3,7 раза, ГУНиПТ в 2,7 раза, ГХФА в 2,36 раза выше средних показателей по поликлинике. В 2012 году наибольший уровень впервые выявленных заболеваний отмечен в ГУАП – 372,4‰, ГУКиТ – 333,3‰ и ГАВМ – 323,5‰. Расчёт коэффициента наглядности показал, что уровень первичной заболеваемости среди студентов ГУАП в 2,4 раза, ГУКиТ в 2,16 раза, ГАВМ в 2,1 раза выше, чем в среднем по поликлинике.

В структуре патологии 2009 года (Рис. 6) наибольшую долю составила патология, выявленная терапевтом (34%), на 2 месте патология выявленная хирургом (23,5%), на 3 месте – офтальмологом (20%).



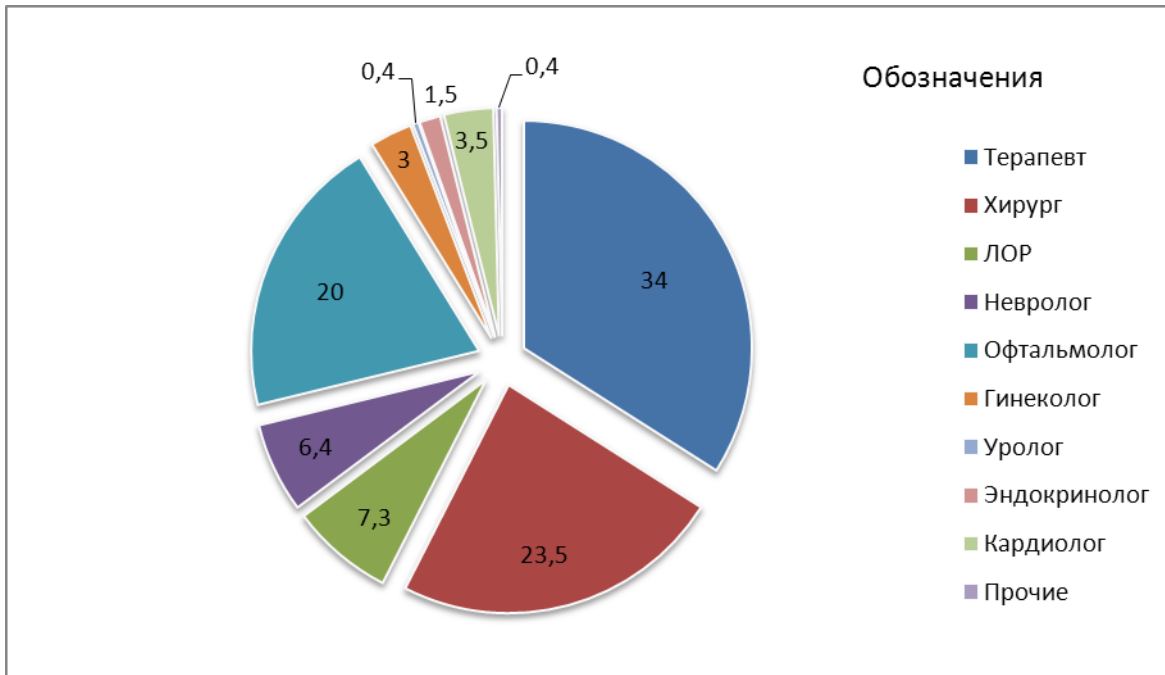


Рис. 6. Структура выявленной патологии у студентов ВУЗов Санкт-Петербурга по данным профилактического осмотра за 2009 год (%).

В 2009 г. во время профилактических осмотров у каждого третьего студента имелась патология, выявленная терапевтом, у каждого четвертого – хирургом, у каждого пятого – офтальмологом. Аналогичная структура выявленной патологии у студентов отмечена в 2010 году (Рис. 7).

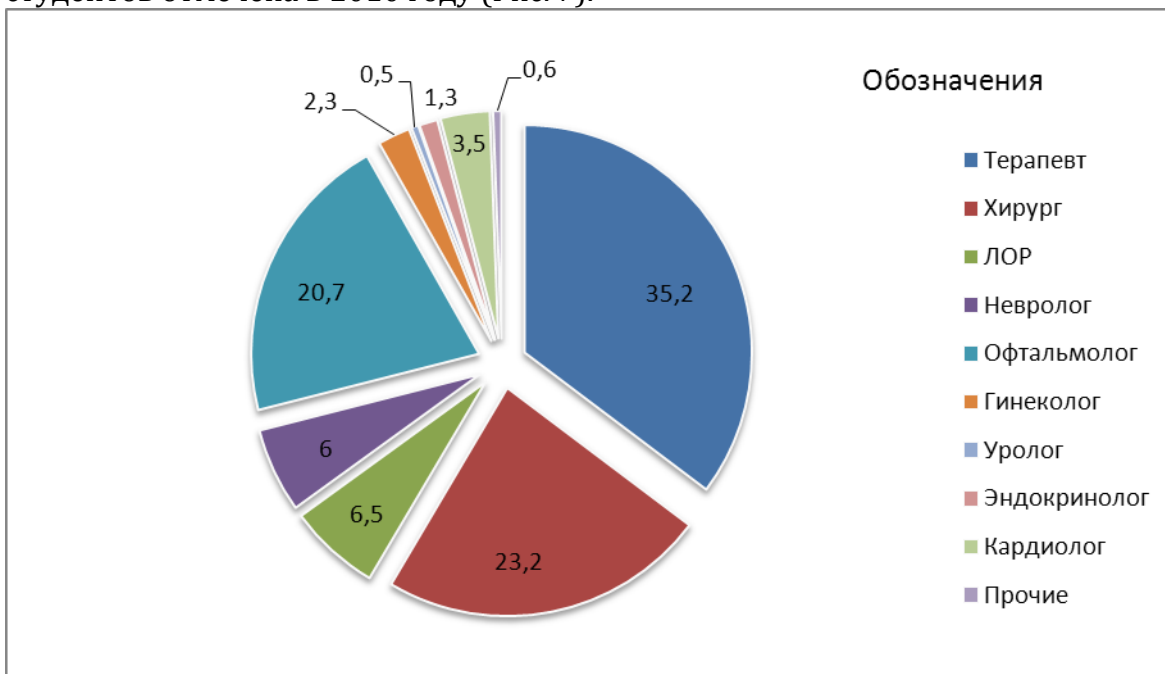


Рис. 7. Структура выявленной патологии у студентов ВУЗов Санкт-Петербурга по данным профилактического осмотра за 2010 год (%).

Однако, в 2011г. доля выявленной патологии терапевтом увеличилась до 39,1%, доля выявленной патологии хирургом уменьшился до 21,2%, доля выявленной патологии офтальмологом не изменилась (Рис. 8)..

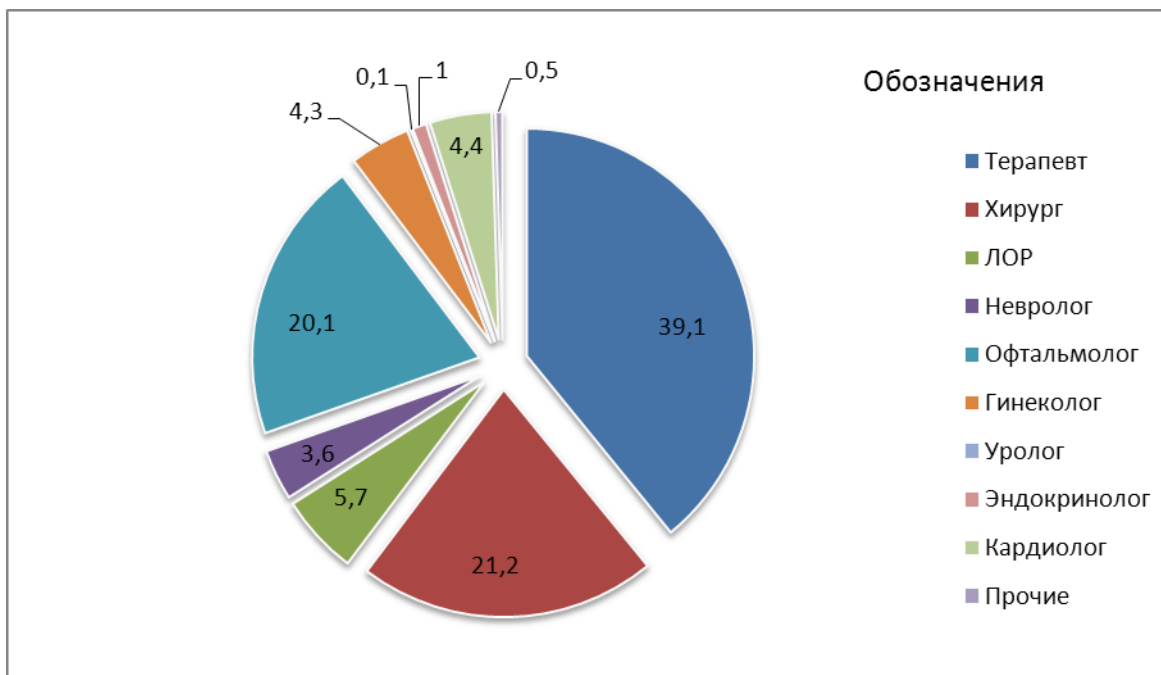


Рис. 8. Структура выявленной патологии у студентов ВУЗов Санкт-Петербурга по данным профилактического осмотра за 2011 год (%).

Аналогичная структура выявленной патологии отмечена в 2012 году (Рис. 9).

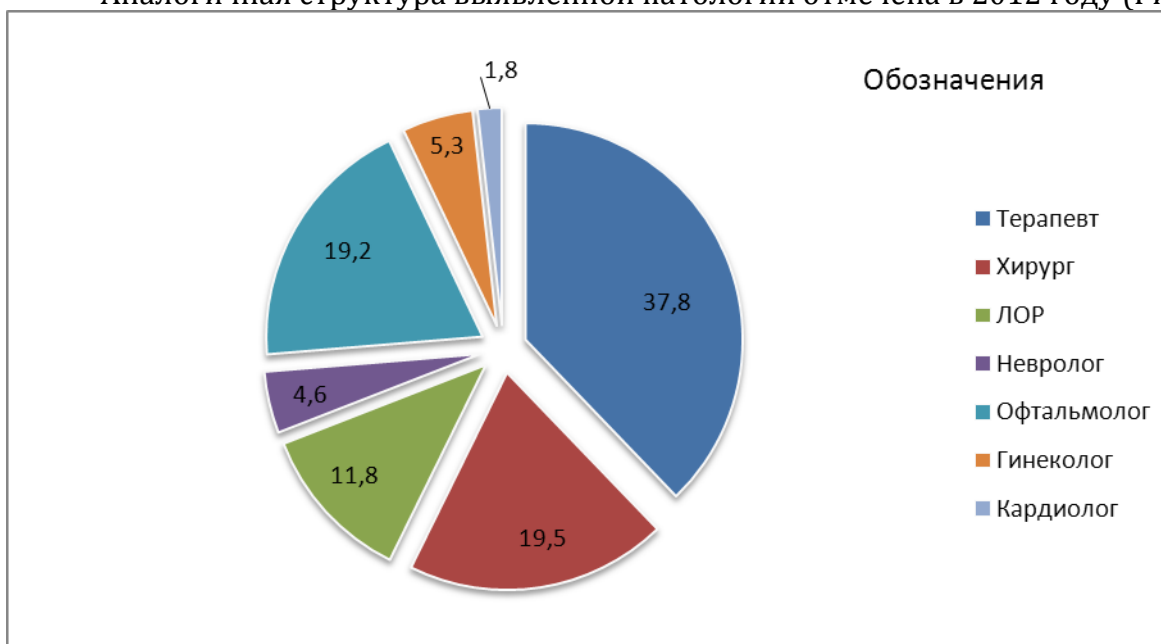


Рис. 9. Структура выявленной патологии у студентов ВУЗов Санкт-Петербурга по данным профилактического осмотра за 2012 год (%).

Уровень выявленной патологии терапевтом в 2009 году составил 592,4‰, хирургом – 409,9‰, оториноларингологом – 126,6‰, неврологом – 111,4‰, офтальмологом – 349,3‰, урологом – 7,3‰, эндокринологом – 25,7‰, кардиологом – 61,5‰ (Рис. 10).

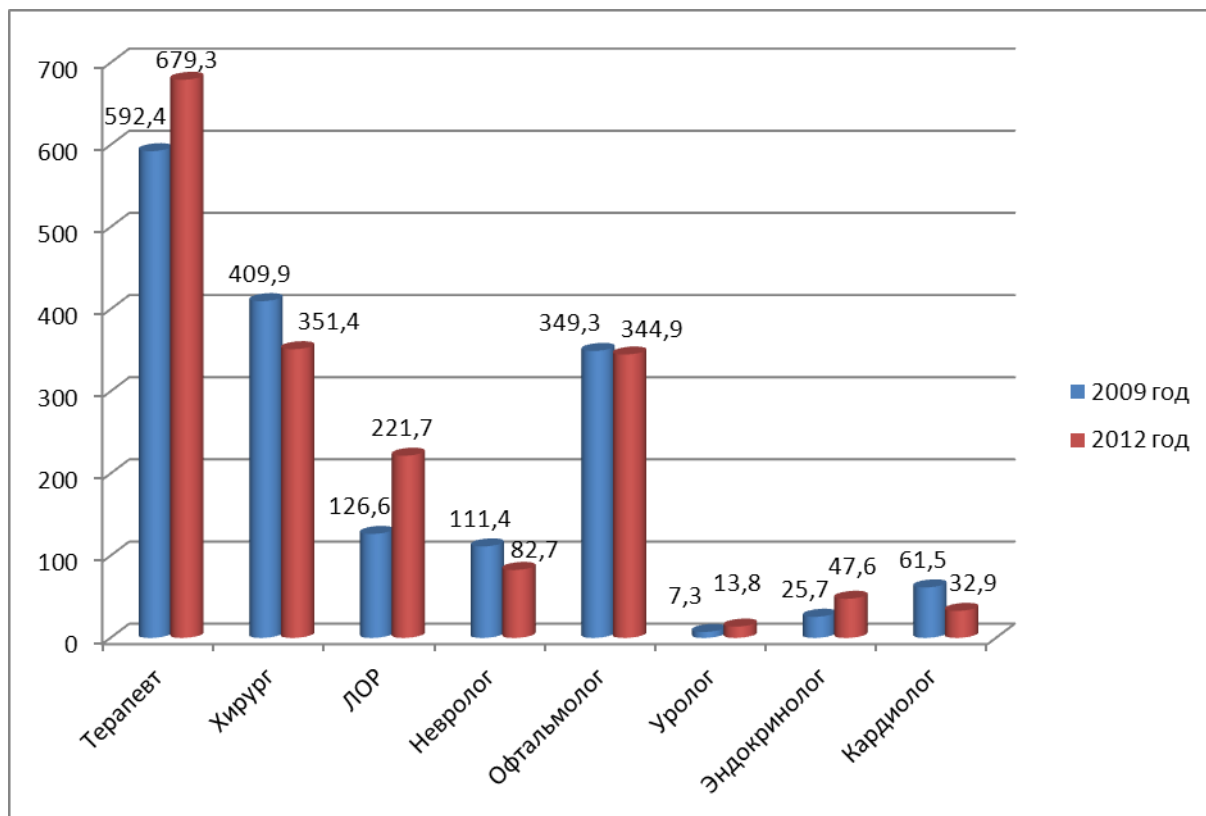


Рис. 10. Уровень выявленной патологии у студентов ВУЗов Санкт-Петербурга по данным профилактических осмотров за 2009 и 2012 года (%).

Все обследованные студенты были распределены по группам здоровья.

Первая группа здоровья (Д1) – студенты, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний.

Вторая группа здоровья (Д2) – студенты у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний.

Третья группа здоровья (Д3) – студенты, имеющие заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

В результате исследования установлено, что среди всех обучающихся доля студентов с Д1 в 2009г. составила 20,0%, в 2010г. – 27,6%, в 2011г. – 23,4%, в 2012г. – 26,4%. Доля студентов с Д2 в 2009г. составила 61,2%, в 2010г. – 55,8%, в 2011г. – 56,9%, в 2012г. – 48,0%. Доля студентов с Д3 в 2009г. составила 18,9%, в 2010г. – 16,6%, в 2011г. – 19,7%, в 2012г. – 25,6% (Рис. 11).

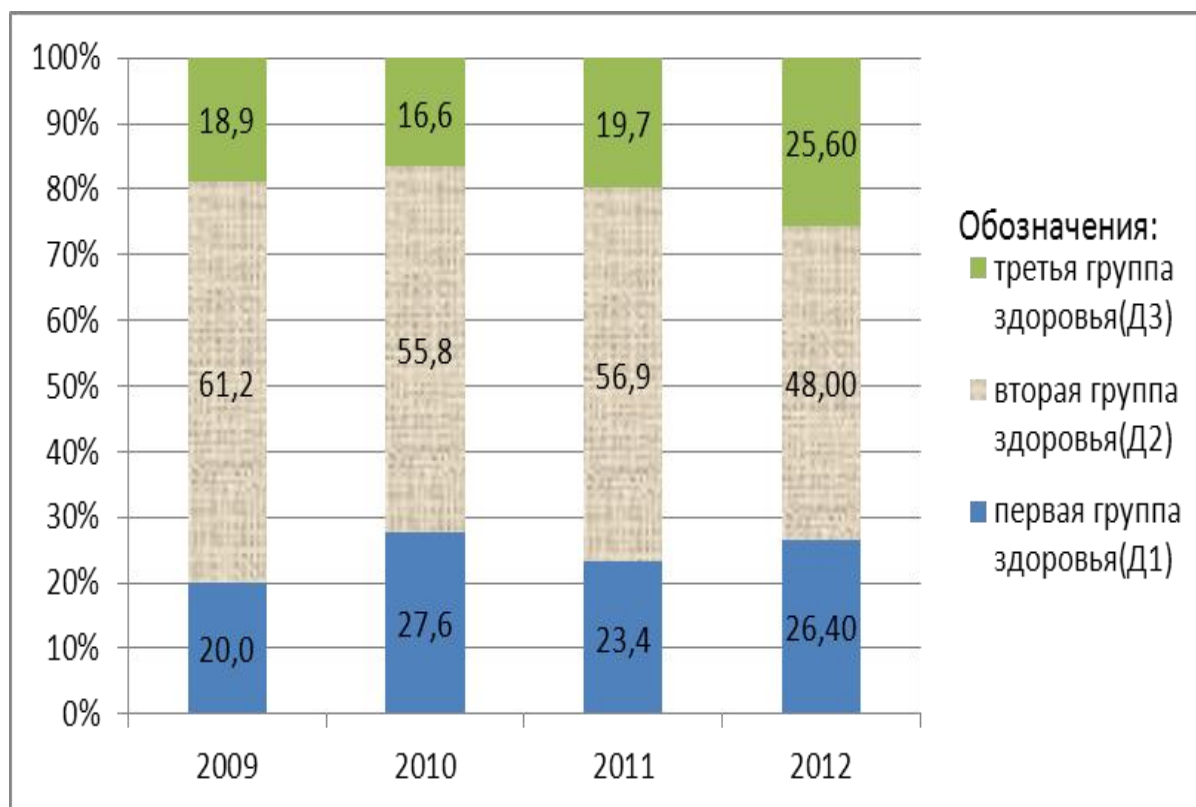


Рис. 11. Распределение студентов по группам здоровья за 2009-2012 годы (%).

Выводы.

1. При сравнении полученных показателей за исследуемый период установлено, что в 2012 году уровень выявленной патологии кардиологом увеличился в 1,9 раза, оториноларингологом – в 1,8 раза, терапевтом – в 1,2 раза. Уровень выявленной патологии неврологом в 2012 году уменьшился в 1,3 раза и хирургом – в 1,2 раза по сравнению с показателями 2009 года. Уровень выявленной патологии офтальмологом среди студентов ИТМО в 2012 году выше, чем в среднем по поликлинике в 1,4 раза, оториноларингологом – в 1,5 раза, хирургом – в 1,2 раза, терапевтом – в 1,1 раза.

2. Распределяя студентов по группам здоровья установлено, что наибольшая доля первой группы здоровья зарегистрирована в 2010 году (27,6 %), наименьшая – в 2009 году (20,0 %). Наибольшая доля второй группы здоровья отмечена в 2009 году (61,2 %), наименьшая – в 2012 году (48,0 %). Наибольшая доля третьей группы здоровья установлена в 2012 году (25,6 %), наименьшая – в 2010 году (16,6 %). Доля первой группы здоровья среди обследуемых увеличилась на 6,4 %, доля второй группы здоровья уменьшилась на 13,2 %, а доля третьей группы здоровья увеличилась на 6,7 %.

3. В целях уменьшения доли студентов со второй и третьей группами здоровья, необходимо проводить среди обучающихся оздоровительную и санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний.



ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Кононов В.А., Явдошенко Е.О.

Санкт-Петербургский университет МВД России, кафедра физической культуры, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра физической культуры, Санкт-Петербург

Актуальность. Важная проблема реабилитации на сегодняшний день возникла в среде ветеранов боевых действий. Неблагоприятные условия профессиональной деятельности, многочисленные факторы риска и экстремальный характер воинской службы приводят к снижению продолжительности и качества жизни ветеранов боевых действий, обуславливая высокий уровень психосоматической патологии.

По данным Главного военно-медицинского управления Вооруженных Сил России, каждый пятый ветеран боевых действий, уволившийся из Вооруженных Сил, является инвалидом или становится им в течение 3-5 лет после окончания службы. 92% нуждаются в регулярном госпитальном или санаторно-курортном лечении. Средняя продолжительность жизни офицерского состава, прослужившего 25-30 лет в Вооруженных Силах, составляет около 62 лет.

Под термином **реабилитация** большинство исследователей подразумевают систему государственных социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение временной или стойкой утраты трудоспособности и на скорейшее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду.

Проблема реабилитации не укладывается в рамках исключительно медицинских знаний, поскольку она представляет собой систему научной и практической деятельности, направленную на восстановление личностного и социального статуса субъекта путем комплексного воздействия на личность с привлечением медицинских, психологических, социальных, педагогических, правовых и иных средств.

В социальной реабилитации ветеранов боевых действий используются также возможности инфраструктуры отделения культурно-досуговой и спортивно-массовой работы. Киноконцертный зал, спортзал, спортплощадки, терренкур, стадион, изостудия дают возможность организовать работу творческих реабилитационных мастерских.

Медицинская реабилитация представляет собой систему мероприятий, направленных на профилактику патологических процессов, приводящих к временной утрате трудоспособности, или на возможно раннее и эффективное возвращение больных и инвалидов в общество и к полезному труду.

Под психологической реабилитацией ветеранов боевых действий, получивших травмы и ранения при выполнении профессиональных обязанностей, следует понимать систему медико-психологических реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление функционального состояния организма, нормализацию эмоциональной, морально-нравственной и мотивационной сфер, достижение оптимального уровня личностной адаптации и профессионально важных качеств пострадавших (реконвалесцентов), обеспечивающих военно-профессиональную работоспособность. Психологическую реабилитацию проводят врачи-психофизиологи, медицинские и социальные психологи, владеющие методами психодиагностики, психокоррекции и психотерапии.



Психологическая реабилитация ветеранов боевых действий должна отвечать **принципам**: профессиональности, обоснованности, индивидуальности и оптимальной длительности.

Профессиональность. Мероприятия психофизиологической реабилитации должны проводить врачи-психофизиологи, имеющие специальную подготовку по оценке функционального состояния человека и владеющие метод социально-психологического изучения и психофизиологического обследования.

Обоснованность мероприятий психофизиологической реабилитации. Этот принцип предусматривает подбор надежных, доступных и оптимальных методов психологической реабилитации, проверенных многолетней практикой, которые возможно реализовать в условиях нахождения реконвалесцента в медицинском учреждении. Методы психологической реабилитации следует выбирать с учетом особенностей функционального состояния соматической и психической сфер после боевой травмы и назначенной лечащим врачом терапии.

Индивидуальность психологической реабилитации предусматривает в процессе ее планирования и проведения учет уровня снижения профессионально важных качеств, наличия патохарактерологических изменений личности, восприимчивости и переносимости реконвалесцентами различных медико-психологических методов.

Непрерывность и оптимальная длительность реабилитационных мероприятий. Психологическую реабилитацию следует начинать с момента поступления в лечебное учреждение и продолжать до нормализации функционального состояния и восстановления профессионально важных качеств. Преждевременное и недостаточно обоснованное сокращение курса психологической реабилитации, а тем более полное его прекращение, приводят к срыву ремиссии, психологической декомпенсации, подрывают веру во врача и успех лечения.

Основные задачи психологической реабилитации определяются характером психологического состояния, выраженностью нервно-эмоциональных расстройств и индивидуально-личностными особенностями раненых. Основными из них являются:

- оценка психологического состояния пострадавших, определение качества и степени психоэмоционального расстройства;
- определение оптимальных путей и методов психологического воздействия, направленных на восстановление оптимальной работоспособности;
- формирование оптимальной психологической реакции на течение и последствия ранения и заболевания;
- изучение динамики психических нарушений в процессе лечения в стационаре и пост стационарном периоде;
- оценка физической, сенсорной и интеллектуальной работоспособности реконвалесцентов и сопоставление их с номинальными показателями профессиональной работоспособности;
- коррекция психосоматического статуса методами психотерапевтических; психофизиологических и психофармако-логических воздействий;
- необходимости — профессиональной переориентации

Задачи психологической реабилитации решают поэтапно, в соответствии со структурой реабилитационных мероприятий.

Основные этапы психологической реабилитации:

1. Диагностическим и клинико-психологическим обследованием оценивают функциональное состояние раненых, их психологические особенности, определяют уровень физиологических резервов основных жизнеобеспечивающих



систем организма и степень напряжения психической адаптации. На данном этапе могут определяться степень и особенности психоэмоциональных нарушений, отклонения и особенности познавательных психических способностей — памяти, внимания и мышления.

2. Лечебно-восстановительный, когда конкретизируется индивидуальный подход, основанный на наличии психоэмоциональных нарушений индивидуума, осуществляется подбор индивидуального психотерапевтического воздействия (рациональная психотерапия, логотерапия, релаксирующие техники с элементами суггестии и др.). Периодически контролируется динамика психического статуса и корректируются лечебные мероприятия.

3. Социальной адаптации (профессионально-восстановительный). На данном этапе используют специальные тренажеры, аппаратные и компьютерные методики для восстановления утраченных навыков. Анализируется эффективность лечебно-восстановительных мероприятий и определяется степень восстановления профессиональной пригодности и работоспособности.

При реализации и применение перечисленных выше техник был использован основной принцип – учет индивидуально-психологических особенностей каждого раненного и соответствие их основным задачам социально-психологической реабилитации.

Сущность, содержание и структура обеспечения управления деятельностью специализированных медицинских учреждений по реабилитации военнослужащих и ветеранов боевых действий в данном случае рассматривается как вспомогательный процесс насыщения субъектов, управляющих системой оказания услуг по восстановлению (компенсации) утраченного качества функций организма и характеристик личности военнослужащих, социальной информацией, необходимой для учета особенностей социального статуса и социальных качеств реабилитируемых при принятии управленческих решений по эффективному функционированию конкретного медицинского учреждения, его отдельных структур и специалистов. Результаты социологического исследования и оценка состояния современной системы социологического обеспечения управления деятельностью по реабилитации военнослужащих и ветеранов боевых действий.

Во-первых, уровень обеспечения остается низким и носит частично институциональный характер, что объясняется преимущественно недостаточной нормативной закрепленностью данного элемента управления, а также малым объемом выделяемых ресурсов, выделяемых для его осуществления.

Во-вторых, проблема обеспечения обусловлены, прежде всего недостаточной оптимальностью кадровой, научно-методической, нормативно-правовой и материально-финансовой работы.

Проблемы и противоречия системы реабилитации военнослужащих, ветеранов боевых действий и ее обеспечения. В настоящее время существует противоречие между необходимостью оказывать эффективную комплексную реабилитационную помощь и реальной системой социального управления специализированными учреждениями. Выявлено, что основная проблема в социальном управлении специализированным учреждением реабилитации заключается в несоответствии имеющихся ресурсов и целей.

Заключение. Авторская концепция развития процесса реабилитационно-восстановительных мероприятий с ветеранами боевых действий основана на соблюдении принципов, определяющих статусную иерархию управляемых систем в организации, развитии системы управления и создания реабилитационных центров, подготовкой специалистов, а также эффективным и гибким использованием системы



современных методов управления. Концепция включает в себя систему мер по совершенствованию диагностической, социопроектной и экспертной базы обеспечения реабилитационных центров, в том числе использования на их базе средств оздоровительной, адаптивной и лечебной физической культуры.

ШУМ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ ПРОЖИВАЮЩЕГО ВДОЛЬ АВТОМАГИСТРАЛЕЙ

Кордюков Н.М., Кордюкова Л.В., Кузнецова Е.Б.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра профилактической медицины и охраны
здоровья, Санкт-Петербург

Актуальность. Шум является общебиологическим раздражителем и в определенных условиях может влиять на все органы и системы организма, вызывая разнообразные физиологические изменения. Шум действует на организм как стресс-фактор, вызывает изменение слухового анализатора и вследствие тесной связи последнего с многочисленными нервными центрами на самом различном уровне, приводит к нарушениям в центральной нервной системе. Наиболее опасно длительное действие шума, при котором возможно развитие шумовой болезни — общего заболевания организма с преимущественным поражением органа слуха, центральной нервной и сердечно-сосудистой систем. Эксперты ВОЗ обращают внимание на недооценку общественностью влияния шума на здоровье, свидетельствуют о неуклонном повышении фонового шумового уровня, в частности в Европе. По сравнению с 90-ми годами, в нулевые годы шумовой фон вырос на 26%. В большой степени это увеличение связывают с ростом числа автомобильного транспорта. Согласно исследованиям, опубликованным в изданиях Европейского сообщества, до 40% населения подвергается воздействию шума от автомагистралей, превышающему уровень в 55 дБ, и 25% - свыше 65 дБ. До 30% подвергается воздействию шума интенсивностью свыше 55 дБ в ночное время. Во многих странах проблемы со сном вызваны, в первую очередь, именно действием шума от различных источников. Установлено, что действие шума увеличивает кровяное давление у человека. Каждые дополнительные 10 дБ шума примерно на 10% повышает риск инсульта и на 5% риск развития коронарных заболеваний сердца. Вред, наносимый шумом, не заметен сразу. Однако постепенно накапливающиеся акустические раздражения приводят к усталости, гипертензии, сонливости, нервозности и другим, более серьезным последствиям. Для комфортной жизнедеятельности рекомендуется, чтобы уровень шума не превышал 30 дБ в комнатах отдыха и 40 дБ в других помещениях, где находятся люди, такой уровень звука практически безвреден для человека.

Материалы и методы: при строительстве автомагистралей, проходящих через существующую жилую застройку, сохранение качества жизни населения в отношении шума после окончания строительства является определяющим. С этой целью в соответствии с проектом устанавливаются шумозащитные экраны вдоль автомагистралей, меняются на фасадах зданий выходящих на автомагистралу оконные заполнения и балконные двери, обладающие эффективной защитой от шума

В то же время проводимые дорогостоящие мероприятия по защите от шума иногда не удовлетворяют население проживающее в домах, расположенных вдоль автомагистралей. Сам факт наличия автомагистралей перед окнами дома способствует развитию у жителей нервозности, психогенных стрессов, а также



возникновению протестных действий, направленных на попытки улучшить качество жизни. Как правило, для решения таких проблем привлекаются проектные организации и строители автомагистралей, а также различные государственные организации: Роспотребнадзор, прокуратура, администрация субъекта Федерации.

Важна независимая объективная экспертная оценка возникшей проблемы. Перед экспертами ставится задача: обеспечивают ли проведенные мероприятия по защите от шума качество жизни населения, имевшееся до строительства автомагистралей. В случае отрицательного заключения проводятся дополнительные мероприятия по шумоизоляции или же проживающие в доме переселяются на территории и в дома с характеристиками шума, соответствующими санитарному законодательству.

Для объективного ответа на поставленные вопросы необходимо детально ознакомиться с возникшей проблемой, разработать программу и методику оценки акустической обстановки в квартирах домов, расположенных вдоль автомагистралей, и прилегающей территории на основе анализа нормативно-методических документов и литературы по данной проблеме.

Полученные результаты. При обследовании 10-этажного дома, фасадом выходящего на автомагистраль, установлено, что оконные и балконные ограждения здания в зависимости от этажности подвергаются различной акустической нагрузке от автомагистралей. Нижние этажи здания находятся в зоне акустической тени шумозащитных экранов, поэтому шум на территории и первых этажах здания существенно снижен. В то же время до верхних этажей шум доходит практически беспрепятственно. Следовательно, для оконных и балконных ограждений здания выше 2-го этажа требуется более высокая защита от транспортного шума. С учетом этого обстоятельства проектными организациями при остеклении был предусмотрен дифференцированный подход к назначению требуемых параметров звукоизоляции транспортного шума в зависимости от этажей. Для оконных заполнений первых двух этажей предусмотрено снижение уровней звука на 35 дБА, верхних трех этажей – 40 дБА, промежуточных – 38 дБА.

Разные требования по снижению шума предопределили и разные конструкции оконных заполнений – разные формулы стеклопакетов. Конструкция оконного заполнения в каждом остекляемом помещении снабжается шумозащищенным проветривателем для обеспечения нормативных условий вентиляции жилых помещений. Выбор типов проветривателей (также как и типов оконных и балконных блоков) был дифференцирован в зависимости от этажного положения фасада.

Конструкция стеклопакета «Аэромат-80» предусмотрена в качестве проветривателя, обеспечивающего необходимое снижение шума в 35 дБА, снижение шума в 38 дБА обеспечена установкой в соответствующую конструкцию оконных и балконных блоков противозумовых устройств (ПШУ) – стеклопакетов с активными шумозащитными клапанами проветривания типа «Аэромат-100»; для трех верхних этажей, где по расчетам требуемое снижение транспортного шума составляет 40 дБА, установлены стеклопакеты с шумозащитными клапанами проветривания типа «Аэропак-90». Здания, оборудованные такими стеклопакетами, в соответствии со СНиП 23-03-2003 «Защита от шума», относятся к категории «шумозащитный дом». Несмотря на проведенные мероприятия по защите от шума часть жильцов дома считала, что после строительства автомагистралей их качество жизни ухудшилось.

При анализе нормативно-методических документов и литературы было установлено, что в соответствии с требованиями ГОСТ Р ИСО/МЭК 17025-2009



«Общие требования к компетентности испытательных и калибровочных лабораторий» аккредитованная организация, планирующая инструментальные исследования, должна использовать методы испытаний, которые отвечают потребностям заказчиков и пригодны для предпринимаемых испытаний. Преимущественно следует использовать методы, приведенные в международных, региональных (межгосударственных) или национальных стандартах. Организация, проводящая исследования шума, должна удостовериться, что она использует последнее действующее издание стандарта. При необходимости к стандарту можно приложить дополнительные подробности с тем, чтобы обеспечить согласованное применение. Выбор методики измерений и предлагаемые дополнительные требования согласовываются с заказчиком.

Методические требования к проведению измерений шума на территории жилой застройки и в жилых помещениях квартир изложены в следующей действующей нормативно-технической документации: ГОСТ 23337-78, МУК 4.3.2194-07, ГОСТ 20444-85, СН 2.2.4/2.562-96, ГОСТ 31296.2-2005, СНиП 23-03-2003

Перед проведением измерений необходимо определить характер шума и другие его параметры, необходимые для проведения измерений на соответствие гигиеническим требованиям. Основные характеристики, которые должны быть определены при проведении измерений шума для санитарно-гигиенической оценки результатов, следующие: измеряемые параметры шума, продолжительность измерений, период оценки, выбор точек измерений, требования по установке микрофона в помещениях и на открытой территории и требования по метеорологическим условиям.

На основе сравнительного анализа методик определения основных параметров, необходимых для проведения измерений шума, было установлено, что требования по измеряемым параметрам (L_{Аэкв} и L_{Амакс}) одинаковы во всех документах и соответствуют санитарным нормам (СН 2.2.4/2.562-96). Также идентичны требования по метеорологическим условиям проведения измерений, совпадают и требования по установке микрофонов на открытой территории.

Различия имеются по следующим показателям:

- по перечню используемого оборудования. Так МУК 4.3.2194-07 предлагает использовать для измерений приборы не ниже первого класса, ГОСТ 23337-78 допускает использование приборов и 2-го класса. Указанные расхождения вызваны тем, что в период разработки ГОСТ 23337-78 основным измерительным оборудованием были аналоговые шумомеры и показания фиксировались по показаниям стрелки прибора;

- незначительно отличаются требования по расстоянию от точки установки микрофона до ограждающих конструкций внутри помещений. ГОСТ 23337-78 и МУК 4.3.2194-07 регламентируют расстояния точно, ГОСТ 31296.2-2005 допускает расстояния не менее определенных размеров; методика оценки максимального уровня транспортного шума представлена только в ГОСТ 31296.2-2005;

- отличаются требования перечисленных документов по продолжительности измерений непостоянного шума и выбору периода измерений. Так, ГОСТ 23337-78 регламентирует время измерений непостоянного шума продолжительностью 30 мин в одной точке, в МУК 4.3.2194-07 – продолжительность измерений должна быть не менее 10 мин с увеличением продолжительности измерений до тех пор, пока L_{Аэкв} в течение 30 секунд не будет изменяться более чем на 0,5 дБА.

При оценке продолжительности измерений в ГОСТ 20444-85 предлагается учитывать количество единиц автотранспорта, прошедших в двух направлениях. При этом полученные измерения должны характеризовать весь период контроля. С



целью сокращения общего времени измерений в ГОСТ 23337-78, МУК 4.3.2194-07, ГОСТ 20444-85 при проведении измерений предлагается выбирать периоды времени, когда возможно ожидать наибольшие уровни шума. Практика оценки шума для «худшего случая» применяется также и при проектировании. Согласно требованиям СНиП 23-03-2003 «ЗАЩИТА ОТ ШУМА»- нормативного документа, используемого при проектировании объектов, за общее время «Т» оценки принимают продолжительность дня 7.00 - 23.00 и ночи 23.00 - 7.00 ч. Допускается в последнем случае принимать за время воздействия «Т» днем - четырехчасовой период с наибольшими уровнями, ночью - одночасовой период с наибольшими уровнями.

На основании результатов проведенного анализа, в качестве основного нормативного документа для проведения измерений предлагается использовать МУК 4.3.2194-07, как документ, в котором наиболее полно отражены требования к проведению измерений. Дополнительно, в части требований определения максимальных уровней шума, следует использовать раздел ГОСТ 31296.2-2005, а также учитывать требование ГОСТ 20444-85 о том, что период измерений должен охватывать проезд не менее 200 транспортных единиц в обоих направлениях.

Измерения должны проводиться в дневное и ночное время, в теплый и в холодный периоды года с учетом метеорологических условий, желательно в сухую и влажную погоду. При этом должны выбираться типовые и наиболее шумные суточные периоды: с 7 до 23 час и с 23 до 7 часов. Типовые и наиболее шумные суточные периоды определяются по результатам предварительного обследования территории с подсчетом количества транспорта, движущегося по магистрали. Как правило, наиболее шумным периодом в ночное время суточного периода является период с 23 до 24 часов.

Целесообразно определить изменение нагрузки на магистрали с учетом дней недели. Необходимо учесть мнение жильцов дома в части суточной и недельной нагрузки на магистрали, для чего провести опрос жильцов. Окончательное определение периодов измерений определяется заказчиком. Проведение измерений в наиболее шумные периоды дня и ночи уменьшает объем инструментальных исследований и, соответственно, их стоимость. Уменьшаются и сложности, связанные с организацией доступа в жилые квартиры дома. Однако следует отметить, что результаты измерений, выполненные по данной методике и, в последующем, подлежащие гигиенической оценке, будут завышены, т.к. в остальные часы суток шум будет меньше.

Может быть предложен компромиссный вариант: измерения шума в жилых квартирах проводить в наиболее шумные периоды суток, а на территории - в «типовые периоды» с последующим суммированием и гигиенической оценкой

Сезонный максимум в районе обследуемого объекта - в летнее время наблюдается во вторую половину дня пятницы (выезд за город).

При выборе контрольных точек учитывались следующие параметры:- нормирование защищаемых от шума объектов; - минимальное расстояние между источниками шума и контрольными точками; - близость контрольных точек к наиболее интенсивным источникам шума; - отсутствие естественных экранирующих препятствий между источниками шума и расчетными точками;

Измерения следует проводить в квартирах нижних, средних и верхних этажей секций домов, ориентированных окнами на транспортные магистрали, в помещениях, расположенных наиболее близко к внешним источникам шума (с окнами, выходящими на магистраль). Желательно - отсутствие в помещениях застекленных лоджий.



Измерение шума в комнатах квартир следует проводить не менее чем в трех точках, равномерно распределенных по помещениям не ближе 1 м от стен и не ближе 1,5 м от окон помещений на высоте 1,2-1,5 м от уровня пола. Для измерений непостоянного шума трехкратных измерений в каждой точке не требуется. Продолжительность измерений 30 минут в одном помещении, не менее 10 минут в каждой из трех точек с увеличением продолжительности измерений до тех пор, пока $L(A)$ экв в течение 30 сек не будет изменяться более чем на 0,5 дБА, измерения в каждой точке однократные.

Измерения проводятся в режиме проветривания, заложенного в проекте: при открытых клапанах проветривания.

На территории, прилегающей к жилому дому, точки измерений определяются также исходя из следующих условий: - прямое поле распространения звука; - не ближе 2 м от стены дома, сочетанного воздействия источников шума и наличия гигиенического нормирования. Измерительный микрофон должен располагаться не ближе 2 м от стены дома, на высоте $1,5 \pm 0,1$ м от земли и быть направлен в сторону основного источника шума – магистрали. Оператор, проводящий измерения должен находиться не ближе 0,5 м от измерительного микрофона. Измерения уровней шума на открытой территории не должны проводиться во время выпадения атмосферных осадков и при скорости ветра более 5 м/с. При скорости ветра от 1 до 5 м/с следует применять противоветровое устройство.

За общее время «Т» оценки принимают продолжительность дня: 7.00 - 23.00 и ночи: 23.00 - 7.00 ч в соответствии с требованиями СН 2.2.4/2.1.8.562-96.

Дополнительно к требованиям, изложенным в МУК 4.3.2194-07 предлагается при измерениях максимальных уровней шума транспорта руководствоваться требованиями, изложенными в ГОСТ 31296.2-2005, что не противоречит требованиям МУК 4.3.2194-07 и ГОСТ Р ИСО/МЭК 17025-2009 «Общие требования к компетентности испытательных и калибровочных лабораторий».

Согласно ГОСТ 31296.2-2005 максимальный уровень звукового давления должен быть определен при прохождении по магистрали по меньшей мере 30 автомобилей рассматриваемой категории. Также целесообразно учесть требование ГОСТ 20444-85 о том, что период измерений должен охватывать проезд не менее 200 транспортных единиц в обоих направлениях.

Подготовка к проведению измерений включает в себя:

- предварительное обследование территории с целью получения информации, необходимой для реализации методики (оценка интенсивности движения транспорта, оценка в натуральных условиях правильности выбора расчетных точек на территории и в жилых комнатах квартир);

- ознакомление с имеющейся проектной документацией и результатов натуральных исследований уровней шума, проведенных ранее при сдаче объекта в эксплуатацию.

- оповещение и согласование дат и времени проведения измерений с жильцами (функция заказчика).

Для измерений применяют шумомеры не ниже 1-го класса по ГОСТ 17187; при необходимости (оценка звукоизоляции) с полосовыми электрическими фильтрами по ГОСТ 17168-82. Акустическая калибровка должна проводиться до и после проведения измерений. Погрешность, применяемого для акустической калибровки источника шума (калибратора), не должна превышать $\pm 0,5$ дБ

При оформлении протоколов измерений шума от автомагистралей должны учитываться требования п. 5.10.2 ГОСТ Р ИСО/МЭК 17025-2009 и ГОСТ 31296.2-2005.



Каждый протокол испытаний должен содержать, по крайней мере, следующую информацию (если лаборатория не имеет обоснованных причин не указывать ту или иную информацию):

- наименование документа (например, "Протокол испытаний");
- наименование и адрес лаборатории, а также место проведения испытаний лаборатории; -
- уникальную идентификацию протокола испытаний, а также идентификацию на каждой странице, чтобы обеспечить признание страницы, как части протокола испытаний, и, кроме того, четкую идентификацию конца протокола испытаний; наименование и адрес заказчика; - идентификацию используемого метода;
- описание, состояние и недвусмысленную идентификацию объекта (объектов) испытаний; - дату(ы) проведения испытаний;
- ссылку на план, если это имеет отношение к достоверности и применению результатов;
- результаты испытаний с указанием единиц измерений;
- имя, должность и подпись или эквивалентную идентификацию лица (лиц), утвердившего (их) протокол испытаний;
- при необходимости указание на то, что результаты относятся только к объектам, прошедшим испытания.

Экземпляры протоколов испытаний, выполненные на бумаге, должны иметь нумерацию страниц и указание общего числа страниц. Лабораториям рекомендуется прилагать заявление о том, что протокол испытаний не может быть частично воспроизведен без письменного разрешения лаборатории.

Пункт 5.10.3 ГОСТа ГОСТ Р ИСО/МЭК 17025-2009 включает дополнительные требования по оформлению протоколов измерения. Протоколы испытаний должны, если это необходимо для толкования результатов испытаний, включать отклонения, дополнения или исключения, относящиеся к методу испытаний, а также информацию о специальных условиях испытаний, таких как условия окружающей среды; при необходимости должно быть указание на соответствие/несоответствие требованиям и/или техническим условиям и указание на оцененную неопределенность измерений; также информация о неопределенности должна присутствовать в протоколах испытаний, если она имеет отношение к достоверности или применению результатов испытаний, если этого требует инструкция заказчика или если неопределенность влияет на соответствие заданному пределу;

Информация, включаемая в протокол испытаний по ГОСТ 31296.2-2005: опорный временной интервал, средства измерений, результаты их калибровки, место установки и продолжительность измерений; оценочный уровень или скорректированный уровень и его составляющие; описание источника (ов) шума, работающих в течение опорных временных интервалов, в т. ч. интенсивность движения транспорта; описание режима работы источника (-ов) шума; описание оцениваемого места, включая топографию, геометрию зданий, покров земли и другие условия; описание процедур, используемых для коррекции на влияние остаточного шума, и описание остаточного шума; погодные условия во время измерений, особенно направление и скорость ветра, наличие облаков и осадков; неопределенность результатов и метод(ы) определения неопределенности; для расчета - исходные данные и действия, выполняемые для проверки надежности исходных данных.

Нормирование результатов акустических измерений выполняется согласно СН 2.2.4/2.1.8.562-96 "Шум на рабочих местах, в помещениях жилых, общественных



зданий и на территории жилой застройки" таблица 3, строка 4 таблицы регламентирует уровни шума в жилых помещениях квартир с учетом периода воздействия шума отдельно для дневного и ночного времени суток. Строка 9 содержит допустимые уровни шума для территорий, непосредственно прилегающих к жилым домам.

При нормировании уровней шума на территории, прилегающей к жилому дому должны быть учтены требования Примечания 2 к таблице 3, согласно которому эквивалентные и максимальные уровни звука в дБА для шума, создаваемого на территории средствами автомобильного, железнодорожного транспорта в 2 м от ограждающих конструкций первого эшелона шумозащитных типов жилых зданий, обращенных в сторону магистральных улиц общегородского и районного значения, допускается принимать на 10 дБА выше, указанных в позициях 9 и 10 табл. 3.

Для подтверждения результатов измерений в жилых помещениях квартир и на территории, непосредственно прилегающих к жилому дому, может быть выполнен акустический расчет. Доступная методика расчета шумовых характеристик транспортных потоков с учетом интенсивности движения, состава транспортного потока, дорожного покрытия, уклона дороги приведена в справочнике «Защита от шума. Справочник проектировщика»/ Под ред. Л.Г.Осипова, М. Стройиздат. 1993 г.

Методика расчета ожидаемых уровней шума также содержится в ГОСТ 31295.2-2005 (ИСО 9613-2:1996) "Шум. Затухание звука при распространении на местности. Часть 2. Общий метод расчёта".

Если источник шума множественный, целесообразно выполнение расчета программным методом. Трехмерную модель источника шума и прилегающих территорий позволяет создать и выполнить акустический расчет в соответствии с требованиями ГОСТ 31295.2-2005 Программный модуль «АРМ-акустика». Для расчета может быть использована любая аналогичная программа. Программа АРМ выполняет построение карт шума на территории, прилегающей к автомагистрали.

Сравнение результатов натурных исследований уровней шума и результатов расчета выполняется с целью подтверждения достоверности выполненной работы.

Должны быть представлены выводы сравнительной оценки. В случае выявленных отклонений результатов измерений и расчетов, проводится анализ с целью выявления причин несовпадения результатов. Проводятся либо повторные измерения, либо выявление ошибок и корректировка расчета. Наличие превышений допустимых уровней шума в жилых помещениях квартир при наличии клапанов проветривания, маловероятно. Однако, при выявлении превышений допустимых уровней в жилых комнатах, необходимо выполнение натурных исследований звукоизоляции ограждающих конструкций. Звукоизоляция ограждающих конструкций, а именно оконного заполнения зависит от звукоизоляции непосредственно оконного блока, крепления оконного блока в оконный проем (в значительной степени), проветривающих устройств, звукоизоляции внешней стены здания. Проведение натурных исследований звукоизоляции целесообразно только при выявлении нарушений санитарно-эпидемиологических требований.

Заключение. Таким образом, только детальный анализ акустической обстановки в квартирах домов, расположенных вдоль автомагистрали, и прилегающей территории с учетом перечисленных выше рекомендаций, разработанных на основе всей существующей нормативно-методической документации по данной проблеме, позволит экспертам сделать однозначное заключение о соответствии/несоответствии качества жизни в отношении шума для жителей, проживающих вдоль автомагистралей, проходящих через жилую застройку.



ГИПНОЗ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ГИПНАБЕЛЬНОСТИ И УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У СТУДЕНТОВ II КУРСА СЗГМУ ИМ. И. И. МЕЧНИКОВА

Котлова К. Д., Шевцова М.А.

СЗГМУ им. И. И. Мечникова, кафедра нормальной физиологии, Санкт-Петербург

Актуальность. Гипноз официально признан ВОЗ как терапевтический подход. Умение самостоятельно или с помощью другого человека переходить из бодрствующего состояния или состояния естественного сна в гипнотический транс может быть использовано для разрешения конфликтных ситуаций, проблем с собственным здоровьем, развития творческих способностей, укрепления памяти и повышения обучаемости. Насколько легко человек может войти в гипноз, описывает понятие гипнабельности, которое на данный момент изучено мало.

Цель. Изучить механизмы и виды гипноза, выявить связь между степенью гипнабельности и уровнем тревожности у студентов II курса.

Материалы и методы. Использовалась оригинальная анкета, составленная на основе различных тестов на гипнабельность и шкала тревожности Спилбергера-Ханина. В ходе исследования было опрошено 40 студентов II курса, 15 из которых проходили анкетирование на определение степени гипнабельности до и после прослушанного доклада о гипнозе. Остальные 25 студентов прошли двухэтапное тестирование на определение степени личностной тревожности и уровня гипнабельности.

Полученные результаты. Гипноз (от греч. сон) — временное состояние сознания, близкое ко сну, при котором сохраняется возможность контакта с гипнотизером и выполнения его заданий. В основе гипноза лежит сужение объема сознания, ослабление активности одних его функций при сохранении полного функционирования других.

Для определения степени подверженности гипнозу используется понятие гипнабельности. Исследование оценки гипнабельности показало, что у студентов II курса низкий уровень гипнабельности у 2 человек, средний – у 9, высокий - у 4. После прослушивания доклада у 7 человек степень настороженности к чужим воздействиям увеличилась. Исследуя зависимость уровня гипнабельности от личной тревожности, мы получили следующие результаты:

Гипнабельность	Низкая	Средняя	Высокая
Личная тревожность			
Низкая	2	-	-
Средняя	5	9	1
Высокая	-	6	1

В настоящее время известно немало различных видов гипноза. Наиболее распространенными считаются медицинский, эриксоновский (или эриксоновский), уличный (или цыганский).

Медицинский гипноз имеет большую значимость в медицине. Его используют для лечения многих заболеваний, таких как сексуальные расстройства, тревога, паника, депрессии, фобии, неврозы, заикания, нормализации сна, а также для избавления от избыточного веса, головокружений, жара, озноба, тошноты, бронхиальной астмы, язвы желудка, гипертонии, патологической зависимости от табака, наркотиков, алкоголя, Интернета, телевизора. К противопоказаниям гипноза относится острый аппендицит, инфекции с температурой, инфаркт миокарда.



Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у большинства студентов II курса в несессионное время наблюдается средний уровень гипнабельности и личностной тревожности. Также установлено, что чем выше уровень личностной тревожности, тем больше гипнабельность.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кочегарова И.М.

ГБОУ ВПО РязГМУ МЗ РФ, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФДПО, Рязань

Актуальность. Особенности функционирования учреждений здравоохранения обуславливаются, прежде всего, состоянием современной системы здравоохранения как индустрии, сектора экономики в рамках общенациональной экономической системы.

Эффективная работа учреждений здравоохранения находит свое отражение не только в самой системе здравоохранения, но и в других сферах народного хозяйства. Общество несет не только социальные, но и прямые экономические потери от заболеваний и преждевременной смерти трудоспособного населения.

Цель исследования. В целях определения путей совершенствования медицинской помощи взрослому населению нами проводилось исследование, позволяющее учесть мнение работающих относительно состояния своего здоровья, условий жизни и качества оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 100 человек, проживающих на территории Рязанской области, из них было опрошено 55 мужчин и 45 женщин, в возрасте от 19 до 60 лет и старше. Анкеты для проведения исследования разрабатывались на кафедре. Анкетирование было анонимным, проводилось с октября по декабрь 2014 г.

Исследуемые оценивали состояние собственного здоровья по следующей шкале: «хорошее», «скорее хорошее, чем плохое», «скорее плохое, чем хорошее», «плохое». Как «хорошее» его оценили 33,0%, «скорее хорошее, чем плохое» - 57,0% врачей, «скорее плохое, чем хорошее» - 10,0%, «плохое» - 0%.

Важно отметить, что оценка собственного здоровья врачами-мужчинами выше, чем врачами-женщинами. Мужчины чаще женщин характеризуют состояние собственного здоровья как хорошее.

Результаты. Полученные данные позволяют предположить, что большинство респондентов довольны собственным здоровьем. Субъективная оценка качества оказания медицинской помощи по результатам опроса выявила удовлетворение качеством медицинской помощи (62%), как хорошее – 16% и как низкое – 22%.

Основная часть анкетированных ответили, что все-таки обращаются за медицинской помощью в различные медицинские организации, но вместе с тем, работники, непосредственно занятые в сфере здравоохранения, предпочитают не обращаться к врачу при появлении первых симптомов заболевания.

При этом 69,0% опрошенных судят о состоянии собственного здоровья на основании своего самочувствия (65,5% мужчин и 73,3% женщин).

Несмотря на широкое распространение коммерческих медицинских организаций, большинство респондентов все же обращаются за медицинской



помощью в поликлинику по месту жительства – 34,4%, оценивая качество получаемой медицинской помощи в ней на удовлетворительном уровне, другая часть предпочитают обращаться за медицинской помощью к знакомым врачам – 28,5% и только 25% в частные медицинские организации. Чаще в 1,6 раза пытаются вылечиться самостоятельно респонденты женского пола.

Основной причиной обращения в поликлинику, как и раньше, остается требования работодателя предоставить листок нетрудоспособности.

Учитывая, что в настоящее время в свободной продаже аптечными учреждениями представлен достаточно большой арсенал лекарственных средств, как оригинальных препаратов, так и дженериков, значительная часть анкетированных все же выполняют назначения врача частично, по причине нехватки денежных средств и только 5% выполняют назначения врача полностью..

Кроме того, респондентами было отмечено негативное отношение к участию в профилактических медицинских осмотрах – 88%, так как основная часть опрошенных считает их проведение формальностью, не приносящей желаемых результатов. В основном 69,7(%) посещают лечебно-профилактические учреждения в целях профилактики заболеваний один раз в год. При чем женщины это делают в 1,2 раза чаще.

Выводы. Подводя итоги полученных результатов нашего исследования, можно отметить, что, несмотря на наличие положительной оценки состояния собственного здоровья анкетированными, нами был выявлен ряд проблем, требующих решения на государственном уровне – повышение доступности и качества медицинской и лекарственной помощи, социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья, стимулирование медицинской активности и повышение заинтересованности в профилактических мероприятиях среди взрослого населения.

Главным и бесспорным итогом государственной политики в здравоохранении за последние десять лет стало усиление внимания власти к проблемам охраны здоровья и весомое увеличение государственных расходов на здравоохранение.

Но эффективность этих затрат, похоже, невелика. Изменения в доступности бесплатной медицинской помощи и ее качестве мало ощутимы. В последние годы смертность населения стала сокращаться, но ее общий уровень в полтора раза выше, чем в европейских странах. А показатели общей заболеваемости продолжают расти.

В настоящее время государство заметно активизировало политику в сфере здравоохранения, но все же очевидно, что принимаемых мер, недостаточно для решения накопившихся проблем.

Негативные показатели уровня здоровья населения, его слабая защита от рисков, связанных с затратами на лечение в случае заболеваний, неравенство в доступности медицинской помощи между различными социальными и территориальными группами, низкая эффективность системы здравоохранения в целом - решение этих проблем невозможно без масштабных преобразований в организации и финансировании отрасли.



МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ АДАПТАЦИОННЫХ СТРАТЕГИЙ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Кузьмин В. П.

КГМУ, кафедра социальной работы, Курск

Любая трансформация (изменения) общественного развития актуализирует проблему адаптации. Данная проблема имеет не только актуальное, но и универсальное значение. Если в стабильном обществе масштаб адаптации ограничен рамками социализационного процесса, то в обществе переходного периода эта проблема затрагивает практически все слои населения, социальные институты и управленческие структуры.

Особенно остро проблема адаптации стоит перед людьми с ограниченными возможностями. Реформы 90-х годов прошлого века оказались для них слишком напряжёнными.

Вопросы, связанные с проблемой адаптации лиц с ограниченными возможностями, в отечественной литературе по социологии до последних лет не освещались и даже не ставились. Гораздо больше публикаций, посвящённых другим вопросам темы адаптации. Философские проблемы адаптации ставятся и освещаются в работах И. Калайкова, Г.И. Царегородцева. Особое внимание уделено ими анализу понятия «социальная адаптация».

Специфика, структура и форма адаптации как социального явления анализируется в работах И.А. Милославовой, В.А.Тамарина.

Более активно проводились исследования адаптации в контексте проблем развития личности, её социализации.

Интенсивно ведётся разработка психологических и социально-психологических проблем адаптации (работы Ф. Б. Березина, С. А. Шапкина, Л. Г. Дикой).

В связи с происходящим в стране социально-экономическими преобразованиями интерес исследователей стал перемещаться на социокультурные проблемы адаптации.

С введением новой специальности «социальная работа» возникли вопросы, связанные с адаптационными проблемами людей с ограниченными возможностями.

Человек как часть природы унаследовал приспособительные функции. Благодаря адаптационным процессам достигается сохранение гомеостаза при взаимодействии организма и среды. Поскольку организм и среда находятся в динамическом равновесии, их соотношение меняется постоянно и, следовательно осуществляются различные процессы адаптации.

Впервые термин «адаптация» был введен немецким физиологом Г. Хубертом в 1865 г. для характеристики явления приспособления органа зрения (или органа слуха), вырабатывающегося при повышении или понижении его чувствительности к действию раздражителя. Ныне понятия «адаптация» используется во многих науках - биологии, философии, социологии, социальной работы, социальной психологии, экологии и других. [7]

Ф. Энгельс в «Диалектике природы писал: «... Теория развития показывает, как начиная с простейшей клетки, каждый шаг вперед до наисложнейшего растения, с одной стороны, до человека, с другой, совершается через постоянную борьбу наследственности и приспособления». [4]

Выдающийся русский мыслитель и врач А. А. Богданов в своих работах рассматривал процессы приспособляемости организма к среде, отмечая, что организм жизнеспособен в данной среде и по отношению к ней, и далее «нужно учесть не только приспособленность организма к той среде, какая есть, но и его



приспособляемость к тому, что в ней меняется, это даёт меру того, насколько он жизнеспособен динамически». [1]

В настоящее время всё большее внимание привлекает не просто адаптация человека, а его социальная адаптация, т. е. адаптация к социальной среде.

Главная задача адаптационного процесса-выживания человека. Нарушение равновесия между организмом человека и его сознанием, а также с окружающей средой приводит к необратимым изменениям, как самого индивида, так и природы. Уровни взаимоотношения личности с окружающим миром различны. Поэтому необходимо найти оптимальные, гармоничные механизмы адаптации человеческого организма с индивидуально-личностными сторонами и потребностями, нуждами социального обустройства с окружающей средой. [4]

Особенно это актуально для людей с ограниченными возможностями. С развитием цивилизации, по словам А. Богданова, ее условия в значительном большинстве действуют в сторону укорочения жизни: «... отрыв от природы вообще, спертый воздух жилищ, не естественная напряженная жизнь, нарушающая равновесие мозга с другими органами, питание, не приспособляемое планомерно к этой возрастающей напряженности жизни, «табак, наркотики, скопление микробов в городах и селах, и т.д. [1] Но у человека, живущего в таких условиях не исчезают приспособительные функции, и появляются новые, социальные способы и средства адаптации.

Биологическое, физиологическое, психическое и социальное развитие человека взаимосвязаны и взаимообуславливают друг друга, которые постоянно обогащаются и изменяются посредством деятельности человека. Поэтому адаптационные процессы - это многоаспектные проблемы. [2]

Анализ литературы дает основания для вывода о различных методологических подходах к определению понятия «социальная адаптация». Социализация человека органично связана с социальной адаптацией. Но имеется различие, которое состоит в том, с чем процесс социализации идет эволюционным путем, а механизм социальной адаптации носит более быстрый характер, когда необходимо в относительно короткий период временно активно устранить или усвоить (для лиц с ограниченными возможностями) создавшиеся социальные прецеденты.

В 2014 году нами было проведено социологическое исследование по изучению уровня социальной адаптации инвалидов. Было опрошено методами интервью, анкетирования 425 респондентов (инвалиды по зрению). Главным параметром нашего исследования являлось «социальное состояние» человека в условиях инвалидности и тенденции его изменения в результате проводимых социально-экономических реформ.

Общее социальное состояние инвалидов связано, прежде всего, с их адаптированностью или неадаптированностью к новым условиям жизни. Социальная адаптированность имеет две стороны — объективную и субъективную. Объективная сторона — выражает реальное состояние адаптированности; субъективная сторона — восприятие и оценку человеком собственной адаптированности.

Социальная адаптация – это не только приспособление субъекта к среде, но и среды к субъекту. Эти две стороны социальной адаптации тесно взаимосвязаны. Приспособление среды к субъекту возможны на основе или посредством приспособления самого субъекта к требованиям внешней среды. В одном случае социальная адаптация ограничивается приспособлением к требованиям внешней среды (нормативно- функциональная адаптация). В другом – приспособление субъекта к среде становится основой, предпосылкой приспособления самой среды к



субъекту (деятельностно – инновационная адаптация) с определением собственного состояния). [7]

Для целей нашего исследования ближе деятельностно- инновационная концепция социальной адаптации.

Развитию всех механизмов социальной адаптации способствуют взаимодействие многих составляющих – это и объективные социальные условия (происхождение, образование); условия непосредственной среды обитания (семья, школа, трудовой коллектив, неформальное окружение) и, конечно, сама личность.

Нами выделено четыре категории инвалидов по критерию «самооценка уровня социальной адаптированности»:

1. Приспособленные (адаптированные).
2. Недостаточно приспособленные (недостаточно адаптированные).
3. Неприспособленные (неадаптированные).
4. Индифферентные (затрудняющиеся с определением собственного состояния).

Результаты исследования показали, что большинство респондентов являются недостаточно приспособленными к новым условиям (42,04%), 27,88% — неадаптированными, 7,4% — индифферентными и только 22,65% инвалидов считают себя адаптированными.

Уровни социальной адаптированности лиц с ограниченными возможностями связаны с их типологическими особенностями:

Адаптированные инвалиды. Чувство адаптированности в равной мере присуще мужчинам и женщинам. Более выражено оно у лиц в возрасте с от 20—29 лет; имеющих высшее образование.

Недостаточно адаптированные инвалиды. Их сравнительно больше среди мужчин, лиц в возрастной группе от 30 до 39 лет, имеющих среднее специальное и высшее образование.

Неадаптированные инвалиды. Их больше среди женщин в возрасте старше 60 лет, с невысоким образовательным уровнем.

Индифферентные инвалиды. Данная категория людей с ограниченными возможностями здоровья встречается сравнительно чаще среди мужчин; лиц в возрасте до 20 лет; с невысоким образовательным уровнем.

Оценку уровня социальной адаптированности следует дополнить признаками социальной депривации инвалидов, характеризующими их объективное положение. Социальная депривация — это те ущемления, которые испытывают инвалиды. Нами выявлено, что значительной части опрошенных мешает жить благополучно, быть счастливым низкий размер пенсии (52,07%), ухудшение здоровья (35,01%), увеличение цен на товары повседневного и длительного пользования (21,66%), отсутствие социальной защиты (20,78%), плохие жилищные условия (16,84%).

Одним из важных показателей социальной адаптированности человека является характер чувств, испытываемых им перед будущим. Эти чувства можно расположить в порядке нарастания их положительной значимости: страх – тревога – неопределённость – безразличие – спокойствие – оптимизм. Первые три чувства выражают по убывающей зависимости состояние социальной дезадаптированности, вторые три чувства по нарастающей зависимости состояние социальной адаптированности. [3]

Опрошенные нами инвалиды испытывают перед будущим (в % к числу опрошенных): страх-13,12%, тревогу -14,87%, неопределенность -30,41%, безразличие -7,439%, спокойствие - 10,94%, оптимизм - 10,72%, затруднились ответить - 12,47%.



В эмоционально-чувственном состоянии людей с ограниченными возможностями преобладают отрицательные чувства (58% опрошенных). При этом, 28% респондентов можно отнести к категории неадаптированных, 38% - недостаточно адаптированных, 21,66% - адаптированных.

Другим показателем социальной адаптации, является наличие у человека с ограниченными возможностями «жизненных затруднений». Это понятие включает в себя следующие компоненты: 1) давление внешних обстоятельств, не поддающихся индивидуальному контролю, нарушающих привычный жизненный уклад индивида; 2) множественные потери, ставящие под угрозу социальное и экономическое благополучие индивида; 3) сильные негативные переживания, ухудшающие социальное самочувствие индивида. [5]

Влияние трудностей на жизнедеятельность людей с ограниченными возможностями здоровья мы рассмотрим на примере исследования проведенного кафедрой социальной работы Курского государственного медицинского университета в 2014 году. Опрошено 598 респондентов. Использовалась методика изучения жизненных затруднений в контексте душевного благополучия человека, разработанная Н.С. Степашовым. [6]

В начале исследования мы попытались изучить содержание жизненных затруднений. Оно определяется контактом человека с качественно определенными трудностями, свойственными жизнедеятельности различных социальных групп. Трудности разграничивают на: 1) аномальные; 2) проблемные; 3) повседневные. Было выделено 7 основных видов аномальных трудностей, которые могут вызывать переживания у человека: 1) катастрофы; 2) наводнения; 3) пожар; 4) болезнь; 5) травмы; 6) инвалидность; 7) терроризм.

На вопрос: «Какие жизненные трудности могут вызвать у Вас наибольшие затруднения?» были получены следующие ответы (см. таблицу 1)

Таблица 1

**Аномальные трудности, вызывающие переживания
(в % к числу опрошенных)**

№	Вид трудности	Да	Скорее да, чем нет	Нет	Скорее нет, чем да
1	Катастрофа	37,79	32,44	19,06	10,7
2	Наводнение	29,93	29,93	29,26	10,87
3	Пожар	41,47	42,31	9,87	6,35
4	Болезнь	67,56	27,76	4,68	0,01
5	Травмы	56,35	36,29	4,18	3,18
6	Инвалидность	72,07	24,41	3,51	0,01
7	Терроризм	43,48	28,93	19,23	11,54

Таблица 1 показывает, что подавляющее большинство респондентов испытывают затруднения в результате инвалидности, болезни, травм. Многие переживают из-за угроз терроризма, катастроф, пожара. Менее всего, опрошенных беспокоят наводнения.

Переживание жизненных трудностей зависит от пола. Так, женщины больше испытывают затруднения из-за болезни (69,58%), инвалидности (77,35%), угрозы терроризма (56,96%), наводнения (40,45%), мужчины более всего реагируют на угрозу возникновения пожара (45,67%), катастрофы (41,87%), получение травмы (61,25%).



Среди проблемных трудностей мы выделили: 1) критическую ситуацию; 2) стрессовые ситуации; 3) состояние риска; 4) жизненный кризис; 5) бедность; 6) негативные жизненные события. В соответствии с этими критериями мы получили следующие ответы (см. таблицу 2).

Таблица 2

**Проблемные трудности, вызывающие переживания
(в % к числу опрошенных)**

№	Вид трудности	Да	Скорее да, чем нет	Нет	Скорее нет, чем да
1	Критические ситуации	30,9	42,64	14,05	12,37
2	Стрессовые ситуации	23,08	60,20	15,05	3,34
3	Состояние риска	36,29	32,27	17,73	13,71
4	Жизненный кризис	41,81	46,15	8,86	3,18
5	Бедность	70,23	26,09	3,68	0,01
6	Негативные жизненные события	44,82	43,31	8,70	3,18

Из таблицы 2 видно, что для большинства респондентов затруднение вызывает бедность. Многие опрошенные сильно переживают из-за возникающих негативных жизненных событий, кризиса, состояния риска. Менее всего, трудности возникают в результате критических и стрессовых ситуаций. Женщины более чувствительны к возникающим проблемным трудностям, чем мужчины.

При исследовании повседневных трудностей, мы получили следующие результаты (см. таблицу 3).

Таблица 3

**Повседневные трудности, вызывающие переживания
(в % к числу опрошенных)**

№	Вид трудности	Да	Скорее да, чем нет	Нет	Скорее нет, чем да
1	Нежелательные по времени события	49,16	19,73	15,22	15,7
2	Неопределенность положения	26,25	43,48	20,07	10,20
3	Ситуация выбора	28,93	39,13	26,09	5,85
4	Ситуация сомнения	23,58	46,49	27,26	2,68
5	Трудности общения	36,96	37,29	17,73	9,70
6	Влияние далеких расстояний	38,13	18,73	26,09	17,06
7	Сдача экзаменов	10,54	5,52	80,43	3,51
8	Защита диссертации	0,01	6,01	87,46	6,52
9	Недостаток времени	24,25	11,37	44,15	20,23
10	Наличие проблем, которые требуют помощи в решении	35,79	37,12	12,37	14,72
11	Наличие жизненных задач, которые надо решать самому	48,33	27,09	9,70	14,88

Данные таблицы 3 свидетельствуют, что повседневные трудности больше всего вызывают нежелательные по времени события и наличие жизненных задач, которые надо решать самому. Многие респонденты переживают из-за трудности общения, влияния далеких расстояний, наличия жизненных проблем, которые



требуют помощи в решении, ситуации выбора, неопределенности положения, ситуации сомнения.

Основными механизмами социальной адаптации к жизненным трудностям являются техники преодоления затруднений. Нами было выявлено, что большинство респондентов для преодоления затруднений используют техники:

- 1) стараются искать социальную поддержку, ищут нужную информацию чтобы получить материальную и эмоциональную помощь (60,7%);
- 2) стремятся решать проблему организационно, прорабатывают план действий (58,19%);
- 3) стараются контролировать свои чувства и действия (55,69%);
- 4) принимают на себя ответственность и пытаются не повторять ошибок (46,15%);
- 5) пробуют укрепить физическое и психическое здоровье (41,47%);
- 6) пытаются в возникшей трудности увидеть позитивный смысл для себя, что облегчает её преодоление (32,11%);
- 7) прилагают усилия, чтобы отделить себя от проблемы, забыть её (18,06%);
- 8) проявляют агрессивные усилия по изменению ситуации (15,05%);
- 9) стремятся возложить ответственность за возникшие трудности на других (11,04%).

В условиях социально-экономических изменений в Российской Федерации опрошенные инвалиды предлагают проведение первоочередных мероприятий для формирования их позитивной адаптации.

Во-первых, добиваться снижения уровня безработицы, дать работу людям с ограниченными возможностями (42,79%). Во-вторых, обеспечить реальную адресную помощь социально-незащищённым гражданам (29,04 %). В-третьих, бороться с чиновничьим рэкетом (34,58%) В-четвертых, реализовать принцип сильной власти (20,04%). В-пятых, более результативно бороться с коррупцией (10,09%).

Таким образом, концепция социальной адаптации позволяет выявить динамику индивидуального поведения в трудных жизненных обстоятельствах, акцентируя внимание на внутренних ресурсах человека с ограниченными возможностями здоровья. Инвалиды невысоко оценивают свой уровень социальной адаптированности, проявляющийся, прежде всего, отрицательным эмоционально-чувственным состоянием и плохим материальным положением. Стратегия социальной адаптации к жизненным трудностям зависит от её вида (аномальной, проблемной, повседневной). Большинство людей с ограниченными возможностями здоровья решают свои проблемы, используя одну или несколько техник преодоления затруднений: достижение, приспособление, защитные, избегающие, агрессивные.

Литература:

1. А. Богданов Борьба за жизнеспособность. М.,1927.- 159 с.
2. Кузнецов П. С. Адаптация как функция развития личности. – Саратов: Издательство Саратов. гос. университета, 1991.- 245 с.
3. Кузьмин В.П., Степашов Н.С. Регуляция жизненных затруднений незрячего населения. Курск: КГМУ. 2004.- 160 с.
4. Маркс К., Энгельс Ф. Соч. т.20. с.565.
5. Степашов Н.С. Феномен жизненных затруднений. Курск: КГМУ. 2002.-135 с.
6. Степашов Н.С., Бердникова Т.В., Кузьмин В.П. Дифференциация жизненных затруднений уязвимых слоев населения: эмпирический анализ субъективности. Курск: КГМУ, 2009. - 260 с.



7. Струк Е.Н. Социальная адаптация к инновационным изменениям в современном обществе. / Вестник МГУ. Сер. 18. Социология и политология. 2007. №2. С. 119-130.

ВЛИЯНИЕ МАССОВОЙ КУЛЬТУРЫ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Кукконен Е.В.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра социально-гуманитарных наук, экономики и права, Санкт-Петербург

Актуальность. В настоящее время улучшение качества жизни является приоритетом для всего мирового сообщества, в том числе и для России. Качество жизни достаточно широкое понятие и обычно в него вкладывают социально-экономический смысл. Однако представляется, что оно намного шире и в обязательном порядке включает себя культурную составляющую. Любые социальные и экономические реформы будут неэффективными без полноценного удовлетворения культурных потребностей населения. Чтобы осуществить эти преобразования государственные и политические деятели так же должны иметь достаточный культурный уровень.

Переход к постиндустриальному обществу сопровождается все большим вниманием к нематериальным аспектам качества жизни при обеспеченности таковыми. Но следует учитывать, что рост материального благосостояния отнюдь не означает роста культурных потребностей. Можно выделить следующие параметры, характеризующие качество жизни в сфере культуры:

- Культурные потребности населения и возможности их удовлетворения;
- Численность занимающихся в различных кружках, секциях, на курсах;
- Доля классической литературы в общем объеме книжной продукции;
- Степень распространённости и влияния на жизнь социума общественных культурных организаций и движений;
- Доля населения, ориентированного на осмысленное достижение высших духовных ценностей, добра, счастья и т.д.;
- Распространённость на уровне межличностного общения таких качеств, как честность, бескорыстие, доброжелательность и т.п.;
- Распространённость на личностном уровне идеалов общественной пользы, трудолюбия, патриотизма.

Таким образом, очевидна теснейшая связь качества жизни не только с экономикой, но и с культурой. Ведь во многом именно культура определяет качество жизни людей и оказывает существенное влияние на социально-экономические процессы.

Материалы и методы. Материалами для исследования послужила научная литература, личные наблюдения, произведения массовой культуры. В ходе исследования применялись следующие методы: анализ научной литературы, сравнение и синтез полученных данных, наблюдение.

Поскольку важнейшим индикатором качества жизни в XXI веке выступает качество культуры, то необходимо рассмотреть феномен массовой культуры. Зародившись еще в XVII-XVIII вв. массовая культура достигла своего развития именно в наше время благодаря появлению СМИ. В общем и целом под массовой культурой понимается совокупность явлений культуры XX-XXI вв. и особенности производства культурных ценностей в современном обществе.

Можно выделить несколько причин, поспособствовавших появлению массовой культуры. Во-первых, это повышение уровня образованности. В XX веке практически



все слои населения становятся грамотными и элементарно умеют читать и писать. Так, большое влияние на развитие массовой культуры оказал принятый в 1870 г. в Великобритании закон об обязательной всеобщей грамотности, позволивший многим освоить главный вид художественного творчества XIX века – роман. В нашей стране всеобщая грамотность населения достигается после революции 1917 года.

Во-вторых, распространению массовой культуры способствует увеличение заработной платы и повышение уровня жизни. Если раньше население можно было разделить на элиту (дворянство, аристократия) и бедняков (рабочие, крестьяне), то теперь формируется «средний класс», который становится стержнем жизни индустриального общества и является основным потребителем массовой культуры. К тому же заработная плата растет, и если прежде ее с трудом хватало на питание, то в XX веке появляется возможность приобретать газеты, журналы, книги, ходить в кино. То есть у людей появляются деньги не только на удовлетворение элементарных потребностей, но и на массовую культуру.

В-третьих, увеличивается время досуга. Вплоть до XX века продолжительность рабочего дня могла составлять 12-14 часов. Естественно, что после столь продолжительного рабочего дня у человека не оставалось ни времени, ни сил на восприятие массовой культуры. В XX веке рабочие, наконец, добились того, что продолжительность рабочего дня стала 8 часов. В результате появляется больше свободного времени, и все больше возникает потребность «убить время». На ее удовлетворение, естественно за деньги, и рассчитана массовая культура.

Развитию массовой культуры так же поспособствовали демократизация общества, развитие СМИ (телевидение, радио, газеты, журналы, интернет), коммерциализация всех общественных отношений.

Таким образом, мы видим что именно повышение качества жизни (увеличение заработной платы, повышение уровня образованности, сокращение рабочего дня, увеличение свободного времени) и поспособствовало развитию массовой культуры.

К массовой культуре в современном обществе можно отнести практически все жанры кинематографа (боевики, комедии, мелодрамы, триллеры, фантастика, фильмы ужасов, фильмы-катастрофы); популярную эстрадную музыку; гляцевые журналы, сериалы, различные ток-шоу; такие жанры литературы как детективы, любовные романы, фэнтези и пр. От массовой культуры невозможно спрятаться, она окружает нас на протяжении всей жизни, везде и повсюду: с экранов телевизоров и компьютеров, из динамиков музыкальных центров, с газетных лотков, с красочных афиш....

Несомненно, огромное влияние массовой культуры на человека, в том числе и на качество его жизни. Во-первых, массовая культура негативно влияет на умственные способности человека. Благодаря ей люди почти разучились думать и размышлять. Массовая культура рассчитана на «человека с улицы» со средним уровнем развития, она проста, иногда даже примитивна, ясна, понятна, доступна и не требует особых интеллектуальных усилий для своего восприятия. Массовая культура формирует особый тип эстетического восприятия (пассивный, некритический), она настраивает своего потребителя на некритическое восприятие, предлагает быть просто пассивным зрителем.

Во-вторых, массовая культура манипулирует людьми, внедряет в наше сознание определенные ценности и образ жизни. При этом массовая культура ориентируется не на реалистические образы, а на искусственно создаваемые образы и стереотипы. Например, популярности «профессии» бандита во многом поспособствовали такие культовые сериалы, как «Бригада» и «Бандитский



Петербург». В то же время такие профессии, как врач, учитель, библиотекарь и т.п. в массовой культуре не пропагандируются.

Человеческие отношения моделируются в произведениях массовой культуры в виде готовых игровых правил и ходов. В массовой культуре Золушка всегда находит своего принца, но реальность далеко не так радужна. Как мы видим, именно с помощью массовой культуры, можно манипулировать людьми, вкладывать в их голову нужные мысли, которые они не будут подвергать критическому осмыслению.

Массовая культура не только уводит нас от реальной жизни, но и сводит все ее многообразие к определенному набору проблем. Основные проблемы, судя по современной рекламе: карьеризм, импотенция, перхоть и критические дни. Для разрешения этих жизненно важных проблем мы должны купить и употребить предлагаемый товар. Глянцевые журналы добавляют к этому перечню целлюлит, морщины, похудение и т.д. Данные проблемы предполагают определенный образ жизни. Мы должны посещать спортклуб (чтобы похудеть), магазины (ведь это шопинг, возможность уподобить себя героиням сериалов и глянцевых журналов), салоны красоты, ходить на работу (но не потому, что она приносит пользу обществу, а потому что дает средства для посещения вышеперечисленных заведений) Наша жизнь должна уподобиться глянцевой картинке. Но в данную картинку не вписывается благотворительность, самопожертвование, помощь тяжелобольным родственникам, посещение церкви, болезнь, смерть, страдание, нищета. Жизнь по законам массовой культуры это жизнь для молодых, красивых, здоровых, успешных, преуспевающих. Массовая культура отодвигает в сторону семью, родину, церковь, армию и пр.

Данная установка формирует новое поколение со своими принципами и ценностями. По наблюдениям автора данной работы подавляющее большинство студентов выступает за эвтаназию, объясняя это тем, что жизнь это активность, встречи с друзьями, секс, развлечения, шопинг. При отсутствии вышеперечисленного они не видят смысла в жизни. Человек, формируемый массовой культурой, несет в себе новое понимание морали, права, нормы поведения и отклонения от нормы. Все это опирается на ценности индивидуализированного гедонизма. Императивом этой культуры и индивидуальным кредо ее носителей становится потакание своим желаниям, стремление к максимизации удовольствия и потребления. При невозможности получать удовольствия человек не видит смысла в своей жизни.

Особо следует отметить влияние массовой культуры на детей и подростков. Ценностные ориентации старшего поколения сформировались в советскую эпоху, когда качество жизни было гораздо ниже, но в то же время существенное внимание уделялось нравственному и патриотическому воспитанию. Люди советской эпохи не были заиклены на материальных ценностях (т.к. их попросту невозможно было достать) и больше стремились к нравственному и духовному развитию. В условиях жесткой цензуры выход любой новой книги, фильма становится событием в жизни общества.

Большая часть современной молодежи, скептически относясь к ценностям советской культуры, стала основным потребителем продуктов массовой культуры, создаваемых как за рубежом, так и в нашей стране. Опасность состоит в том, что они еще не сформировались как личность, не имеют четкого, устоявшегося мировоззрения и в наибольшей степени подвержены негативному влиянию массовой культуры. Она воздействует на неокрепшую психику и зачастую может ее расстроить. Ребенок становится раздражительным, агрессивным, начинает испытывать необоснованные страхи. При ранней физиологической зрелости, духовное созревание детей и подростков, предполагающее подлинное познание и



ответственность за свои поступки и за свою жизнь, наступает всё позднее. А в эпоху, когда широкий поток чужого опыта и анонимного знания захлестывает человека задолго до появления собственного, жизнь грозит превратиться в какой-то мираж, где утеряны всякие ориентиры.

Психологами отмечено, что насилие, лавиной обрушивающееся с экрана, становится нормой значительной части молодежной аудитории. Фильмы ужасов, полные насилия и жестокости боевики прививают определенное отношение к жизни. Известны случаи, когда жестокие убийства совершались по сценарию того или иного фильма. Телевидение кодирует поведение ребенка или подростка - заставляет его жить по законам экранного мира, навязывает определенные вкусы и интересы, моделирует поведение ребенка. Показывая насилие даже в мультиках, оно учит презирать слабого, навязывает не только особый образ жизни, но даже особую манеру общения. Идеалом для российских школьников становятся герои массовой культуры.

Отсутствие цензуры в СМИ так же сыграло свою негативную роль. Если в СССР «секса не было», то сейчас на головы и сознание детей вдруг падает то, что раньше медленно открывалось вследствие определенной инициации (посвящение человека в данную сферу). Юношу и девушку специально готовили к соответствующей роли. И вдруг разрываются все завесы над тайной. Массовая культура обнажила сексуальную тематику лишила тайны, сделала общедоступными темы, ранее закрытые в большинстве традиционных культур. Эротизация СМИ выражается также в пропагандировании значения секса, которому придается статус успеха, благополучия, здоровья, наконец, смысла жизни. Массовая культура призывает нас соблазнить партнера, не бояться своих желаний. В СМИ секс подменил любовь, не пояснив разницу. При этом недостаточно говорится о последствиях случайных связей: беременности и заболеваний, предающихся половым путем. Человеческая сексуальность обесценивается, если ее используют лишь как простое средство для получения удовольствия. Все это приводит к тому, что юноши и девушки оказываются сориентированными не на истинную любовь, не на ценности семьи, а на «сексапильность», «безопасный секс» и гомосексуальные отношения. Легко переступив грань целомудрия, молодые люди оказываются психологически готовы переступить другие грани.

Опасность влияния массовой культуры на качество жизни заключается и в том, что нравственные ценности подменяются ценностями материальными. Именно машины, квартиры, коттеджи, бриллианты становятся мерилем уважения, а не душевные качества и интеллектуальные способности человека. У современной молодежи могут не вызывать уважения нищие учителя, говорящие о вечных ценностях. Человек будет считаться никчемным, неполноценным, если он не обладает определенным уровнем материального благополучия. «Если ты такой умный, то почему такой бедный!» - циничная фраза героев современных фильмов.

Однако, нельзя забывать и о позитивном влиянии массовой культуры. В динамичном мире, когда человек то и дело находится в состоянии психической напряженности, а то и стресса или депрессии массовая культура является своего рода «отдушиной». Она помогает человеку расслабиться, отдохнуть, уйти от повседневного мира полного проблем в мир прекрасных грез, обрести душевное равновесие и покой. Таким образом, благодаря массовой культуре существование человека становится более комфортным, что является показателем качества жизни.

Массовая культура это не просто вульгаризация и тривиализация подлинных ценностей, это еще и демократизация культуры, которая делает высокие ценности доступными для массового человека. Велика и познавательная функция. Массовая



культура связала человека с миром в целом. Она дала человеку возможность узнать то, чего он, ограниченный физическими условиями пространства и времени, ни при каких обстоятельствах не мог знать раньше. Таким образом, влияние массовой культуры на качество жизни человека весьма противоречиво.

Полученные результаты. Итак, влияние массовой потребительской культуры приводит к формированию и распространению в глобальном масштабе особого типа – «человека-потребителя». Это человек с не критичным и несамостоятельным мышлением, восприятие и осмысление окружающей действительности которым носит прагматизированный и утилитарный характер. Мироззрение такого потребителя носит фрагментарный характер, отсутствуют стойкие убеждения не утилитарного типа.

В настоящее время мы можем видеть моральный кризис тех обществ, где потребительские ценности массовой культуры получают распространение. Симптомы этого кризиса многочисленны. Одно из проявлений - неуклонный рост преступности, в том числе, - увеличение доли несовершеннолетних преступников. В числе других симптомов можно отметить рост числа самоубийств, распространение идеологии сексуальной вседозволенности и рост потребления наркотиков и алкоголя. Что характерно, лидерами этих процессов выступают наиболее богатые потребительские общества Америки и Европы. Аналогичные процессы затрагивают и российское общество.

Заключение. Массовая потребительская культура, представляет собой неустранимое условие существования и развития формирующегося глобального общества. В то же время, ценности и установки, несомые этой культурой оказывают деструктивное влияние на человеческую личность. На наш взгляд следует постараться свести к минимуму негативные аспекты массовой культуры и акцентировать внимание на ее положительных моментах. Конечно, иронические детективы помогут нам скоротать время в метро или в очереди, но восприятие таких произведений не должно быть самоцелью.

Многое зависит и от воспитания в семье. Родителям следует внимательно относиться к тому, какие телевизионные программы смотрят их дети, в какие компьютерные игры играют, какие журналы читают. Однако, учитывая тот факт, что средства массовой информации окружают нас повсюду и не могут поддаваться жесткому контролю со стороны родителей, одним из методов фильтрации поступающей информации является развитие у подростков и молодежи способностей правильно ее анализировать и оценивать. Необходима и определенная государственная политика, цензура. Следует увеличить на телеканалах количество познавательных, образовательных программ.

Говоря о средствах, которыми можно защитить от вредных впечатлений чувства молодого поколения, необходимо упомянуть природу. Это отличное противоядие от влияния отравляющей тело и душу машинной цивилизации. Важно и то, что через общение с природой подросток учится познавать и любить свою Родину. Абстрактными разговорами на эту тему вряд ли можно воспитать чувства. Тем более что на наших глазах происходит принудительная американизация всей нашей жизни - на общественном и на бытовом уровне. Современная молодежь начинает стыдиться того, что они русские или украинцы, и с завистью смотрят на Запад. Родители порой не придают этому должного значения, полагая, что патриотическое воспитание - пережиток советской эпохи.

Хорошим противоядием от пошлости массовой культуры может стать элитарная культура. Но необходимо обращение именно к классической элитарной культуре, а не ее трансформациям, которые становятся столь популярны в последнее



время. Серьезная классическая музыка, классическая литература, посещение филармонии, театров, музеев, картинных галерей – все это поможет снизить деструктивное влияние массовой культуры на человека.

Хотелось бы верить, что доминирование культуры потребительства, стремление исключительно к материальному благополучию, игнорирование духовных ценностей постепенно уходят в прошлое. А с ними и традиционные интерпретации качества жизни как простой совокупности условий существования человека, как уровня потребления, степени удовлетворения его потребностей.

К ВОПРОСУ О СТРУКТУРИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЕСОХРАНЯЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Кулемзина Т.В., Красножон С.В., Криволап Н.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк

Актуальность. За последние годы развития в российском здравоохранении значительно усилилась профилактическая направленность: были открыты центры здоровья, увеличилось число отделений (кабинетов) медицинской профилактики, была детально структурирована система диспансеризации, возвращен ее территориальный принцип [3,4].

Мировой опыт борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) свидетельствует о высокой эффективности программ профилактики, адаптированных к местным условиям, базирующихся как на популяционной стратегии, так и стратегии высокого риска[2,3,6].

Профилактическое направление занимает первое место в списке главных приоритетных действий в «Стратегия-2020: Новая модель роста – новая социальная политика», реализация которых будет иметь ключевое значение для формирования системы здравоохранения в предстоящее десятилетие. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» также определяет направление профилактики ХНИЗ как приоритетное. Причем, речь идет именно о первичной или превентивной профилактике, при которой проводится комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение отклонений в состоянии здоровья и развития заболеваний. Реализация этих мероприятий направлена на достижение пациентом физического и психического благополучия и, при соблюдении ряда других условий (социальное благополучие и самореализация), способствует улучшению качества жизни пациента[4,6,9].

Таким образом, поведение программ профилактической направленности с участием отделений медицинской профилактики, центров здоровья и других структурных подразделений учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, укрепление межсекторального взаимодействия со средствами массовой информации, страховыми компаниями и работодателями в долгосрочной перспективе позволят добиться улучшения показателей здоровья населения[1,4,6].

Материалы и методы. В последние годы в медицинской литературе широко обсуждается необходимость внедрения в лечебную практику принципов интегральной медицины, в основе которой лежит системный подход к здоровью и процессу лечения болезней [7].

Пониманию человека как единого целого можно рассматривать с помощью системного подхода, который является научным аналогом принципа целостности или холизма. Человек – это триединая система с пирамидальным принципом строения. На вершине находятся высшие ценности, задачи, смысл жизни человека. В пирамиде



выделяют три уровня – нижний, телесный, средний – психологический и верхний – духовный. Решающим элементом, который определяет режим деятельности всей системы, является вершина. Пирамидальная система имеет свои принципы организации, которые обеспечивают ее динамическую стойкость:

- Осознание цели, смысла жизни. Цель является фактором, который выстраивает систему, а без ее осознания порядок в системе невозможен;
- Оптимизация состояния психики;
- Оптимизация энергетического статуса (состояния витальных энергий);
- Оздоровление физического тела.

На принципе иерархии базируется современная система немедикаментозной психосоматической гармонизации, которая позволяет оздоравливать и одновременно развивать человека и раскрывать его потенциал [8].

Полученные результаты. Механизмы саногенеза и его нарушений требуют особого подхода, который отличается от стандартного в патологической физиологии. А.С. Медведев (2010) считает, что в рамках предлагаемой методологии точками приложения реабилитационных усилий могут быть следующие состояния: донозологические и преморбидные (превентивная реабилитация), постнозологические (вторичная реабилитация) и декомпенсационные (лечение и третичная реабилитация).

То есть можно выделить три уровня реабилитации: донозологический (превентивный), постнозологический и компенсационный. Превентивная реабилитация предполагает проведение мероприятий, направленных на повышение качества и увеличение количества здоровья [2,5].

Становится очевидным, что использование оздоровительных программ и здоровьесохраняющих технологий на данном уровне реабилитации должно привести к снижению уровня заболеваемости в различных слоях населения [14].

Поэтому для повышения эффективности реабилитационного процесса на всех трех уровнях следует использовать комплексный подход к реализации здоровьесберегающих мероприятий. Данный подход изображен на диаграмме (рис.1).

При назначении фармакологических средств для ускорения процессов восстановления необходима уверенность в полной безвредности препаратов, отсутствии у них побочных эффектов.

Нельзя при этом пренебрегать кумулятивными свойствами некоторых препаратов, их несовместимостью, и, наоборот, суммированием с действием других препаратов. Недопустимо длительное применение лекарственных средств в связи с постепенным привыканием к ним организма и увеличением вероятности побочного действия.

Каждый из немедикаментозных методов лечения (рефлексотерапия, гирудотерапия, мануальные техники, массаж, гомеопатия, и гомотоксикология, фитотерапия) имеет характерные черты, показания и противопоказания к применению.

Безусловно, для наиболее полного освоения этих методов существуют специальные курсы повышения квалификации, которые позволяют врачу в дальнейшем совершенствовать свои знания и навыки [8].

Детальный анализ методов, отнесенных к немедикаментозным, определения их возможностей и места приложения в системе здравоохранения доказал, что для применения этих методов используются данные общепринятых клинических исследований и обследований. Но трактовка полученных данных отличается от трактовки таковых в традиционной медицине [12].



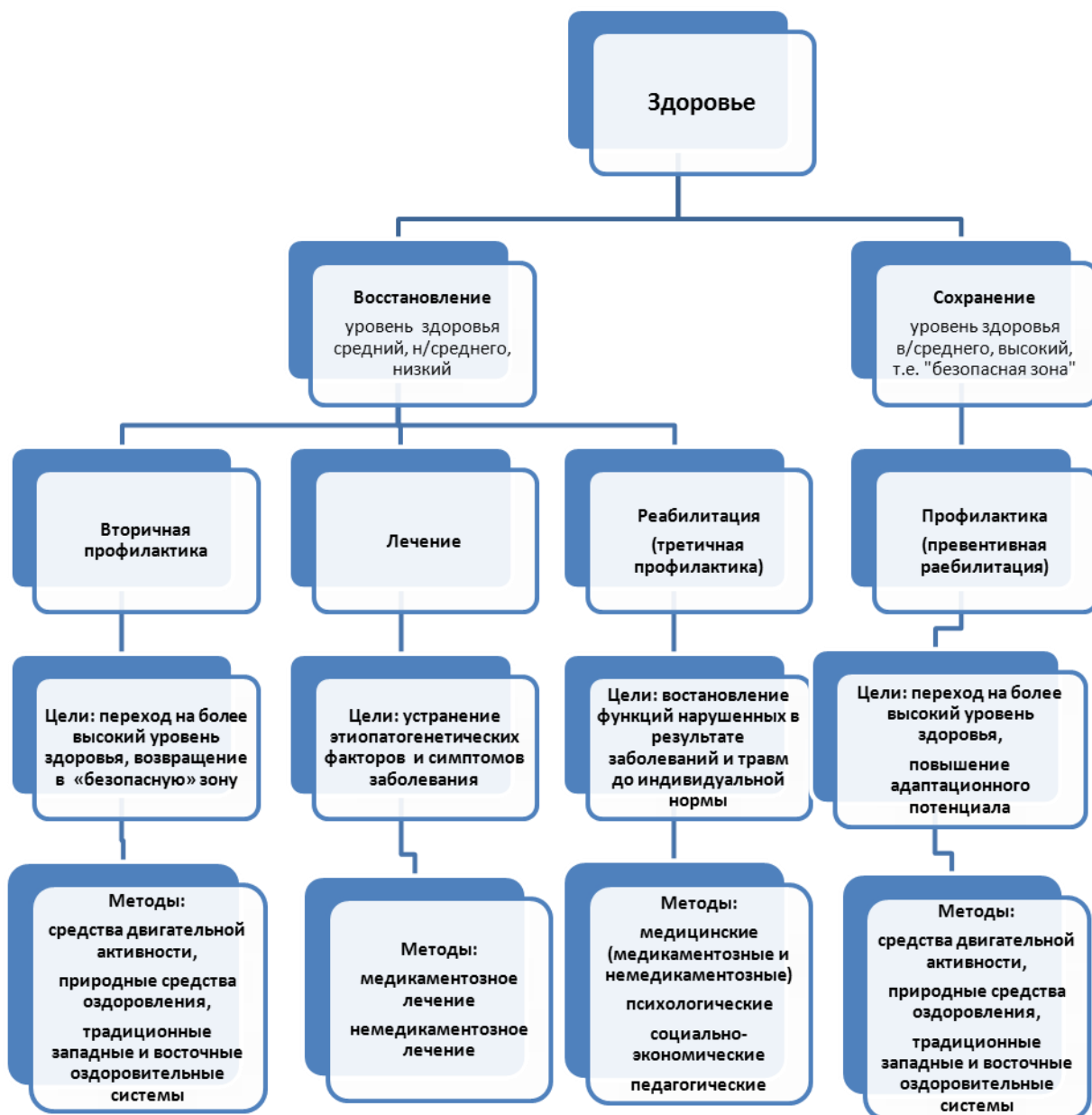


Рис. 1. Концепция здоровьесохраняющих технологий.

Немедикаментозные методы могут быть применены в медицинской практике, как в качестве самостоятельного метода, так и в сочетании с другими методами (таблица 1).



Таблица 1

Методы восстановления функций до исходного уровня немедикаментозными методами

	Рефлексо-терапия	Гирудотерапия	Мануальные техники, массаж	Гомеопатия и гомотоксикология	Фитотерапия
ЦНС	+	+	+	+	+
Психо-физиология	+	+	+	+	+
Нервно-мышечный аппарат	+	+	+	+	+
Стресс	+	+	+	+	+
Вегетативная нервная система	+	+	+	+	+
Скелетные мышцы	+	+	+	+	+
Анаболические процессы	+	+	+	+	+
Микро-циркуляция	+	+	+	+	+
Метаболизм	+	+	+	+	+
Энергетические резервы				+	+
Иммунитет	+	+	+	+	+

Эффективность их применения зависит от квалификации врача, который принимает решение о целесообразности использования этих методов и от соответствия методик проявлениям болезни.

Таким образом, применение немедикаментозных методов лечения является необходимым аспектом в системе лечения и профилактики. Важно, что немедикаментозные методы лечения сочетаются с приемом любых лекарственных препаратов и с проведением любых физиотерапевтических процедур. Благодаря применению немедикаментозных методов у пациентов может быть снижена дозировка лекарственных средств: обезболивающих, седативных, противовоспалительных препаратов и др. А эффект их комплексного применения с другими видами лечения оказывается больше, чем арифметическая сумма эффектов каждого из самостоятельных видов лечения.

Заключение. В результате многолетней практической деятельности врачи приходят к пониманию необходимости и целесообразности применения здоровьесохраняющих технологий в ежедневной практике. В связи с этим возникает необходимость обучения практикующих врачей принципам и методам оздоровления человека, изучения сущности, механизмов и проявления здоровья, методов его диагностики и прогнозирования; а также путей коррекции здоровья с целью повышения его уровня, и, соответственно, повышения качества жизни и социальной адаптации индивидуума.

Тем более, что необходимость получения специальных знаний и учений должна быть мотивирована отношением врача к собственному здоровью, как составляющей его профессиональной деятельности, в узком смысле, и как одно из направлений самореализации - в более широком.

Трактовка общеизвестного тезиса «В здоровом теле – здоровый дух» через совершенствование физического тела, можно сформулировать и наоборот: при



восстановлении духовной составляющей пирамиды познания происходит совершенствование физической сферы (возвращение индивида в «безопасную» зону здоровья).

Литература.

1. Аарва П., Калинина А.М., Костович Л., Сырцова Л.Е. Профилактические программы. Руководство по планированию, реализации и оценке. Москва: Tasis, 2000. - 140 с.
2. Апанасенко Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека/ СПб: Петрополис, 1992. – 138 с.
3. Белостоцкий А.В., Винокуров В.Г., Алленов А.М. Медицинская профилактика и здоровье населения // Медицина целевые проекты. Выпуск 16. – Москва, 2013. – с.
4. Белостоцкий А.В., Винокуров В.Г., Алленов А.М., Дьячкова А.С., Уточкина И.М. Совершенствование диспансерного метода как развитие профилактического направления российского здравоохранения // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. Выпуск 2. - Москва, 2013. - С. 73–77.
5. Вайнер Э. Н. Валеология: Учебник. – М.: Наука, 2008. – 415 с.
6. Итоговый доклад о результатах экспертной работы по актуальным проблемам социально-экономической стратегии России на период до 2020 г. (Стратегия-2020: Новая модель роста – новая социальная политика), 2011 г. [Электронный ресурс] <http://2020strategy.ru/documents/32710234.html>.
7. Кулемзина Т.В. Принципы немедикаментозной реабилитации у спортсменов. // Материалы XVIII Международного научного конгресса "Олимпийский спорт и спорт для всех". – Алматы, 2014 г. – С. 20-22.
8. Кулемзина Т.В., Красножон С.В., Криволап Н.В. Здоровье как составляющая потенциала человека: аспекты образовательных технологий. // Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету – 2013. – № 5. – С. 27-30.
9. Морозов М. А. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний. –СПб: СпецЛит, 2012. – 168 с.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Лихтшангоф А.З., Глубоковский К.С., Богданов Р.Н., Печникова П.А.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург

Актуальность исследования. В последнее время удовлетворенность населения медицинской помощью, зависящая от многих субъективных и объективных факторов (эффективность лечебно-диагностических мероприятий, комфортность пребывания в медицинском учреждении, его санитарно-гигиеническое состояние, степень соблюдения персоналом этико-деонтологических норм и др.), тесно связывается с качеством ее оказания. Единого подхода к оценке удовлетворенности до сих пор не существует. Целью настоящего исследования был анализ факторов, влияющих на оценку пациентами удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи.

Цель исследования. Изучить удовлетворенность пациентов специализированного стационара медицинской помощью и факторы, на нее влияющие.

Материалы и методы. Был проведен социологический опрос 405 пациентов, проходивших лечение в гастроэнтерологическом стационаре (Александровская



больница).

Результаты и обсуждение. Как показал анализ ответов, качеством оказанной им медицинской помощи в данной больнице удовлетворены менее половины (47,2%) опрошенных, в то время как 25,2% не вполне удовлетворены, 1,6% не удовлетворены вовсе, а 26,0% затруднились ответить на этот вопрос. Доля удовлетворенных качеством медицинского обслуживания достоверно выше среди лиц в возрасте 50 лет и старше, а также среди женщин. Среди причин неудовлетворенности преобладают жалобы, связанные с низкой комфортностью пребывания в стационаре, а также его санитарно-гигиеническим состоянием (80,3%). Так, менее половины пациентов (47,3%) имеют возможность связаться при необходимости с медицинским персоналом из палаты с помощью сигнальной системы. Освещение в палате не удовлетворяло или не всегда удовлетворяло почти половину больных (42,2%) независимо от возраста и пола. Только треть пациентов (35,3%) имела возможность читать в любое время, не мешая соседям по палате.

Состояние постельного белья также вызывает серьезные нарекания пациентов. Так, лишь 28,4% опрошенных сочли его очень хорошим и хорошим, в то время как большинство (57,4%) – лишь удовлетворительным, а 14,2% – плохим и очень плохим. Почти все респонденты отметили, что не пользовались больничной одеждой (97,1%) и больничными тапочками (98,6%). При этом треть опрошенных заявила, что их одеждой (31,7%) и тапочками (37,4%) не обеспечивали, а остальные – что обеспечивали, но они предпочитали свою одежду (65,5%) и обувь (61,2%). Обращает на себя внимание крайне низкая обеспеченность посудой и предметами ухода: лишь четверть (25,7%) опрошенных пациентов хирургического стационара были полностью обеспечены необходимой посудой. Туалетные принадлежности (мыло, туалетная бумага, полотенца) в абсолютном большинстве случаев (95,8-98,6%) больные приносят свои, так как больница их не предоставляет. Пользование душем для пациентов гастроэнтерологического отделения затруднено: большинство респондентов (60,4%) отметили ограниченное время пользования душем или ограниченное число душевых кабин на все отделение, в 17,3% случаев душа на отделении не было совсем. Туалет чаще находился вне палаты – 69,6% случаев. Это особенно неудобно для послеоперационных больных. Обращает на себя внимание тот факт, что менее трети респондентов дали “хорошую” оценку санитарному состоянию санитарного узла отделения.

Организация досуга больных имеет большое значение в поддержании позитивного эмоционального фона. Однако лишь 6,4% опрошенных пациентов отметили, что у них была возможность смотреть телевизор на отделении в свободное от лечения время. Возможность пользоваться на отделении библиотекой упомянули в своих анкетах лишь 7,6% респондентов, тогда как в 75,0% случаев библиотеки не было, а 17,4% пациентов заявили, что библиотека была, но выбор литературы в ней крайне недостаточен. Только 13,3% пациентов имели возможность ежедневно и в любое время видеться с родственниками. К сожалению, общение с родственниками чаще проходило в коридорах (61,9%); треть пациентов имела возможность общаться с родственниками в палате (32,1%), и лишь в 5,6% случаев на отделении было устроено место, специально предназначенное для общения с родственниками.

Большинство опрошенных пациентов (61,3%) сочли, что питание в больнице достаточное, причем для 27,7% порции даже превышают их потребности. В то же время, четверть (24,7%) больных расценивает питание как недостаточное или крайне недостаточное по количеству, а 13,9% заявили, что больничную пищу не едят. Значительно больше претензий предъявляют респонденты к качеству питания в стационаре. Так, три четверти пациентов считают пищу «не очень вкусной» или «совсем



не вкусной». Только 7,0% опрошенных полагает, что больничное питание разнообразно.

Необходимо отметить высокое мнение пациентов, проходивших лечение в гастроэнтерологическом стационаре, об отношении к ним лечащего врача: 88,7% считают, что врач всегда внимателен, тактичен, однако оценка отношения к пациентам медицинских сестер оказалась значительно ниже: 24,3% считают их недостаточно внимательными, а 4,3% – безразличными и грубыми.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование выявило ряд важных организационных проблем, решение которых способно значительно повысить удовлетворенность пациентов качеством стационарной гастроэнтерологической помощи.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Мазур О.Н., Мазур З.М., Филатов В.Н., Мазур О.З.

СПБ ГБУЗ "Городская поликлиника № 107", СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
ФГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный университет

Здоровье население напрямую определяет качество жизни каждого человека. Здоровый человек это успешный в работе, постоянно совершенствующийся, интересующийся и, что главное для общества производящий и потребляющий производимый в стране продукт. Последнее определяет и экономическое развитие общества. На самом деле во всем мире происходят обратные процессы. Успех медицинских технологий привел к увеличению продолжительности жизни населения. Это называется некоторыми социологами как «ирония успеха». Пожилое население не в полной степени производит и потребляет общественные блага, а больше увеличивает потребность в медицинских технологиях и средствах.

Состояние современной медицины также увеличило продолжительность пациентов с тяжелыми заболеваниями. Они становятся инвалидами и также увеличивают расходы общественного здравоохранения.

Все вышесказанное ни в коем случае не призывает к изменению политики государства в сфере здравоохранения. Медицинская помощь для населения должна быть качественной и доступной. Именно решение этих важнейших подходов позволит решить проблему увеличения продолжительности жизни граждан, при этом сохранив высокие стандарты и его качества.

Качество жизни и здоровье населения зависит от многих факторов. Один из них это состояние системы здравоохранения. В своей работе мы провели анализ профилактических мероприятий направленных на раннее выявление патологии. Нет сомнений, что именно такой подход позволяет избежать больших расходов на оказание помощи в запущенных случаях.

Медицинская помощь в нашей стране населению гарантируется бесплатно. Ежегодно Постановлением Правительства Российской Федерации утверждается Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на очередной год и на плановый период два последующий года. В этой программе определяются параметры государственной политики в сфере здравоохранения, а именно объемы гарантированных услуг, финансовые нормативы затрат и источники их финансирования. На основании этого Постановления Правительства РФ, субъект Федерации принимает свою территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на аналогичный период. В этой программе на основании федеральных параметров принимаются свои обязательства по реализации



гарантий населению субъекта. Эти обязательства могут быть только больше, но не меньше федеральных нормативов. Следующим этапом является в заключении правительственными органами, лечебно-профилактическими учреждениями и страховыми медицинскими организациями тарифного соглашения. В нем уже указаны финансовые и объемные показатели по каждому учреждению и виду медицинской деятельности.

В своей работе мы изучили разделы Тарифного соглашения к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2015 год в части профилактических мероприятий и реабилитации. Учет объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в соответствии с указанным Тарифным соглашением осуществляется по следующим показателям:

а) посещения:

- с профилактической целью;
- в связи с оказанием неотложной помощи;
- с иными целями

б) обращения по поводу заболевания.

Объем медицинской помощи, оказываемой с профилактической целью, включает посещения:

- центров здоровья;
- в связи с диспансеризацией определенных групп населения;
- в связи с диспансерным наблюдением;
- в связи с профилактическими медицинскими осмотрами, предварительными и периодическими осмотрами несовершеннолетних в соответствии с порядками, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, патронажем;

Объем медицинской помощи, оказываемой с иными целями, включает:

- разовые посещения по поводу заболевания,
- посещения, связанные с диагностическим обследованием,
- направления на консультацию, госпитализацию, в дневной стационар,
- получение справки, в том числе справки по форме № 086/улицами до 19 лет включительно, санаторно-курортной карты и других медицинских документов.

Оказание неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, может осуществляться в амбулаторных условиях или на дому при вызове медицинского работника.

К посещениям в связи с оказанием неотложной помощи относятся посещения в отделение или кабинет неотложной медицинской помощи поликлиники, врачебной амбулатории, центра общей врачебной практики (семейной медицины):

- при внезапных острых заболеваниях, состояниях, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи;
- при обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи.

Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания при кратности не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

В связи с этим, нам было важно сравнить тарифы при посещениях.

Перечисленные и расшифрованные в Территориальной программе посещения с профилактической целью полностью определяют политику государства в области предупредительных мероприятий. Первым этапом нашего исследования явился анализ нормативов объема этих мероприятий и их динамика в трехлетнем



планировании. Программа раннего выявления заболеваний не может носить спорадический характер.

Средние нормативы объема медицинской помощи по ее видам в целом по Программе государственных гарантий определяются в единицах объема в расчете на 1 жителя в год. По базовой программе обязательного медицинского страхования - в расчете на 1 застрахованное лицо. Средние нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения.

Для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями в 2014 году норматив составлял 2,77 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2,27 посещения на 1 застрахованное лицо. На 2015 год норматив увеличен до 2,95 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2,35 посещения на 1 застрахованное лицо. В 2016 году количество посещений с профилактической целью будет еще больше 2,98 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 2,38 посещения на 1 застрахованное лицо.

Для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями на 2014 год было установлено 2,12 обращения на 1 жителя. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования было 1,92 обращения на 1 застрахованное лицо. На 2015 год этот показатель был увеличен до 2,15 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,95 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2016 год - 2,18 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,98 обращения на 1 застрахованное лицо. Для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2014 год было 0,46 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2015 и 2016 годы установлено 0,6 посещения на 1 застрахованное лицо. Таким образом, квоты для посещений с профилактической целью самые высокие и они сопоставимы с совокупным количеством всех остальных пациентов, обращающимся в амбулаторно-поликлинические посещения в связи с заболеваниями.

Следующей нашей задачей было оценить финансовое обеспечение профилактических мероприятий, а именно средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на период 2014 - 2016 годы. Без достойного финансирования, любая идея может быть неэффективной, даже самая хорошая. На одно посещение с профилактической и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями за счет средств соответствующих бюджетов запланировано 448,9 рубля на 2015 год, 468,2 рубля на 2016.

А на одно обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями за счет средств соответствующих бюджетов установлен тариф 1256,9 рубля на 2015 год и 1310,9 рубля на 2016 год. Одно посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования будет оплачено в размере 449,3 рубля в 2015 году и 452,2 рубля в 2016. Таким образом, профилактическое посещение отстает в размере финансирования от других видов посещений, и это абсолютно справедливо определяется затратностью. Однако из-за высокого объемного показателя,



финансирования профилактических посещений является финансово выгодной деятельностью амбулаторно-поликлинических учреждений.

Эффективность реабилитационных мероприятий не вызывает сомнений. Это в первую очередь механизм повышения качества жизни пациентов, а во вторых реабилитация снижает нагрузку на стационарные и амбулаторно-поликлинические учреждения. Если правильно считать расходы общества на болезнь, обязательно должны учитываться расходы членов семей по уходу за больными. И здесь реабилитация имеет очень важное экономическое значения. В Тарифном соглашении к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов в полной мере предусмотрены расходы на реабилитацию. На примере некоторых нозологий мы продемонстрируем подход к ее организации и финансированию.

Реабилитации должна быть очень эффективной и современной. Для ее проведения необходимы ресурсы на современное оборудование и квалифицированный персонал. Вызывает удивления, что стационарное лечение детей и их реабилитация почти одинаково финансируются. Тариф на лечение в стационаре с диагнозом «Полиневропатия и другие поражения нервной системы» составляет 46078,20 рублей. Реабилитация с диагнозом «Заболевания и последствия травм верхних и нижних конечностей» будет оплачена по тарифу 39200,00 рублей. Это больше чем нахождение в стационаре с диагнозом «Болезни нервно-мышечного синапса и мышц» 33189,00 рублей соответственно. Реабилитационные мероприятия при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника имеет тариф 36534,40 рублей, при врожденных и приобретенных деформациях позвоночника и грудной клетки – 32370,80 рублей. Как видно из представленных данных, тарифы на реабилитацию сопоставимы с тарифами на стационарное лечение, но отличаются незначительно более длительными сроками восстановительных процедур.

Основным выводом нашей работы является то, что ресурсы общества всегда ограничены и должны использоваться максимально эффективно. Состояние системы здравоохранения в большей степени определяет состояние здоровья населения и качество его жизни. Правильная, полная система профилактики и реабилитации позволяют значительно повысить здоровья нации, а освободившиеся ресурсы направить на другие мероприятия. В Российской Федерации в настоящее время сложилась устойчивая система профилактической медицины, и что очень важно она подкреплена достойными финансовыми ресурсами.

АДАПТАЦИЯ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПОТРЕБНОСТЕЙ У СТУДЕНТОВ ВТОРОГО КУРСА

Макеева В.И.¹, Пунченко О.Е.²

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, ¹студент 216 группы МПФ; ²кафедра медицинской микробиологии, доцент; Санкт-Петербург

Актуальность. Устойчивость и изменчивость являются основными тенденциями развития личности. Они обеспечивают такие важные характеристики личности, как целостность, адекватное взаимодействие с постоянно изменяющейся окружающей средой. Современная высшая школа предъявляет повышенные требования к студентам. Если раньше им приходилось «зазубривать» тесты и ответы на экзаменационные вопросы, то теперь студент должен уметь решать различные



ситуационные задачи, кейсы заданий, приближенных к практике. Все это формирует врачебное мышление, и в свою очередь, требует хорошей адаптации студента к условиям обучения. Удовлетворенность базовых и высших потребностей способствует лучшему усвоению сложного учебного материала.

Цель. Провести диагностику адаптации студентов второго курса и удовлетворенность потребностей.

Материалы и методы. В добровольном анонимном исследовании приняли участие студенты трех факультетов второго курса (МПФ, ЛФ, ФИУ). Испытуемые были разделены на три группы: местные студенты, проживающие дома с родителями, и приезжие из городов РФ и иностранных государств. Для диагностики адаптации использовали «Методику диагностики социально-психологической адаптации» К. Роджерса и Р. Раймонда. Сто одно высказывание этого опросника надо соотносить с собственными переживаниями и оценить ответ в баллах. Оцениваются такие показатели, как адаптация, принятие себя и других, эмоциональная комфортность, самоконтроль/контроль со стороны, стремление к доминированию. Для диагностики удовлетворенности потребностей использовали «Методику диагностики степени удовлетворенности основных потребностей» [2]. При оценке полученных результатов оценивали степень удовлетворенности (неудовлетворен, частично удовлетворен, полностью удовлетворен) материальных, социальных потребностей, потребности в безопасности, признании, самовыражении. Чтобы понять, с чем студенты связывают свои надежды – со счастливым случаем, другими людьми, или надеются только на себя, свои силы, ум, талант – респондентам была предложена проективная методика «Замок на скале» [1].

Полученные результаты и их обсуждение. У 83% студентов, приехавших на учебу из городов РФ и проживающих в общежитии, полностью удовлетворены материальные потребности, у 17% - удовлетворены частично. Чувствуют себя в безопасности 50%, 17% чувствуют себя незащищенными. Социальные потребности – общение, любовь, поддержка со стороны окружающих – удовлетворены у 50% приезжих, неудовлетворены у 17%. Признание окружающих чувствуют 67% студентов. Потребность в самовыражении удовлетворена у 50% приезжих. Проживающие в общежитии студенты адаптировались к условиям на 50,5% (от 37 до 63). Они принимают себя такими, как есть в 72,3% (от 59 до 87), толерантны к окружающим в 50,7% (от 45 до 84). Эмоциональный комфорт испытывают 63,0% (от 35 до 100). Студенты интернальны, то есть берут ответственность за происходящее в жизни на себя, в 61% (от 48 до 69) и считают, что могут подчинить своей воли окружающих в 69,8% (от 67 до 85). По результатам проективной методики среди них преобладают оптимисты с реальным взглядом на жизнь (87%).

Студенты, проживающие в Санкт-Петербурге, в 75% удовлетворены своим материальным положением и чувствуют себя в безопасности. У 25% эти потребности удовлетворены частично. Социальные потребности частично удовлетворены у 50%, а у второй половины совсем не удовлетворены. Чувствуют признание окружающих 50%, еще 50% - неудовлетворены по этой потребности. 75% студентов удовлетворяют потребность в самовыражении. Студенты адаптировались в 59,8% (от 47 до 85). Признание самого себя у 55% (от 34 до 67) и других в 62% (от 52 до 84). Эмоциональный комфорт испытывают 73% (от 35 до 100). 62,3% (от 48 до 85) обладают внутренним контролем, а 60% (от 30 до 100) хотят доминировать над окружающими. Большинство респондентов – 75% - оптимистично смотрят на жизнь. Те, у кого надежды базируются на фантазиях и желаниях хуже адаптированы к действительности и считают, что причины происходящего с ними (оценки, отношение товарищей) зависят от внешних факторов, а не от них самих.



Студенты, обучающиеся на ФИУ, достоверно чаще других студентов удовлетворяют свои материальные потребности, потребности в безопасности, признании окружающих. Они адаптировались к стране, ВУЗу, условиям жизни на 59% (от 46 до 72), принимают себя такими, как есть в 72,5% (от 59 до 86) и других в 38% (от 34 до 42). Эмоциональный комфорт они испытывают в 58,0% (от 33 до 83), интернальны в 55,5% (от 55 до 56) и хотят доминировать над окружающими в 45% (от 27 до 63). Все они оптимисты, половина из них реалистично смотрит на жизнь.

Таким образом, достоверные различия обнаружилось в удовлетворении материальных потребностей. Это говорит о том, что у приезжих студентов есть комфортное жилье, они могут себе позволить разнообразно питаться и покупать необходимые вещи. Более низкие показатели у студентов из Санкт-Петербурга могут говорить о том, что они более зависимы от дорогостоящих атрибутов жизни в связи с социальной потребностью самореализации в социуме. Но с другой стороны, жители мегаполиса чувствуют себя более защищенными по сравнению с приезжими из других городов России. Учащиеся из других городов и стран достоверно чаще принимают себя такими, как они есть. Это способствует адекватной самооценке, эмоциональной стабильности. Положительным моментом является то, что ни один студент не принимает себя на 100%; значит, им не грозит нетребовательность, они стремятся осваивать новые умения и получать знания. Студенты из Санкт-Петербурга толерантнее относятся к окружающим людям, и с этим параметром коррелирует их нежелание подчинять себе окружающих, навязывать свою точку зрения.

Большинство студентов можно охарактеризовать как эмоционально зрелую личность, способную воспринимать препятствия на пути к достижению цели как преодолимые, достаточно уверенную в себе, организующую свое поведение вопреки объективным трудностям и внутреннему сопротивлению с учетом собственных внутренних запретов.

Выводы.

1. Более половины студентов успешно адаптировались к новым социальным и психологическим условиям, интегрировались со средой и способны поддерживать адекватные отношения с окружающими.
2. Практически все студенты оптимистически смотрят на жизнь, но при этом являются реалистами.
3. Более чем 75% студентов удовлетворены по основным/базовым потребностям, соответственно они имеют все возможности для самосовершенствования и саморазвития..

Литература.

1. Королева З. «Говорящий» рисунок: 100 графических тестов. – Екатеринбург: У-Фактория, 2004. – с. 293-295.
2. Райгородский Д.Я. (редактор-составитель). Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2008. – с. 457-465, 624-626.
3. Справочник практического психолога. Психодиагностика/под общ.ред. С.Т. Посоховой. – М.: АСТ; СПб.: Сова, 2006. – с.418-428.
4. <http://psychology.net.ru/dictionaries/psy.html?word=1137>. Дата обращения 09.03.2015.



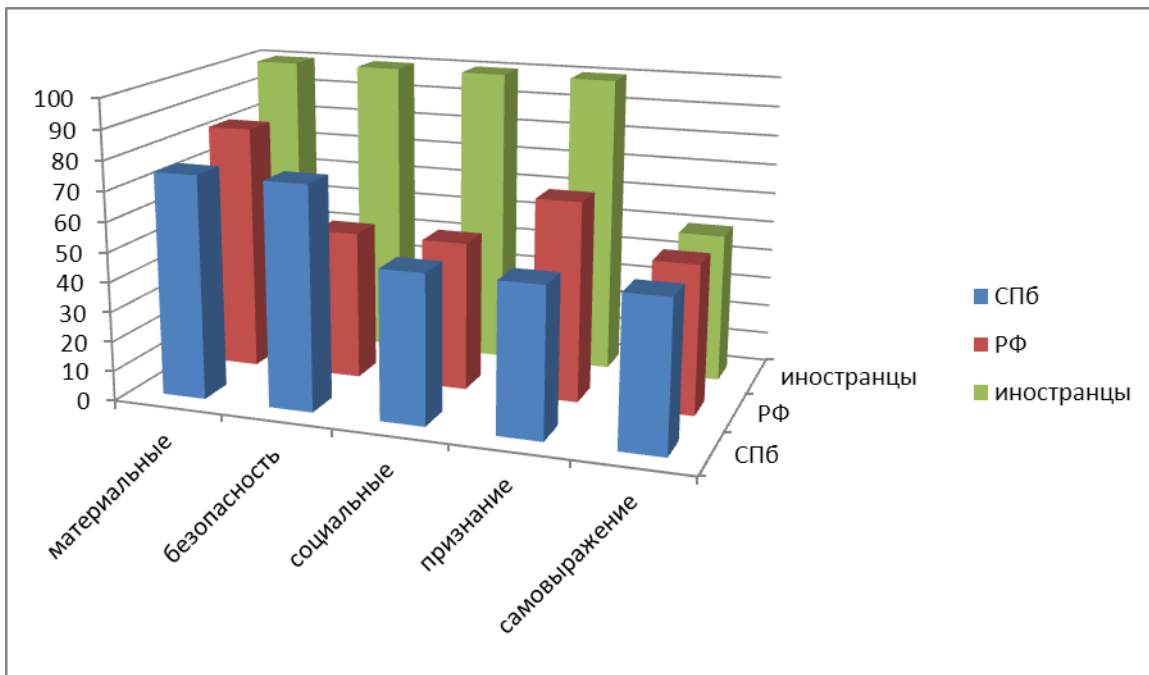


Рисунок 1. Результаты методики диагностики степени удовлетворенности основных потребностей.

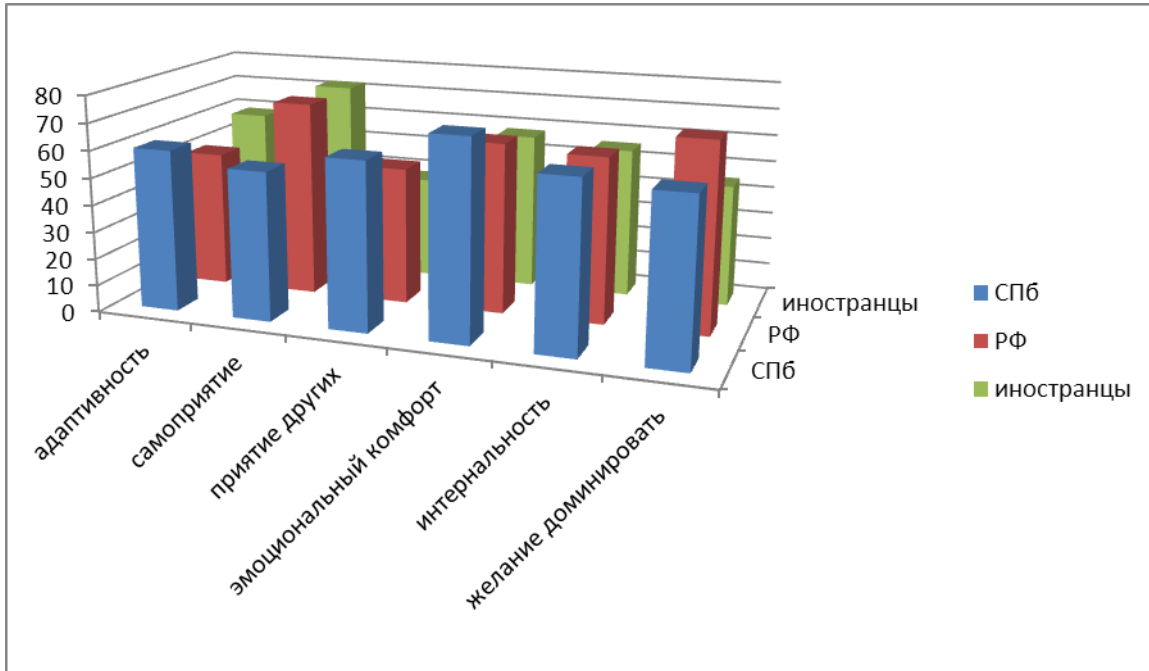


Рисунок 2. Результаты диагностики социально-психологической адаптации.



МОДЕЛИРОВАНИЕ КАК МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Малова А.Г., Мехтиева Н.И., Перова С.В., Некрасова Л.В., Некрасова А.М.

Пермский государственный медицинский университет
им. академика Е.А. Вагнера, кафедра нормальной, топографической и клинической
анатомии, оперативной хирургии

Актуальность. Изучение послойного строения тела человека вызывает большие трудности у студентов в связи с необходимостью мысленно синтезировать и пространственно моделировать полученные знания системной анатомии, применяя их к конкретной области. Предложенный метод моделирования позволяет полноценно вести учебный процесс, способствует развитию у студентов пространственного и клинического мышления. Этот метод, несомненно, является этапом перехода в обучающем процессе к виртуальным изображениям анатомических объектов с последовательным (послойным) нанесением рисунков костных образований, мышц, органов, сосудов и нервов на экране, с возможностью рассматривать полученное изображение при движении, осуществлять в дальнейшем компьютерное моделирование, а может быть и препарирование (Дечко В.М., Анищенко С.Л., Синельникова Н.В., Хилькевич С.И., Юшкевич Е.В., 2009г.).

Цель и задачи исследования. Выявить значение и актуальность моделирования в анатомии при проведении опроса среди студентов ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера и самостоятельном изготовлении анатомических моделей.

Материалы и методы. Использование техники папье-маше, лепки из глины, с применением бумаги, клея, воды, глины позволило создать анатомические модели «Антеролатеральная связка», «Вариативная анатомия матки», «Варикоцеле».

Результаты. По опросу студентов ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера, мы выяснили, что 82% студентов легче изучать строение тела по трупному материалу, однако из них 41% утверждает, что это не всегда дается легко, поэтому они прибегают к анатомическим муляжам, где каждая структура подписана и четко расположена на своем месте, остальные же 18% более расположены к иллюстрациям и схемам. Анатомия, как и любой другой предмет, посвященный изучению нашего тела, весьма сложен для восприятия и понимания без наглядного представления. Так, уже в средние века анатомы старались излагать свои научные труды не только в словесной форме, но и в изобразительной. Моделирование в анатомии включает в себя разработку анатомических моделей из различных материалов, причем студент сам выбирает, что ему больше подойдет, далее он может поделиться своим опытом с другими учащимися. Так, мы учились выполнять анатомические модели по наставлению других студентов и преподавателей, которые уже имели представления о моделировании. И это способствовало лучшему усвоению и запоминанию научного материала. Созданная анатомическая модель определяется как искусственно сделанный муляж конкретного органа, или нескольких топографически взаимосвязанных структур. Анатомическое моделирование дает возможность студенту не только отлично освоить учебный материал, но полноценно окунуться во все тонкие детали, их взаимосвязь друг с другом, и в полной мере ощутить всю уникальность системы нашего тела. Также можно добавить и тактильное восприятие, которое тоже предоставляет нам лучшую запоминаемость.

Заключение. Так, студенты медицинских вузов, которые широко используют моделирование в своей учебной деятельности, не только развивают свои интеллектуальные и творческие способности, а так же делятся опытом и знаниями с окружающими.



БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТЬ В РОССИИ КАК ФАКТОР УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СОЦИАЛЬНО НЕ ЗАЩИЩЕННЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Маркова Т.И., Хомутова Н.Н.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова, кафедра социально-гуманитарных наук, экономики и права, Санкт-Петербург

Актуальность. Понятие «качество жизни» широко используется в философии, в гуманитарных и социальных науках, в медицине и других. В 2009 году был опубликован доклад Международной Комиссии по основным показателям экономической деятельности и социального прогресса под руководством Нобелевских лауреатов Дж. Стиглица и А. Сена, в котором обосновано использование показателя качества жизни как основного критерия экономического развития общества вместо применяемого ранее ВВП [1]. Эта точка зрения представляется весьма значимой.

Материалы и методы. При написании статьи использованы материалы отечественных исследователей в области социологии, культурологи и философии. Основные методы данного исследования: исторический, сравнительный, аналитический, метод обобщения и систематизации.

Результаты и обсуждения. Для начала хотелось бы прояснить само понятие «качество жизни». В частности, представляется целесообразным выделить трёх базовых элементов структуры качества жизни:

- удовлетворение потребностей населения: трудовых, социальных, семейно-духовных;
- условия жизни, включающие характеристики социальной среды, состояния природной и искусственной среды («второй природы»), созданной человеком;
- виды деятельности, осуществляемые человеком и включающие, прежде всего, труд, быт, отдых и др.

А.Н.Зубец, социолог Финансового университета при Правительстве РФ, даёт более детальную разработку понятия, включая в него [2]:

- достаточную продолжительность здоровой жизни, поддержанную хорошим медицинским обслуживанием и безопасностью (отсутствием значимых угроз жизни и здоровью);
- приемлемый объем потребления товаров и услуг, гарантированный доступ к материальным благам;
- удовлетворительные социальные отношения, отсутствие серьезных общественных конфликтов и угроз достигнутому уровню благополучия;
- благополучие семьи;
- познание мира и развитие – доступ к знаниям, образованию и культурным ценностям, формирующим личность и представления об окружающем мире;
- учет мнения индивида при решении общественных проблем, участие в создании общепринятой картины мира и правил поведения человека;
- социальную принадлежность, полноправное участие в общественной и культурной жизни во всех их формах;
- доступ к разнообразной информации, включая сведения о положении дел в обществе;
- комфортные условия труда, дающего простор для творчества и самореализации, относительно короткий рабочий день, оставляющий человеку достаточно свободного времени для различных занятий.





Теперь обратимся к истории нашей страны и посмотрим, каким образом на протяжении многих веков благотворительность решала проблему повышения качества жизни социально незащищённых слоёв населения.

Благотворительность в России имеет долгую историю; традиция благотворительности насчитывает более тысячи лет. В ходе истории возникали различные формы благотворительности: милостыня, общественное призрение и другие. Вершиной её развития стала организованная государственная система социальной защиты.

Истоки этого социального явления можно обнаружить на Руси в X-XI веках, и его появление связано с христианизацией Руси: христианские заповеди, наряду с воздержанием и молитвой, предписывали творение милостыни, через которое верующие получали искупление грехов и достигали духовного очищения. Христианская идея милосердия имела огромную социальную значимость, так как она объединяла всех людей независимо от их социального положения. В идее благотворительности можно обнаружить по меньшей мере два аспекта: альтруистическую заботу о слабых и обездоленных, с одной стороны, и заботу о собственной душе, с другой. Парадоксальным образом эти два основания органично соединились, не только не вступая в противоречие друг с другом, но, наоборот, дополняя и усиливая друг друга.

С самого начала главная роль в осуществлении благотворительности отводилась церкви. В 996 году Великий князь Владимир Красное Солнышко (Владимир Святитель) издал «Церковный Устав» – первый официальный документ, придавший благотворительности организованный характер. «Устав» поручал духовенству попечение и надзор за общественным призрением, что способствовало не только улучшению качества жизни неимущих слоёв населения, но и укреплению влияния церкви в обществе. Сам Владимир, проникшись христианскими идеями, старался собственным примером прививать христианские этические нормы и принципы. В его правление были открыты первые больницы, куда по его приказу больным посылали продукты.

Наиболее простой и древней формой филантропической деятельности в России стала раздача милостыни нищим и пожертвования в церковь [3]. Церковное имущество провозглашалось достоянием бедных, а священнослужители – лишь распорядителями этого имущества в интересах обездоленных. Убеждение в богоугодности благотворительности, в том, что она очищает от грехов, способствовало увеличению пожертвований церкви. Следует отметить, что нередко благотворительность носила прагматический характер: возможно, для многих стимулом к ней служила не жалость к нищим и обездоленным, а забота о собственном вечном блаженстве в Царстве Божьем. Таким образом, с позиций морали, для которой важен характер мотивации, помысла, эта деятельность не всегда могла получить высокую оценку. Но в социальном плане благотворительность, безусловно, решала важную задачу – улучшала качество жизни социально незащищённых слоёв населения.

Церковь поставила творение милостыни на широкую основу. В частности, монастыри раздавали пищу, одежду и деньги нуждающимся, что оказывалось особенно ценным в трудные времена засух или социальных потрясений, когда количество обездоленных людей в низших сословиях катастрофически возрастало. С другой стороны, раздача милостыни порождала потребительские установки у некоторой части населения и приводила к увеличению числа нищих вместо облегчения бедности.



Другим источником благотворительности была народная традиция взаимопомощи, основывавшаяся не столько на моральных и религиозных воззрениях, сколько на здравом смысле и опыте человеческого общежития: каждый человек может оказаться в трудной ситуации, и тогда он будет нуждаться в помощи. Помогая ближнему в беде, давая ему работу и деньги, человек тем самым рассчитывает на помощь со стороны других, если это понадобится. Взаимопомощь обуславливает принцип равенства дающего и берущего – оба равны перед ударами судьбы. Только такая благотворительность не унижает берущего, не порождает иждивенческих настроений.

Каковы бы ни были мотивы благотворительности в каждом конкретном случае – жалость к обездоленным и нуждающимся или забота о собственном спасении и имидже в земной жизни – объективно она положительно влияла на уровень и качество жизни людей.

Со временем благотворительность превратилась в своего рода священный ритуал, норму поведения. В высших сословиях сложилась традиция в день бракосочетания, при рождении детей и других важных семейных событиях раздавать милостыню, совершать пожертвования в храмы и монастыри, жертвовать деньги и другие ценности домам призрения бедных, инвалидов, брошенных детей.

Надо отметить, что церковь не только аккумулировала частные и государственные пожертвования, но и сама организовывала и финансировала благотворительные дела. В частности, значительные средства добывались за счёт добровольного безвозмездного труда монахов, послушников и прочих насельников монастырей. В средние века монастыри нередко являлись образцовыми передовыми хозяйствами. Имея в своём распоряжении достаточно крупные средства, они могли применять дорогостоящие технологии и использовать современные орудия труда, что обеспечивало высокую эффективность монастырской хозяйственной деятельности. Монастыри на своих обширных земельных владениях производили сельскохозяйственную продукцию в больших масштабах: получали высокие урожаи зерна, овощей и фруктов, изготавливали ремесленные изделия, производили продукцию пчеловодства, пекли хлеб, делали вино. Всё это производилось, как правило, в количествах, превышающих собственные потребности монастырей, поэтому излишки продавались, что также служило росту богатства монастырей. В трудные времена, когда на страну или данную местность обрушивались стихийные или социальные бедствия, эпидемии, монастыри делились с населением своим богатством: организовывали раздачу продуктов, одежды, денежных средств. В случае неурожая христианским долгом монастырей была безвозмездная раздача или передача в долг зерна и семян для посева жителям окрестных земель.

Существовала и светская благотворительность, но до середины XVI века она носила частный характер: состоятельные люди и даже князья творили её из личных средств. Но в процессе усложнения общественной жизни всё чаще стали возникать ситуации, когда частные лица или церковь оказывались не в состоянии решить все назревшие социальные проблемы. Как ответ на социальный запрос, во второй половине XVI века появляется, а потом развивается система государственного призрения. В отличие от подаяния, призрение носит организованный характер и может осуществляться государством, церковью, обществом, а также частными лицами. Призрение означает предоставление кому-либо приюта и пропитания.

Серьёзные мероприятия по государственной организации призрения стали проводиться после воцарения династии Романовых. Учреждение в 1670 году при царе Алексее Михайловиче (1645–1676) Приказа строения богаделен ознаменовало начало перехода к системе общественного призрения, перед которой теперь стояли



задачи не только по раздаче милостыни бедным, но и по предоставлению трудоспособным нуждающимся заработка. В 1682 году, осознав опасность развития социального паразитизма, царь Федор Алексеевич, продолжая дело отца, издал указ, согласно которому неспособные к работе люди должны найти себе приют при монастырях или богадельнях, а здоровые бедняки должны не нищенствовать, а работать и воспитывать своих детей в труде. Указ предусматривал даже наказания за тунеядство.

Этот указ Федора Алексеевича ознаменовал появление нового вектора в развитии некоммерческого благотворительного сектора в России: он вызвал к жизни принцип дифференцированного подхода к различным категориям нуждающихся и принцип социальной профилактики. Эти два принципа создали основное преимущество некоммерческой деятельности.

Хотя в целом государство не вмешивалось в частную благотворительность, всё же помощь беднякам в закрытых заведениях стала предпочитаться раздаче пособий, и благотворителям предлагалось направлять свои пожертвования в первую очередь в богадельни, госпитали, школы. К концу царского периода в государственной политике и общественном сознании утверждается идея обязательности развития дела призрения как наиболее эффективного средства повышения качества жизни беднейших слоёв населения России.

Ключевую роль в развитии общественного призрения и частной благотворительности в XVIII веке сыграло русское купечество. Об этом в 1724 году писал, в частности, И. Г. Посошков в «Книге о скудности и богатстве» [4].

На рубеже XVIII – XIX веков спонтанные благотворительные дела, совершаемые отдельными лицами, сливаются в систему общественного призрения: возникают светские социальные институты, появляется специальное законодательство, регулирующее деятельность приказов общественного призрения и благотворительную деятельность в обществе, создаются учреждения поддержки разных категорий нуждающихся: беспризорных детей, инвалидов, увечных воинов, слепых, глухих и т.д. Обнаруживается еще одна немаловажная функция благотворительности – она оказывается эффективным средством решения проблем социальной патологии: проституции, профессионального нищенства, детской безнадзорности.

Отмена крепостного права дала мощный стимул для развития российской экономики. Результатом этих процессов стало, в частности, появление целого состоятельного сословия – предпринимателей, которые создавали крупные заводы и фабрики, занимались торговлей. Это были не только богатые, но и прекрасно образованные люди, нередко имеющие дипломы европейских университетов. Они представляли уже второе, а иногда и третье поколение успешных людей, чьи отцы и деды вышли из социальных низов благодаря своим деловым качествам и умению воспользоваться экономической ситуацией. В результате за короткий период с 60-х годов XIX века до начала XX века благотворительность превратилась в важное общественное движение. Появилась новая форма благотворительности – меценатство. Граф Шереметьев, купцы Морозовы, Бахрушины, Собашниковы, И. Д. Сытин, К. Т. Солдатенко, С. Мамонтов, В. Кокорев, великая княгиня Елизавета Федоровна и многие другие способствовали развитию русского искусства, поддерживая художников, музыкантов, композиторов, архитекторов и других деятелей искусства. Состоятельные люди назначали пенсии наиболее талантливым художникам, оплачивали их учебу в Европе, поддерживали их материально своими заказами.



К концу XIX в. в России существовало более 14 тысяч благотворительных организаций. К этому времени окончательно оформилось четыре вида благотворительности: государственная, церковно-епархиальная, общественная и частная.

Огромный вклад в развитие благотворительности внесли женщины правящей династии Романовых. Даже сложилась традиция, согласно которой императрицы и великие княгини занимались широкомасштабной благотворительностью. Они направляли в эту сферу не казённые средства, а личные, нередко в трудные времена жертвовали на эти нужды даже свои фамильные драгоценности.

Хорошо известна деятельность супруги, а потом вдовы Павла I императрицы Марии Фёдоровны. В 1796 году она создала Воспитательное общество благородных девиц, на которое ежегодно жертвовала 15000 рублей из своих личных средств. Благодаря её заботам были учреждены Павловский и Екатерининский институты благородных девиц, Повивальный институт, в котором, в частности, работал основоположник российского акушерства Н. М. Максимович-Амбодик), Училище для глухонемых.

Войны, которые Россия вела на рубеже XVIII-XIX веков, уносили жизни тысяч солдат и офицеров, а их семьи нередко оказывались в бедственном положении. В 1803 году в Москве и Санкт-Петербурге были открыты так называемые Вдовьи дома. Поскольку их было еще немного, и они не могли помочь всем несчастным женщинам, Уставы ограничивали круг лиц, которые могли попасть во Вдовьи дома. Льгота распространялась на женщин, чьи мужья прослужили не менее 10 лет в офицерском чине, не имея взысканий по службе, или погибли при исполнении воинского долга. Минимальный возраст вдовы – 60 лет.

Потери русского офицерского корпуса во время Наполеоновских войн были колоссальными, имеющих Вдовьих домов явно не хватало. Поэтому в 1812 году учреждается «Императорское женское патриотическое общество» и создается попечительство «Инвалидный капитал». Эти общества пользовались большой поддержкой императора Александра I, в их адрес перечислялись также богатые частные пожертвования.

Александр I позаботился и о тех воинах, которые вернулись в свои семьи увечными. В 1814 году был основан Александровский комитет о раненых, который ведал военными богадельнями и различными благотворительными организациями, помогавшими ветеранам: отставным военным назначались пенсии, оказывалась бесплатная медицинская помощь.

В XIX в. стали заботиться не только об обеспечении инвалидов элементарными жизненно необходимыми средствами (пищей и кровом), но и о реальном повышении качества их жизни через включение инвалидов в общественно-полезную деятельность. С этой целью создавались специальные учебные заведения для инвалидов. По инициативе известного французского педагога Валентина Гаюи в 1807 году в Санкт-Петербурге был открыт Институт для слепых. Специально подготовленные преподаватели, используя разработанный Гаюи шрифт для слепых, обучали воспитанников не только грамоте, но и ремеслам, чтобы они начали чувствовать себя полноценными гражданами. Сеть училищ для слепых постепенно расширялась. К началу XX века по всей России насчитывалось уже более 20 училищ для слепых. Начал издаваться даже журнал «Слепец». Благодаря тому, что незрячие люди теперь могли получить специальность, они переставали пополнять армию нищенствующих и начинали принимать более активное участие в социальной жизни. Государство также получало от этих мероприятий выгоду, поскольку инвалиды стали приносить ощутимую пользу обществу, снижая



финансовую нагрузку на бюджет. Не были забыты и семьи погибших воинов: их дети получали возможность обучаться в военных училищах, в частности, в специально для них открытом Павловском военно-сиротском институте.

В правление Александра I появилось новое направление благотворительности – система образования. Министерство народного просвещения, созданное в 1802 году, сформулировало базовые принципы образования:

1. Обучение перестало зависеть от сословной принадлежности ребёнка.
2. Низшие ступени образования стали бесплатными, что в принципе позволяло обучаться детям всех сословий.
3. Были выстроены преемственные учебные программы: за начальным образованием следовало среднее и высшее.

По всей стране стали создаваться бесплатные учебные заведения для детей из малообеспеченных семей, например, воскресные школы; педагоги в таких школах работали безвозмездно. Таким образом, к делу благотворительности привлекались люди, не настолько состоятельные, чтобы финансировать различные инициативы, но способные своим безвозмездным профессиональным трудом оказать обществу серьёзную помощь.

16 мая 1802 года император учредил «Благодетельное общество», в Уставе которого была провозглашена задача «не только раздавать милостыню, но доставлять бедным и другие вспоможения и особенно стараться выводить из состояния нищеты тех, кои трудами своими и промышленностью себя пропитывать могут». Из личных средств императора обществу было выделено 24 тысячи рублей. Впоследствии сумма была увеличена до 40 тысяч. Крупные пожертвования постоянно делали не только члены императорской фамилии.

Так, князь Голицын ежегодно жертвовал по 6 тысяч рублей, еще 142 тысячи рублей он завещал передать обществу после своей смерти. В 1818 году в Москве жителями было собрано для «Благодетельного общества» более 100 тысяч рублей. Известно, например, об отставном поручике С. Иванове, который пожертвовал обществу миллион рублей, и о князе П. Одоевском, отдавшем обществу свое имение. Таким образом, создание «Благодетельного общества» позволило аккумулировать значительные средства и формировать социальные программы с целью использования этих средств на самых важных направлениях.

В 1814 году общество было преобразовано в «Императорское человеколюбивое общество», просуществовавшее более 100 лет, до самой революции в России. Его филиалы появились в большинстве крупных городов России. При Николае II, в состав общества входило уже 210 благотворительных учреждений, 62 богадельни, 57 учебно-воспитательных заведений. Ежегодный объем помощи превышал полтора миллиона рублей, помощь оказывалась приблизительно 150 тысячам бедных в год.

Кроме того, на попечении «Императорского человеколюбивого общества» были дешевые квартиры, приюты, народные столовые, швейные мастерские, дома призрения. Многим деятелям Общества Александр I присваивал государственные знаки отличия. Самые достойные члены и сотрудники общества носили именные знаки с девизом: «Возлюби ближнего как самого себя». Согласно статистике самого общества, за 100 лет его помощью воспользовались более 5 миллионов человек.

С целью активизации усилий состоятельных людей в области благотворительности Николай I принял меры по повышению престижности такой деятельности: императорским указом 1828 года в стране было введено звание «Почетный попечитель», которым награждались граждане, сделавшие крупные пожертвования.



Почетный попечитель граф Шереметев построил дом с больницей для нуждающихся (сегодня это известный Институт скорой помощи им. Склифосовского).

Весьма востребованным оказалось такое направление благотворительности, как организация медицинской помощи. Особенно актуальным оно было в периоды, когда Россия вела войны.

По сложившейся традиции благотворительностью в этой сфере очень активно занимались русские императрицы и великие княгини, в частности, известен огромный вклад великой княгини Елены Павловны, жены Михаила, четвертого сына Павла I. По её инициативе была создана Крестовоздвиженская община сестер милосердия, предтеча Общества сестер милосердия. Верным помощником Елены Павловны был выдающийся русский хирург Н. И. Пирогов [5]. Во время Крымской войны 1854-1856 годов великая княгиня Елена Павловна обратилась с призывом ко всем русским женщинам, не обремененным семьей, помогать раненым солдатам.

Выводы. Анализ исторических форм благотворительной деятельности в России показал, что она имеет важное культурное значение для общественной жизни.

Во-первых, велико ее значение для развития экономики: благодаря частной инициативе может быть снижена нагрузка на государственный бюджет, а сэкономленные государственные средства могут быть направлены на реализацию значимых социальных программ.

Во-вторых, следует отметить социальное значение благотворительности: благодаря ей общество консолидируется, объединяется для решения социально позитивных целей, развивается солидарность членов общества и социальных групп.

В-третьих, аксиологическая значимость благотворительности: формируется и совершенствуется система позитивных социальных и культурных ценностей, что является необходимым условием развития социума в целом.

В-четвёртых, велико моральное значение благотворительности: она способствует повышению уровня нравственного сознания общества, укоренению в сознании общества таких важных моральных принципов, как взаимоподдержка и взаимопомощь, а также развивает в каждом члене общества такие ценные моральные качества, как сострадание, стремление к совершению блага.

Литература

1. Джозеф Стиглиц. Глобалист: Больше чем ВВП // Вестник, № 193, 13 октября 2009 г.
2. Зубец А.Н. Истоки и история экономического роста / М.: Изд-во "Экономика", 2014. 463 с.
3. Ключевский В.О. Добрые люди древней Руси // Ключевский В.О. Исторические портреты. М.: Изд-во «Правда», 1990. – С.77-94.
4. Посошков И.Г. Книга о скудности и богатстве». Цит. по Федорова Р. ... Скудность капитала... как была, так и осталась. // Мужской разговор, - № 2, март, 2001 г., с. 3.
5. Т. И. Грекова, Ю. П. Голиков. Медицинский Петербург. – Санкт-Петербург: Фолио-Пресс, 2001.



КАЧЕСТВО ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ – КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Мелешков И.П., Мелешкова И.В.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова, кафедра коммунальной гигиены и кафедра гигиены
питания

Возможность обеспечения населения России питьевой водой в достаточном количестве, нормативного качества и физиологически полноценной в настоящее время одна из главных и определяющих санитарно-эпидемиологических проблем. Уровень антропогенной нагрузки на большинство поверхностных водоисточников, используемых для организации хозяйственно-питьевого водоснабжения, закономерно возрастает из года в год. Системы очистки хозяйственно-бытовых, производственных и ливневых стоков не обеспечивают возможности защиты водоемов хозяйственно-питьевого назначения в качестве возможности использования водоисточников для организации хозяйственно-питьевого использования. Существующие схемы водоподготовки не гарантируют получения питьевой воды высокого качества. Кроме того, состояние распределительных сетей дополнительно способно ухудшить качество воды, доставляемой водопотребителю. Безопасность, безвредность питьевой воды во многом связана с гидрохимическими и сезонными изменениями качества воды используемого водоисточника. Это не всегда учитывается в применяемой схеме водоподготовки для конкретного населенного пункта. В настоящий момент наиболее значимыми являются вопросы адаптации схем водоподготовки с учетом качества воды используемого водоисточника, методов водоподготовки для обеспечения населения безопасной и безвредной водой, а также обеспечение ее физиологической полноценности.

Питьевая вода оптимального качества не только должна полностью отвечать санитарным правилам и нормам, но также соответствовать критерию физиологической полноценности по содержанию основных биологически необходимых макро- и микроэлементов.

По содержанию основных жизненно важных макроэлементов и некоторых микроэлементов питьевая вода должна отвечать современным гигиеническим требованиям, изложенным в СанПиН 2.1.4.1116-02 «Питьевая вода. Гигиенические требования к качеству воды, расфасованной в емкости». В этом документе впервые введен термин «физиологическая полноценность воды», а также даны регламенты содержания в такой воде ряда показателей, в том числе нормативы содержания магния, калия, кальция, фторид и иодид ионов, бикарбонатов. В силу ряда причин (особенности региональных водоисточников, особенности водоподготовки и др.) зачастую питьевая водопроводная вода не является физиологически полноценной в связи с дефицитом в ней ряда минеральных элементов, что способствует формированию соответствующих заболеваний и нарушению состояния здоровья у населения.

Научными исследованиями установлена достоверная зависимость между общей минерализацией питьевой воды и уровнем заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями, выделительной системы, нарушениями водно-солевого гомеостаза. Так для жителей Санкт-Петербурга, потребляющих маломинерализованные питьевые воды, содержащие в недостаточном количестве ионы кальция и магния, высок риск развития патологии костно-мышечной системы, сердечно-сосудистой и эндокринной систем. Содержание ионов кальция в питьевой воде в г. С.-Петербурге составляет в среднем 26 мг/л, при рекомендуемом 50 мг/л; содержание магния – 11 мг/л, при рекомендуемом 250 мг/л.



«Мягкая» вода с низким содержанием кальция и магния приводит к изменению реактивности сосудистой стенки, нейромускулярным нарушениям в сердечной мышце, способствует увеличению заболеваемости гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца.

Природный гидрохимический состав воды Ладожского озера и р. Невы беден и микроэлементами, для которых водный путь поступления в организм является достаточно существенным. Следует отметить, что недостаточное содержание микроэлементов в питьевой воде способствует формированию ряда заболеваний эндокринной системы, в частности заболеваний щитовидной железы, обусловленных дефицитом иода, а также изменению метаболических процессов в организме, характерных для гипофункции щитовидной железы. Кроме того, дефицит иода во время беременности приводит в последующем к задержке умственного развития ребенка, глухоноте, повышает риск выкидышей и увеличивает показатели перинатальной смертности. Установлено, что содержание иодид ионов в воде р. Нева в 10-15 раз ниже рекомендуемого количества для физиологически полноценной питьевой воды.

Дефицит фтора приводит к заболеванию зубов, увеличивается заболеваемость кариесом, особенно у детского населения, наблюдается резорбция минеральных компонентов из костной ткани, отмечаются изменения функционального состояния организма. Известно, что около 70% фтора человек получает с питьевой водой и только 30 % с пищевыми продуктами. Проведенный анализ химического состава питьевой воды г. Санкт-Петербурга показал, что содержание фторид иона в 20-40 раз ниже, по сравнению с нормативами физиологической полноценности питьевой воды.

В настоящее время обеспечение населения крупных городов и поселений питьевой водой, отвечающей физиологическим требованиям со сбалансированным макро- и микроэлементным составом является достаточно сложной проблемой. Постоянное использование питьевой воды, не отвечающей требованиям физиологической полноценности, может являться причиной развития целого ряда заболеваний. Данная проблема также актуальна и для населения Санкт-Петербурга.

Химический состав воды Ладожского озера характеризуется малой минерализацией (сухой остаток, как правило, не превышает 100 мг/л), средняя за год мутность воды колеблется в пределах 4-10 г/м³, вода очень мягкая (общая жесткость колеблется в пределах 0,70-1,5 мг-эquiv/дм³).

Цветность воды в основном не превышает 50 градусов, но в паводковые периоды и периоды штормов мутность возрастает до 61 мг/л, а цветность до 72 град.

Реакция воды слабощелочная, рН изменяется от 7,20 до 7,99. Содержание органических веществ в воде характеризуется средними величинами окисляемости: перманганатная окисляемость колеблется в пределах 7,2-14,83 мг/дм³, бихроматная окисляемость - 15-32 мг/дм³. Величина БПК₅, как правило, невелика, и только в редких случаях доходит до 2,5 мг/дм³ (ПДК - 2,0 мг/дм³).

Концентрации азота аммонийного и азота нитратного не превышает ПДК. Содержание хлорорганических пестицидов во всех пробах ниже чувствительности методов.

В исходной воде отмечаются отдельные превышающие ПДК концентрации меди (до 0,0023 мг/дм³) и марганца (до 0,017 мг/дм³). Содержание цинка в основном было выше нормы. Максимальная концентрация цинка отмечена величиной 0,17 мг/дм³ (ПДК - 0,01 мг/дм³).



По результатам бактериологических анализов проб воды, численность бактерий вида ТТКБ ОКБ периодически выше нормы (до ПО КОЕ/100 мл). Общая численность фитопланктона доходит до 4761 тыс. кл/дм³, биомасса - до 9,8764 мг/дм³.

По содержанию неорганических веществ вода не токсична, в радиационном отношении вода безопасна.

Нами, была произведена экспертная оценка условий водоснабжения одного из районов Санкт-Петербурга – г. Всеволожск, который в качестве источника водоснабжения использует воду Ладожского озера.

Город Всеволожск расположен на Карельском перешейке, в 24 км к востоку от Санкт-Петербурга, у подножья Румболовских высот, на р. Лубья (приток р. Охты).

Площадка водоочистных сооружений расположена на северо-восточной окраине г. Всеволожска на Румболовских высотах.

Ближайшая жилая застройка расположена на расстоянии 65 метров от площадки водоочистных сооружений (ВОС).

Источником хозяйственно-питьевого водоснабжения города Всеволожск является Ладожское озеро, воды которого отличаются низким уровнем минерализации и достаточно высоким уровнем микробиологической безопасности.

В настоящее время основными потребителями хозяйственно-питьевого водоснабжения в г. Всеволожске являются население города, местная промышленность, поселок "Романовка", ОАО "Спутник" и сельскохозяйственный колледж.

Водозаборные сооружения для города Всеволожск с насосной станцией I подъема расположены на берегу Ладожского озера в районе пос. Морозова у истока реки Нева.

Узел подключения к Ладожскому водоводу расположен на расстоянии 180 м от площадки ВОС в северной части г. Всеволожска. Подача воды на существующие водоочистные сооружения осуществляется по водоводу диаметром 500 мм.

По ранее используемой схеме очищенная и обеззараженная на ВОС вода подавалась насосной станцией II подъема в водопроводные сети города Всеволожска. Фактически в город Всеволожск от ВОС поступало до 28000 м³/сут, при проектной производительности станции 21500 м³/сут.

Водопроводная сеть в основном закольцована. Застройка выше 9 этажей обеспечивалась напором от местных повысительных насосных станций. Водоснабжение усадебной застройки обеспечивается от водоразборных колонок.

Очистка исходной воды предусмотрена по одноступенчатой схеме на контактных осветлителях с предварительной очисткой на микрофилтрах и с обработкой реагентами. Режим работы станции водоподготовки питьевой воды для города Всеволожск непрерывный, круглосуточный.

На существующих водоочистных сооружениях осуществляется применение следующих реагентов:

- коагуляция сернокислым алюминием для освобождения воды от взвешенных и коллоидных частиц в целях снижения мутности и цветности обрабатываемой воды;
- аммонизация воды перед вводом хлора перед резервуарами чистой воды для профилактики возможности образования хлорфенольных соединений, резко ухудшающих органолептические свойства воды ;
- обеззараживание воды с подачей хлора в трубопровод очищенной воды после контактных осветлителей, перед резервуарами чистой воды и периодическое введение хлора перед контактными осветлителями.

Предусмотренный проектом оборот промывной воды не производился, так как оборудование не было смонтировано и сооружения не сданы в эксплуатацию.



В соответствии с технологической схемой очистки воды в состав существующих водоочистных сооружений входят следующие объекты:

1. Главный корпус контактных осветлителей.
2. Резервуары чистой воды емкостью 2х3000 м
3. Хлораторная производительностью 12.5 кг/час со складом хлора.
4. Канализационная насосная станция бытовых стоков.
5. Внутриплощадочные сети.

Главный корпус контактных осветлителей включает в себя: входную камеру с микрофильтрами, фильтровальный зал контактных осветлителей, реагентное хозяйство, воздуходувную, аммиачную, насосную станцию II подъема, трансформаторную подстанцию, административно - бытовые помещения.

В лаборатории водоочистных сооружений производится производственный контроль за качеством питьевой воды по микробиологическим, химическим, органолептическим показателям в соответствии с программой производственного контроля на соответствие требованиям санитарного законодательства.

Учитывая техническое состояние строительных конструкций и оборудования существующих сооружений, а также несоответствие качества очищаемой воды нормативам СанПиН 2.1.3.1074-01 и необходимость увеличения производительности ВОС до 40000 м³/сут, реконструкции были подвергнуты следующие сооружения:

1) главный корпус - (контактные осветлители, реагентное хозяйство, насосная станция II подъема);

2) резервуары чистой воды - их ёмкость не обеспечивает хранение необходимого запаса воды, и отсутствуют фильтры- поглотители;

3) система обеззараживания воды - замена хлораторной на электролизную по получению хлорной воды при электролизе поваренной соли.

Кроме того, в объеме реконструкции и расширения сооружений было выполнено строительство новых сооружений:

1) блока ультрафильтрации;

2) резервуаров запаса промывной воды контактных осветлителей;

3) сооружений повторного использования грязных промывных вод для исключения сброса их в р. Лубья.

4) сооружений по сгущению и обезвоживанию осадка.

Основная задача нового проекта - модернизировать и перестроить предприятие ВОС г. Всеволожска таким образом, чтобы оно обеспечивало достаточные мощности для очистки воды, в связи с увеличением потребности в питьевой воде города в соответствии с планом перспективного развития водопотребления до 40000 м³/сут. и одновременным ужесточением нормативных требований (СанПиН 2.1.4.1074-01) к качеству воды хозяйственно-питьевого водоснабжения.

Исходя из классификации, приведенной в ГОСТ 2761-84, оз. Ладожское относится к водоемам II - го класса водопользования, для очистки воды, которой рекомендуется применение технологической схемы с использованием реагентов и эффективных методов обеззараживания.

По результатам технико-экономического сравнения вариантов различных технологических схем, в основу технологической схемы очистки воды на ВОС г. Всеволожска заложена параллельная работа двух потоков:

1 поток - одноступенная очистка на существующем блоке микрофильтров и контактных осветлителей полной производительностью 16300 м³/сут. с поступлением

очищенной и обеззараженной воды в резервуары чистой воды.

2 поток - одноступенная очистка на дополнительном комплексе сооружений, работающих по технологии мембранной ультрафильтрации, предложенной



фирмой "ЛенРО Инжиниринг" совместно с французской фирмой "Veolia Water" полной производительностью 32000 м³/сут. с поступлением очищенной и обеззараженной воды в резервуары чистой воды.

Высотно-технологическая схема очистки Ладожской воды после реконструкции существующих и строительству новых водоочистных сооружений сводится к следующему. От водозаборных сооружений насосами I подъема, исходная вода подается на площадку ВОС г. Всеволожска. Часть обрабатываемой воды, поступающей на ВОС - 16300 м³/сут., проходит очистку на существующих микрофильтрах и контактных осветлителях. Предусматривается реагентная обработка (коагулирование оксихлоридом алюминия и обеззараживание гипохлоритом натрия)

Гипохлорит натрия вводится в очищаемую воду в двух точках: перед контактными осветлителями для периодической дезинфекции сооружений и перед резервуарами чистой воды, с предварительной аммонизацией очищенной воды. Дополнительно осуществляется обеззараживание очищенной воды на установке ультрафиолетового облучения (УФО).

Фильтрованная и обеззараженная вода поступает в резервуары чистой воды, часть фильтрованной воды поступает в резервуар промывной воды для промывки контактных осветлителей. Из резервуаров чистой воды обеззараженная вода подается потребителю насосами II подъема.

Промывка контактных осветлителей осуществляется из новых резервуаров промывной воды промывными насосами, установленными в существующей насосной станции II подъема. Промывная вода от промывки контактных осветлителей поступает в резервуары-усреднители промывной воды.

Другая часть обрабатываемой воды, поступающей на ВОС, проходит очистку на проектируемой установке ультрафильтрации.

Вода подкачиваемыми насосами подается на автоматические самоочищающиеся фильтры 800 мкм, после чего в нее перед статическим смесителем вводится коагулянт и она поступает в приемный резервуар.

Из приемного резервуара вода подается насосами, установленными в насосном отделении приемного резервуара, входящими в состав ультрафильтрационной установки, через автоматические самоочищающиеся фильтры 150 мкм на мембранные модули.

Очищенная и обеззараженная на мембранных модулях вода питьевого качества поступает в резервуары чистой воды и насосами II подъема подается потребителю.

Часть очищенной воды поступает в собственные резервуары промывной воды, обеспечивая запас промывной воды для промывки мембранных модулей.

Обратная промывка мембранных модулей производится автоматически. Подача промывной воды производится промывными насосами из резервуаров промывной воды.

Промывные воды, поступающие в резервуар-усреднитель от промывки контактных осветлителей и ультрафильтрационной установки, насосами промывной воды перекачивается в течение 24 часов на сооружения обезвоживания осадка в вертикальный отстойник "Актидин" для отстаивания осадка. В нем производится смешение с коагулянтом и расслоение на осадок и отстоянную воду.

Основной поток отстоянной воды из "Актидин" самотеком поступает в голову водоочистных сооружений в приемный резервуар, расположенный в здании блока ультрафильтрации.

Часть отстоянной воды из "Актидин" насосами подается на промывку фильтр-прессов и барабанных сгустителей, а также для растворения флокулянта.

В состав сооружений обезвоживания осадка входят:

- вертикальные отстойники осадка;

- барабанные сгустители с флокулятором;
- фильтр-прессы;
- узел приготовления флокулянта.

Уплотненный осадок из нижней части вертикального отстойника "Актидин" перекачивается насосами на барабанные сгустители с предварительным добавлением флокулянта и смешением во флокуляторе. Подача флокулянта во флокулятор осуществляется насосами-дозаторами от установки приготовления флокулянта.

Сгущенный на барабанных сгустителях осадок поступает на обезвоживание на фильтр-прессы. Обезвоженный осадок после фильтр-прессов собирается в бункерах с последующим вывозом специальным автотранспортом в места, согласованные с органами Госсанэпидслужбы для хранения

Работа барабанных сгустителей, фильтр-прессов и установки приготовления флокулянта производится в автоматическом режиме.

Декантированные и промывные воды от барабанных сгустителей и фильтр-прессов отводятся и собираются в резервуар-усреднитель промывной воды.

Для охраны почвы на территории ВОС в период эксплуатации проектом предусмотрено:

- устройство организованного отвода поверхностных и талых вод в сеть существующей канализации;
- обеспечение герметизации стыков на трубопроводах и защиту трубопроводов от механических повреждений;
- применение трубопроводов из материалов стойких к коррозионному воздействию жидких сред;
- устройство водонепроницаемых покрытий в местах проезда автотранспорта.

В период эксплуатации ВОС для охраны почвы необходимо:

- организация регулярной уборки территории;
- организация временного хранения отходов в специально оборудованных местах в соответствии с "Проектом нормативов образования отходов и лимитов на их размещения"; проведение своевременного ремонта дорожных покрытий.

В целях предупреждения загрязнения и истощения водных объектов района от компонентов, не разрешенных к сбросу, и рационального использования водных ресурсов в данном проекте предусмотрены следующие мероприятия:

- организация зон санитарной охраны;
- организация комплексной системы автоматизации технологических процессов на всех сооружениях системы водоснабжения;
- контроль и измерения выполняются современными приборами;
- промывные воды от ВОС г. Всеволожска подвергаются обработке с последующим возвратом в головку сооружений отстойной воды и обезвоживанием осадка;
- здания ВОС канализованы с отведением сточных вод в систему бытовой канализации;
- временно накапливаемые на территориях ВОС обезвоженные осадки (кек), образующиеся в процессе очистки промывной воды, размещаются в здании обезвоживания осадка в бункере накопителе с последующим вывозом автотранспортом;
- организация регулярного вывоза бытовых и промышленных отходов с территории сооружений ВОС;



- применение обоснованных норм водопотребления.

Таким образом, представленная схема водоподготовки поверхностного водоисточника с использованием современных методов обработки воды способна обеспечить гарантированное получение воды питьевого качества. Реализуемая схема водоподготовки способна адекватно реагировать на сезонные изменения качества воды, используемого водоисточника (Ладожское озеро, р.Нева), учитывая их состояние. Балансовые запасы, используемого водоисточника гарантируют на ближайшую и отсроченную перспективу объем хозяйственно-питьевого водопотребления населения г. Всеволожск в требуемом по санитарно-гигиеническим нормам объеме.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНТОВ

Морозько П.Н., Пивоварова Г.М.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
Санкт-Петербург

Введение. Особенностью подготовки специалистов в области адаптивной физической культуры (АФК) является то, что кроме умственного напряжения необходимого для освоения учебных дисциплин, студенты в соответствии с учебным планом должны выполнять значительную физическую нагрузку на учебно-практических спортивных занятиях, на спортивных тренировках, на учебно-тренировочных сборах и соревнованиях. Кроме того, на практических занятиях студенты контактируют с инвалидами, что создает повышенную психо-эмоциональную нагрузку.

Цель. Изучение социально-гигиенического статуса студентов высшего учебного заведения (вуза) физической культуры и спорта (ФКиС) по специальности «Адаптивная физическая культура» (АФК).

Материалы и методы. Нами разработана специальная программа, которая предусматривала изучение учетно-отчетной документации учебного процесса и анкетирование студентов и позволяющая изучить: социально-возрастной состав студентов, их жилищно-бытовые условия, питание, сон, состояние здоровья и медицинское обслуживание, вредные привычки, организацию рабочего дня и факторы, влияющие на качество обучения. В исследовании принимали участие студенты 1-5 курсов вуза обучающиеся по специальности АФК. Исследования проводились в конце учебного года.

Результаты. Среди студентов было больше девушек (71,9%), чем юношей (28,1%). Преобладали неженатые и незамужние (94,7%). Выявлены следующие основные социальные группы студентов: из семей служащих (34,2%), из рабочих (25,7%), из семей, где родители работают в сфере физической культуры и спорта (ФКиС) – (15,7%).

При поступлении в ВУЗ преобладали две возрастные группы: 17-18 лет (45,6%) и 18-19 лет (22,8%). Средний возраст зависит от курса. Преобладающие возрастные группы: 1 курс – 18-19 лет (52,6%) и 17-18 лет (31,5%); 2 курс – 18-19 лет (77,1%); 3 курс – 20-21 год (46,7%) и 22-23 года (26,7%); 4 курс – 20-21 год (55,6%) и 22-23 года (22,2%); 5 курс – 22-23 года (60,0%).

Исследования жилищно-бытовых условий показали, что большинство студентов (57,9%) проживали в семьях с родителями. Четверть молодежи (24,6%) имели свою комнату или квартиру. Остальные жили в общежитии, в родственников, снимали жилье. Более 80,0% жили по 1-2 человека в комнате. Большинство



студентов (86,0%) удовлетворены своими жилищными условиями. Лучшие жилищные условия были у пятикурсников. На самообслуживание в учебные дни у большинства студентов (52,6%) уходило от 1 до 2 часов в сутки. В свободные от занятий дни для этих целей уходило больше времени – свыше двух часов (54,4%). Более 60,0% студентов свыше 60 минут затрачивают на дорогу от места жительства до места учебы. Кроме того, на дополнительные транспортные разъезды у 56,1% студентов уходило более 90 минут в день. Во время поездок около половины студентов совершают две и более пересадки на транспорте. Только незначительная часть студентов (8,8%) ходят пешком в вуз и обратно, остальные добираются с помощью транспорта. В транспорте едут сидя около четверти студентов, остальные едут в общественном транспорте стоя.

На состояние здоровья и работоспособность молодежи влияет систематическое и полноценное питание. Из обследуемых более 60,0% студентов не придерживались рекомендуемой кратности приема пищи и питались нерегулярно и, как придется. Из них, 21,0% обучающихся обычно кушали лишь 2 раза в сутки. Только 1/3 часть студентов принимала пищу в соответствии с гигиеническими требованиями – 3 раза в день и чаще. Лучше питались студенты 5 курса. Режим питания у большинства студентов нарушен. Только 7,0% из обследованных систематически принимали пищу 3 раза в сутки и чаще. Во время 6–8 часовых учебных занятий в вузе большинство студентов (76,0%) совсем не кушали в академии, в основном из-за дороговизны обедов (45,6%) и больших очередей за питанием в короткие перемены между учебными занятиями. Большинство студентов (80,7%) после занятий питаются в домашних условиях, расходуя на приготовление пищи 1-2 часа в сутки. Только незначительная часть студентов (15,4%) оценивают качество своего питания как «плохое». Основная же часть молодежи считает его «достаточным».

Организация полноценного сна, как фактора восстановления работоспособности учащейся молодежи, представляет особый интерес. Основная часть студентов (82,4%) в обычные дни занятий спит достаточное количество времени – 7 и более часов в сутки. В период экзаменационной сессии количество недосыпающих студентов увеличивается с 17,6% до 42,1%, т.е. уменьшается число студентов, которые спят достаточное количество времени в сутки (с 82,4% до 57,9%). Не у всех студентов имеются оптимальные условия для сна. Всегда есть возможность хорошо выспаться ночью только у 80,7% респондентов, днем – у 42,1%, вечером – у 45,6%.

Полицевой метод изучения заболеваемости студентов позволил установить, что число лиц болевших за год составило по факультету 68,4%. Индекс здоровья равен 31,6%. Наименьший индекс здоровья отмечен у студентов второго курса (11,1%). При анализе частоты заболеваемости выявлена тенденция снижения ее с увеличением стажа учебы. Более высокий уровень заболеваемости отмечен на младших курсах. Наибольшую группу составляли студенты, болевшие в учебном году до 7 дней, которые освобождались от всех (29,8%) или только от практических занятий спортивно-педагогических дисциплин (19,2%). Больше количество учебных дней пропускали из-за болезни студенты 1 и 2 курсов. В структуре заболеваемости преобладали заболевания верхних дыхательных путей (65,7%) и травмы (15,3%). Чаще лечились в стационаре студенты 1 курса, по 2 раза в году (14,0 случаев на 100 человек).

Причинами обращения за медицинской помощью чаще служило недомогание, когда их целью было получение рекомендации врача (71,9% студентов), реже – необходимость получить только медицинскую справку об освобождении от занятий (24,6%). Таких студентов было больше на 3 и 5 курсах. Анализ субъективной оценки



своего здоровья студентами показал, что около 80,0% студентов факультета оценивают свое здоровье положительно – как «вполне здоров» и «удовлетворительное». Студенты предпочитали обращаться за медицинской помощью в медико-санитарную часть (МСЧ) вуза, а не по месту жительства. В МСЧ вуза в 75,4% случаев на одно обращение уходило до 1 часа, реже – от 1 до 2 часов (15,8%). На медицинское обслуживание по месту жительства уходило больше времени, чем в МСЧ ВУЗа, т.е. больше 1-2 часов на одно обращение к врачу. Это подтверждает тот факт, что медицинская служба академии работает более оперативно, чем медицинская служба по месту жительства.

Исследования вредных привычек у студентов показали, что почти четверть (22,8%) обучающихся курящие. Из них больше курильщиков на первом и пятом курсах. Большинство курильщиков (92,0%) выкуривают до 10 сигарет в день. Стаж курения в большинстве случаев (57,2%) составляет три года. Значительная часть студентов (78,9%) употребляют спиртные напитки. Поводом для этого чаще бывают праздники. Относящихся безразлично или допускающих употребление наркотических веществ среди студентов не выявлено.

Качество подготовки специалистов и их работоспособность зависит и от правильной организации своего труда самими студентами. Более $\frac{3}{4}$ студентов факультета планируют или в основном планируют свой рабочий день, а остальные не планируют или только частично планируют свою работу в течение дня. Большинство студентов (66,7%) регулярно готовились лишь к отдельным занятиям, а каждый пятый готовился лишь от случая к случаю. После учебного дня около 80,0% студентов ощущали в разной степени чувство усталости. И только каждый пятый студент уставал «достаточно редко». Реже жаловались на усталость пятикурсники. Проявление чувства усталости характеризовалось рассеянным вниманием (59,7%), частой сменой положения (50,7%), неуверенными замедленными движениями (43,9%), снижением интереса к учебному материалу (73,7%).

Факторы, как положительно влияющие на условия труда, студенты расположили по степени значимости в следующем порядке: 1) удобная рабочая поза за столом (68,4%), 2) достаточная освещенность рабочего места (66,6%), 3) чистота воздуха в помещении (64,9%), 4) наличие шума в помещении (63,1%), 5) оптимальный микроклимат в помещении (61,4%), 6) проникновение шума с улицы (45,6%), 7) работа сразу после еды (38,6%), 8) чтение в положении лежа (22,8%). Только около половины студентов смогли правильно оценить значение изучаемых условий труда для повышения эффективности умственной работоспособности. Более высокие знания о влиянии изучаемых факторов на умственный труд человека показали студенты 3, 4 и 5 курсов, а более низкие – 1 и 2 курсов.

Исследования о значении и применении средств с целью повышения умственной работоспособности показали, что средствами повышения умственной работоспособности в порядке их значимости, по мнению студентов, являются: 1) непрерывный сон не менее 8 часов в сутки и соблюдение его режима (положительно ответили 77,2% респондентов); 2) прогулка на свежем воздухе (65,0%); 3) планирование работы (56,1%); 4) соблюдение режима питания (45,6%); 5) прием крепкого кофе или чая (47,4%); 6) упражнение в процессе работы на растяжение и расслабление (упражнения динамического характера) (40,3%); 7) утренняя физкультурная зарядка (31,7%); 8) водная гимнастика (22,8%); 9) упражнения в процессе работы статического характера (17,5%); 10) курение во время работы (17,5%). Значительная часть студентов (1/3) имела недостаточные знания об исследуемых средствах влияющих на повышение умственной работоспособности человека. А если учесть, что обследуемыми были студенты физического вуза, то



можно утверждать – знания недостаточные. Так, о положительном влиянии физических упражнений на умственную работоспособность таких как, вводной гимнастики знают всего лишь 22,8%, утренней гимнастики – только 31,7% студентов.

Заключение. Среди студентов факультета АФК преобладали девушки в возрасте 17-19 лет. Жилищными условиями удовлетворены около 4/5 студентов. Большинство из них живут на значительном расстоянии от места учебы, для преодоления которого требуется более 90 минут переезда на транспорте. Организация питания студентов в ВУЗе требует дальнейшего улучшения. Не у всех студентов имеются оптимальные бытовые условия для отдыха. Чаще болеют студенты младших курсов. В структуре их заболеваемости преобладали болезни верхних дыхательных путей и травмы. Субъективно только 4/5 студентов оценивали свое здоровье положительно. За медицинской помощью студенты чаще обращались в МСЧ вуза и чаще с целью получения рекомендации врача. Каждый пятый респондент курит, а четверо из пяти исследуемых по праздникам употребляют спиртные напитки.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ И ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА

Мухаметова Э.Р., Некрасова Л.В., Кадыралиев Б.К.

Пермский государственный медицинский университет
им. академика Е.А. Вагнера, кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии
Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии

Актуальность исследования. Больные пороками клапанов сердца (ПКС) составляют значительную часть среди пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, и количество их увеличивается (Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г., 2002). Основным методом лечения этой патологии является хирургическая коррекция ПКС. Пороками клапанов сердца называют заболевания клапанов сердца, в результате которых нарушаются две их основных функции – герметизация камер сердца и обеспечение нормального прохождения крови через них в ходе сердечной деятельности. Чтобы понять особенности того или иного порока клапана сердца необходимо более подробно остановиться на вопросах анатомии и физиологии сердца. Актуальность проблемы изучения структурных и функциональных изменений сердца в настоящее время не вызывает сомнения. В этой связи выявлению закономерностей и особенностей ремоделирования миокарда посвящено большое количество исследований (Суслина З.А., Фоякин А.В., 2005).

Цель исследования – представить сравнительные морфометрические характеристики клапанного аппарата сердца на примере *valvae bicuspidalis* и *valvae tricuspidalis*. Проанализировать частоту встречаемости врожденных и приобретенных пороков сердца по данным ФЦССХ за период с 2011 по 2013 годы.

Материал и методы исследования. С целью проведения сравнительных морфометрических исследований клапанного аппарата сердца на примере двух- и трехстворчатого клапана были исследованы влажные препараты 15 сердец. Этапы работы сопровождалось фотографированием створок *valvae bicuspidalis* и *valvae tricuspidalis*, проводилась описательная анатомия с определением формы створок клапана. При исследовании митрального (МК) и трехстворчатого (ТК) клапанов были проведены следующие измерения створок: длина со стороны фиброзного



кольца, с медиальной стороны, с левой (для МК) или правой (для ТК) сторон клапана. Основываясь на линейных размерах створок МК и ТК клапанов стало возможным определить площадь створок по формуле протоколировались и составлялись таблицы.

Результаты исследования. В результате, изучив топографо-анатомические взаимоотношения створок клапанов и их морфометрические характеристики определили: в митральном клапане в форме остроугольного треугольника определено 7% створок; в форме разностороннего – 43%; в форме равнобедренного – 33%; в форме тупоугольного треугольника – 17% створок. В трехстворчатом клапане в форме остроугольного треугольника отмечено 19% створок; в форме разностороннего – 22%; в форме равнобедренного – 38%; в форме тупоугольного треугольника – 13% и прямоугольной формы 8% створок. Таким образом, форма створок митрального и трехстворчатого клапанов различна: в митральном клапане по сравнению с трехстворчатым меньше створок в форме остроугольного, равнобедренного треугольников и больше в форме разностороннего, тупоугольного треугольников. При этом в *valvae tricuspidalis* присутствуют створки в форме прямоугольного треугольника, в митральном их не обнаружилось.

При определении площади створок митрального и трехстворчатого клапанов оказалось, что в *v. bicuspidalis* 10 передних створок (17%) имеют площадь менее средней и 5 передних створок (8%) имеют площадь, среднего превышающую среднюю; 8 задних створок (14%) имеют площадь менее средней и 7 створок имеют площадь, превышающую среднюю (11%). В *v. tricuspidalis* 9 передних створок (15%) имеют площадь менее средней и 6 передних створок имеют площадь, больше среднего (10%); 10 задних створок (17%) имеют площадь меньше среднего и 5 задних створок (8%) площадь больше среднего. Следовательно, площадь передних створок митрального клапана меньше, чем площадь створок трехстворчатого клапана; площадь задних створок митрального клапана меньше, чем площадь створок трехстворчатого.

Знания о морфологических и морфометрических различиях в строении створок клапанов сердца необходимы при реконструктивных операциях на сердце.

Анализируя данные ФЦССХ за период с 2011 по 2013 годы, отметили, что среди выявленных врожденных пороков (ВПП) клапанного аппарата сердца в 6% случаев определилась недостаточность митрального клапана, причем в 40% у лиц мужского пола и в 60% случаев у лиц женского пола.

ВПП трикуспидального клапана составили 11%: среди них в 10% случаев стеноз клапана, что отмечено у лиц женского пола; в 45% случаев выявлена аномалия Эбштейна (50% у лиц мужского пола и 50% у лиц женского пола от общего числа АЭ). Другие поражения трикуспидального клапана составили 45% (50% у лиц мужского пола и 50% у лиц женского пола).

ВПП аортального клапана составили 6%: среди них в 80% случаев стеноз клапана (60% у лиц мужского пола и 20% у лиц женского пола); в 20% – недостаточность клапана, что отмечено у лиц мужского пола.

ВПП легочного клапана составили 25%: среди них в 67% случаев стеноз клапана (среди них 48% у лиц мужского пола и 19% у лиц женского пола); у 33% выявлена атрезия клапана, причем 24% приходится на лица мужского пола и 9% на лица женского пола).

Сочетанное поражение митрального и аортального клапанов при ВПП составило 3%, что отмечено у лиц мужского пола.

При ВПП была выявлена тетрада Фалло в 50% случаев, куда входят 29% у лиц мужского пола и 12% у лиц женского пола.



Отмечены и приобретенные пороки развития. Так, за 2011-2013гг. ППР митрального клапана составили 38%, среди них стеноз МК у лиц мужского пола составил 6%, а у лиц женского пола 25%; недостаточность МК у лиц мужского пола 22%, а у лиц женского пола 19%; стеноз с недостаточностью МК у лиц мужского пола 4%, а у лиц женского пола 13%; другие нарушения МК составили у лиц мужского пола 6% и у лиц женского пола 5%. Значит, нарушениями, связанными с митральным клапаном, больше страдают лица женского пола 63% (183 ж), а лица мужского пола составили 37% (108 м).

ППР аортального клапана составили 43%, среди них стеноз АК у лиц мужского пола составил 37%, а у лиц женского пола 30%; недостаточность АК у лиц мужского пола 17%, а у лиц женского пола 3%; стеноз с недостаточностью АК у лиц мужского пола 7%, а у лиц женского пола 1,1%; другие нарушения АК составили у лиц мужского пола 4% и у лиц женского пола 0,9%. Так, нарушениями, связанными с аортальным клапаном, больше страдают лица мужского пола 65% (217м), а лица женского пола составили 35% (117ж).

ППР трикуспидального клапана составили 5% от всех нарушений, среди них недостаточность ТК у лиц мужского пола 29%, а у лиц женского пола 30%; другие поражения ТК у лиц мужского пола составили 38%, а у лиц женского пола 13%. Таким образом, нарушениями, связанными с трикуспидальным клапаном, больше страдают лица мужского пола 67% (26 м), а лица женского пола составили 33% (13 ж).

ППР легочного клапана в период с 2011 по 2013 года встретился только у одной представительницы, что составило 0,1% от всех поражений.

Сочетанное поражение митрального и аортального клапанов при ППР составило 5%, среди них 54% (21 м) лиц мужского пола и 46% (18 ж) лиц женского пола. Сочетанное поражение митрального и трикуспидального клапанов при ППР составило 4%, среди них 28% (8 м) лиц мужского пола и 72% (20 ж) лиц женского пола. Сочетанное поражение митрального, аортального и трикуспидального клапанов при ППР составило 2%, среди них 53% (9 м) лиц мужского пола и 47% (8 ж) лиц женского пола. Сочетанное поражение аортального и трикуспидального клапанов при ППР встретилось только у 2-х представительниц женского пола, что составило 0,2% от всех поражений.

Заключение. Изучив встречаемость пороков развития клапанного аппарата сердца у лиц мужского и женского пола, определили, что на сегодняшний день проблемы, связанные с ВПР и ППР, актуальны в кардиохирургии.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕНТГЕН-АНАТОМИЧЕСКИХ ОТДЕЛОВ COLON

Некрасова Л.В., Зацепурина А.В.

Пермский государственный медицинский университет
им. академика Е.А. Вагнера, кафедра нормальной, топографической и клинической анатомии, оперативной хирургии

Актуальность исследования. Рентгеновская анатомия colon, как один из разделов клинической анатомии, составляет анатомическую основу рентген-диагностики.

Основные исследования по анатомии colon выполнены П.А. Романовым (1987), И.В. Киргизовым, П.А. Самотесовым, Н.С. Горбуновым (2001, 2002). Значимые работы



по исследованию сфинктеров colon выполнены Л.А. Григорьевой, В.Ф. Байтингер, А.В. Аксененко (1993, 1994), В.А. Шаровым, Л.А. Колесниковым (1998, 2000).

Среди разделов клинической анатомии и рентгенологической диагностики вопросы варибельности морфометрических, анатомических и топографических показателей colon являются ключевыми. Поэтому проведение сравнительной оценки рентген-анатомических и морфометрических параметров отделов colon, основанной на выявлении закономерностей изменчивости colon в условиях нормы, представляет собой актуальную задачу, как для рентгенологии, так и для анатомии. Это и обусловило выбор темы исследовательской работы.

Цель исследования – выявить закономерности изменчивости рентген-анатомического строения и топографии colon. Поставлены следующие задачи: определить на прижизненных ирригограммах индивидуальные различия в рентген-анатомическом строении и скелетотопии отделов colon ascendens, colon transversum, colon descendens, colon sigmoideum, flexura coli dextra et flexura coli sinistra. Выполнить морфометрические исследования отделов ободочной кишки на рентгенограммах и провести вариационно-статистический анализ полученных данных.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили ирригограммы, полученные в ГБУЗ «Кишертская ЦРБ» за 2013-2014 годы, включающие 40 объектов для исследования. При описании и анализе ирригограмм зарегистрированы анатомические и топографо-анатомические параметры отделов colon: скелетотопия изгибов между отделами colon с учетом radix mesocolon transversi (справа – на уровне II поясничного позвонка, слева – на уровне I поясничного позвонка), radix mesocolon sigmoidei – на уровне IV-V поясничных позвонков, длина каждого отдела кишки, внутренний диаметр кишки, объемы полостей отделов colon, заполняемости кишки контрастом, подсчет количества гаустр и количество изгибов в каждом отделе colon. Морфометрические исследования проведены с помощью миллиметровой линейки и нити (ГОСТ 2555). Данные параметров протоколированы, созданы таблицы.

Результаты исследования. Выявлено, что рентген-анатомическая варибельность каждого из четырех отделов colon представлена различиями в их длине, диаметре, объеме и степени выраженности гаустрации. Выявлен процент заполняемости отделов colon в зависимости от степени их контрастирования на снимке, пределы рентген-анатомической изменчивости с учетом различия в форме и величине прогиба colon transversum и варианты расположения flexurae dextra et flexurae sinistra.

Произведенный морфометрический анализ каждого отдела ободочной кишки позволил провести сравнение основных параметров и на этой основе выявить закономерности их изменений по протяжению colon. Так, диапазоны высоты расположения flexurae dextre et sinistre оказались достаточно широкими и различными. Диапазон скелетотопических различий flexurae dextre ограничен уровнями Tr-9 сверху, L-1 снизу. Диапазон скелетотопических уровней flexurae sinistre ограничивается Th-7 сверху и Tr-10 снизу.

Рентген-анатомическая изменчивость colon, с учетом различия в форме, величине прогиба colon transversum и скелетотопии flexurae dextra et sinistra, представлена следующими вариантами.

«Б – форма» характеризуется высоким расположением flexurae dextra et sinistra и горизонтальным или косым расположением colon transversum.

«М – форма» – изгибы занимают низкое положение с провисанием colon transversum до точки входа в малый таз.



«П – форма» занимает промежуточное положение между «Б- формой» и «М- формой».

Выявлен процент заполняемости отделов в зависимости от контрастирования отделов кишечника на снимке. Контрастирование наблюдалось на протяжении всего отдела (заполняемость 80-100%) у colon ascendens и colon descendens. Частичная заполняемость (40-70%) присуща colon transversum et colon sigmoideum. Длина отделов colon определяется наибольшей у colon transversum – 187 ± 28 мм, далее происходит снижение этого показателя: у colon descendens 156 ± 20 мм, у colon sigmoideum до 135 ± 32 мм, наименьшей у colon ascendens 118 ± 16 мм.

При сравнении диаметров отделов colon выявляется закономерность, состоящая в том, что происходит последовательное уменьшение значения диаметра. Это значение является наибольшим у colon ascendens (33 ± 4 мм), затем уменьшается до (25 ± 5 мм) у colon transversum, (22 ± 5 мм) у colon descendens и (17 ± 3 мм) у colon sigmoideum.

Постепенное снижение показателей диаметра colon связано, прежде всего, с процессами реабсорбции витаминов, глюкозы и других веществ, что приводит к уменьшению объема и массы пищевой кашицы (химуса).

По данным длины и диаметра оказалось возможным определить объем полости каждого отдела colon и рассчитать вариационно-статистические показатели этого параметра. Наибольший объем присущ colon transversum ($1253,1$ мм³), далее – colon ascendens ($966,5$ мм³), у colon descendens и colon sigmoideum наблюдается последовательное уменьшение показателя объема. Количество гаустр по среднестатистическим данным является наибольшим у colon transversum ($19,7 \pm 2,7$) и colon descendens ($16,0 \pm 1,8$).

По показателю «количество изгибов в отделах кишечника» наиболее вариабельной во внешнем строении кишки является colon transversum, т.к. имеет 100%-е присутствие изгибов (1-3). На 90% исследуемых снимков прослеживаются изгибы у colon descendens (10% исследуемых имеют 5 изгибов.) Далее colon ascendens (80% от 1 до 3 изгибов) и colon sigmoideum (70%, от 2 до 3 изгибов).

Заключение. Морфометрические исследования отделов colon можно использовать при составлении морфологических таблиц для специалистов функциональной диагностики: рентгенологов, врачей УЗ-диагностики; педиатров, подростковых врачей, терапевтов, гастроэнтерологов, хирургов и врачей других профилей. Так же данные исследования целесообразно рекомендовать для практических занятий студентов медицинского ВУЗа.

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Оганезова И.А.¹, Белоусова Л.Н.¹, Барышникова Н.В.²

¹СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра пропедевтики внутренних болезней,

²НИИ экспериментальной медицины, Санкт-Петербург

Современные представления о сущности концепции болезни предполагают учет всей совокупности изменений, затрагивающих как биологический уровень нарушений (соматические симптомы и синдромы), так и социальный уровень функционирования пациента со сменой ролевых позиций, ценностей, интересов, круга общения, с переходом в принципиально новую социальную ситуацию со своими специфическими запретами, предписаниями и ограничениями. В отличие от острой патологии, при которой успешное лечение приводит к полному



восстановлению предшествующего болезни состояния здоровья, хронические заболевания характеризуются длительно протекающими патологическими процессами без четко очерченных границ. Хроническое соматическое заболевание существенно изменяет возможности пациента в осуществлении различных видов деятельности, ведет к ограничению круга контактов с окружающими людьми, приводит к смене места, занимаемого им в жизни [12].

Одним из новых маркеров эффективности лечения хронических заболеваний, получивших в последние годы широкое распространение в странах с высоким уровнем развития медицины, является качество жизни. Понятие качество жизни (КЖ) появилось в 1977 году и в настоящее время является одним из ключевых направлений в философии и медицине. Качество жизни – понятие, используемое в социологии, экономике, политике, медицине и некоторых других областях, обозначающее оценку некоторого набора условий и характеристик жизни человека, обычно основанную на его собственной степени удовлетворенности этими условиями и характеристиками. Оно является более широким, чем материальная обеспеченность (уровень жизни), и включает также такие объективные и субъективные факторы, как состояние здоровья, ожидаемая продолжительность жизни, условия окружающей среды, питание, бытовой комфорт, социальное окружение, удовлетворенность культурных и духовных потребностей, психологический комфорт и т. п.

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) была проделана большая исследовательская работа по выработке основополагающих критериев КЖ человека в конце XX века. Основываясь на этих рекомендациях, КЖ следует рассматривать как «восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума». Другими словами, КЖ – это степень комфортности человека, как внутри себя, так и в рамках своего общества, это интегральная оценка индивидуумом своего положения в жизни общества (в системе общечеловеческих ценностей), а также соотношение этого положения со своими целями и возможностями. Таким образом, оценка КЖ базируется на трех основных компонентах: условия жизни, то есть объективная, не зависящая от самого человека сторона его жизни (природная, социальная среда и др.); образ жизни, то есть субъективная, создаваемая самим индивидуумом сторона жизни (общественная, физическая, интеллектуальная активность, досуг, духовность и др.); а также удовлетворенность условиями и образом жизни [4].

Во многих разделах медицины используется понятие **качество жизни, связанное со здоровьем** (англ. *health related quality of life, HRQOL*). Применительно к медицине, КЖ – это интегральная характеристика физического, психологического, социального и эмоционального состояния пациента, оцениваемая исходя из его субъективного восприятия. Исследования КЖ проводятся во многих разделах медицины, в частности в паллиативной медицине, кардиологии, трансплантологии, онкологии, хирургии, психиатрии, эндокринологии, геронтологии и др. К основным направлениям таких исследований относятся стандартизация методов лечения, экспертиза новых методов лечения и лекарственных средств, разработка прогностических моделей течения болезней, экономическое обоснование методов лечения.

У концепции КЖ, связанного со здоровьем, можно выделить два аспекта. Во-первых, при его оценке принимаются во внимание разные сферы жизни пациента, как напрямую связанные с состоянием здоровья, так и зависящие от него лишь косвенно. При оценке КЖ пациента учитывают физическую, психологическую,



социальную, экономическую, духовную стороны его жизни. Во-вторых, оценка основывается, в первую очередь, на мнении самого больного, его субъективном восприятии качества жизни по тем или иным аспектам. Изучение качества жизни, связанного со здоровьем, позволяет изучить влияние заболевания и лечения на показатели КЖ больного человека, оценивая все составляющие здоровья. Современная концепция изучения КЖ, связанного со здоровьем, базируется на трех составляющих:

1. *Многомерность*. КЖ, связанное со здоровьем, оценивается характеристиками, как ассоциированными, так и не ассоциированными с заболеванием, что позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного.
2. *Изменяемость во времени*. КЖ, связанное со здоровьем, меняется во времени в зависимости от состояния больного. Данные о КЖ позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию терапии.
3. *Участие больного в оценке своего состояния*. Эта составляющая особенно важна. Оценка КЖ, сделанная самим больным, представляет собой ценный показатель его общего состояния, при этом, она часто не совпадает с оценкой КЖ, выполненной врачом. Данные о КЖ, наряду с традиционным врачебным заключением, позволяют составить более полную картину болезни и прогноз ее течения.

Учитывая, что методологические установки для изучения КЖ выдаёт философская антропология, а конкретные знания формируют медицинские науки, приведем совместное определение КЖ ученым-медиком и философом с интеграцией в нём первично-социологического и вторично-медицинского подходов. Оно звучит следующим образом: «качество жизни – это адекватность психосоматического состояния индивида его социальному статусу». Известный автор опросника качества жизни больницы святого Георгия (SGRQ) P.W. Jones корректирует определение КЖ с точки зрения врача. Оно звучит как «соответствие желаний возможностям, которые лимитированы заболеванием» [12].

Несмотря на отсутствие единой дефиниции понятия КЖ, сложилось чёткое представление о составляющих его компонентах. Считается, что понятие КЖ объединяет показатели не менее чем четырёх разных, но коррелирующих друг с другом областей:

1. *Физический аспект КЖ*: совокупность симптомов болезни; комбинация побочных эффектов лечения; выраженность общего физического благополучия.
2. *Функциональный аспект КЖ*: способность исполнения действий, связанных с индивидуальными потребностями, амбициями или социальной ролью; активность; возможность самообслуживания.
3. *Эмоциональный аспект КЖ*: эмоциональное состояние биполярной направленности с соответственно противоположными результатами в виде благополучия или дистресса, утрата/сохранение психологического равновесия, изменение личности, потеря своей эстетической цельности, привлекательности, интереса к поддержанию приятной внешности (сексуальности), утрата перспектив на счастье, духовные проблемы – утрата веры в справедливость мира, межперсональные проблемы – семейное благополучие, взаимоотношения в семье, удовлетворение от отношений с друзьями, страх потери любви окружающих, проблемы родственников, ложь больному со стороны родственников и врачей.
4. *Социальный аспект КЖ*: уровень общественной и семейной активности, включающий отношение к социальной поддержке, поддержание повседневной активности, работоспособности, семейные обязанности, проблема ухода за больным, влияние заболевания на трудоспособность и профессиональный прогноз.



Изменения составляющих КЖ особенно отчетливо проявляются у хронического больного. При постановке диагноза физическое состояние, психологического и социального функционирования пациента, как правило, не нарушено. С развитием процесса и ухудшением самочувствия пациент переживает критические изменения во всех сферах жизнедеятельности – физической, психической, духовной и социальной. Наличие негативной симптоматики пациентами отмечается чаще, чем врачами, причем половина больных называет стрессогенные симптомы, вообще выпавшие из поля зрения медицинских специалистов. Показатели КЖ в клинической медицине часто используют в качестве критерия определения эффективности лекарственных препаратов и реабилитационных программ, а также как показатель индивидуального мониторинга состояния больного [8, 13]. В гастроэнтерологии методы исследования КЖ начали широко применять сравнительно недавно, что обуславливает актуальность накопления данных по различным разделам проблемы. Большим количеством исследований было подтверждено положение о том, что параметры КЖ у пациентов гастроэнтерологического профиля существенно ниже, чем популяционные показатели. При этом в зависимости от конкретной нозологической формы страдают различные сферы жизнедеятельности пациентов [5, 11, 14].

Материалы и методы.

Основным инструментом оценки КЖ пациентов являются специально разработанные опросники, которые могут быть общими и специализированными, относящимися к определенным областям медицины, конкретным болезням или даже к конкретным стадиям болезни и состояниям. Составление опросников — сложный и многоэтапный процесс. Он включает оценку валидности, оценку надежности, определение чувствительности опросника, которые проводятся квалифицированными специалистами при помощи специально разработанных тестов.

Специальные опросники сфокусированы на конкретной нозологии и на её лечении, они позволяют уловить изменения в КЖ пациентов, которые произошли за относительно короткий промежуток времени и применяются для оценки эффективности конкретного метода ведения данного заболевания. Специальные опросники являются наиболее чувствительными для конкретного заболевания, так как содержат специфические для них компоненты. Общие опросники направлены на оценку здоровья населения в целом, независимо от патологии, их целесообразно применять для оценки тактики здравоохранения. Преимущество общих опросников в том, что их валидность установлена для различных нозологий, что позволяет проводить сравнительную оценку влияния разнообразных медицинских программ на КЖ как отдельных субъектов, так и всей популяции [10]. Среди общих опросников наиболее распространены: *EUROQOL*, *MOS SF-36* – «*The Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*», *Quality for Well-Being Index*, *Sickness Impact Profile* – «*SIP*», *Nottingham Health Profile* – «*NHP*», *Quality of Life Index*. Следует помнить, что единых критериев и стандартных норм КЖ не существует. Для различных групп, регионов, стран можно определить условную норму КЖ и в дальнейшем проводить сравнение с этим показателем [1-3]. При этом важно помнить, что при оценке КЖ не должны учитываться мнения медицинских работников и членов семьи индивидуума; КЖ – это не критерий тяжести заболевания, а показатель того, как пациент переносит своё состояние, КЖ – это объективный показатель субъективности.

Нами были обследованы пациенты с установленным диагнозом язвенной болезни (ЯБ), всего 31 человек в возрасте от 29 до 54 лет, средний возраст $45,89 \pm 1,76$



лет, в том числе 16 женщин и 15 мужчин. На момент обследования давность заболевания колебалась от 0 (впервые выявленная ЯБ) до 19 лет, в среднем составив $8,07 \pm 2,27$ лет.

Наряду с обязательными клиническими и инструментальными методами обследования для оценки состояния психологического статуса пациентов использовали ряд стандартизованных методик. Личностную и реактивную (ситуативную) тревожность определяли по методике Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина. Для диагностики типов отношения к болезни (*тест ТОБОЛ*) была использована методика, разработанная в лаборатории клинической психологии института им. В.М. Бехтерева. Типологию реакций личности на болезнь, диагностируемую с помощью опросника, определяли по классификации А.Е. Личко и Н.Я. Иванова.

Для оценки качества жизни больных ЯБ использовали наиболее распространенный в клинических исследованиях общий опросник *MOS SF-36*. Опросник *MOS SF-36* позволяет оценивать КЖ респондентов с различными нозологиями и сравнивать этот показатель с таковым у здоровой популяции; позволяет охватывать лица от 14 лет и старше, в отличие от большинства других взрослых опросников, для которых минимальным возрастным порогом является 17 лет; обладая достаточно высокой чувствительностью, является кратким, содержит всего 36 вопросов, что делает его применение весьма удобным, в том числе в амбулаторной практике.

Из пунктов опросника формируются 8 шкал, которые объединяются в 2 суммарных измерения. *Состояние физического здоровья (PCS)* оценивается по следующим шкалам:

1. Физического функционирования (Physical Functioning – PF) – субъективная оценка респондентом объема своей повседневной физической нагрузки, не ограниченной состоянием здоровья;
2. Ролевого физического функционирования (Role-Physical – RP) – субъективная оценка респондентом степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной проблемами со здоровьем;
3. Боли (Bodily Pain – BP) – роль субъективных болевых ощущений респондента в ограничении его повседневной деятельности за последние 4 недели;
4. Общего здоровья (General Health – GH) – субъективная оценка респондентом общего состояния своего здоровья в настоящее время.

Состояние психологического здоровья (MCS) оценивают по шкалам:

1. Жизнеспособности-энергичности (Vitality – VT) – субъективная оценка респондентом своего жизненного тонуса;
2. Социального функционирования (Social Functioning – SF) – субъективная оценка респондентом уровня своих социальных контактов;
3. Ролевого эмоционального функционирования (Role-Emotional – RE) – субъективная оценка респондентом степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной эмоциональными проблемами;
4. Психического здоровья (Mental Health – MH) – субъективная оценка респондентом своего настроения за последние 4 недели.

Статистический анализ одномерных данных проводили с использованием программы StatSoft STATISTICA v.10.0.

Результаты исследования.

При исследовании по методике Спилбергера выявлены умеренно высокие уровни личностной ($44,91 \pm 2,91$) и ситуативной тревожности ($40,83 \pm 3,55$), что является типичной, отмеченной многими авторами, особенностью психостатуса



пациентов, страдающих ЯБ. Под личностной тревожностью (ЛТ) понимают относительное устойчивое индивидуальное свойство личности, характеризующее степень ее психоэмоционального напряжения. Реактивная (ситуативная) тревожность (РТ) – это состояние индивида, которое характеризует степень его беспокойства, психоэмоционального напряжения в конкретной ситуации, состояние реактивной тревожности может быть достаточно динамичным и во времени и по степени выраженности.

Данные, полученные при оценке КЖ по методике MOS SF-36, представлены рис.1. В качестве группы сравнения приведены результаты обследования здоровых лиц. Наиболее существенные различия выявлены по шкалам ролевого физического функционирования, боли, ролевого эмоционального функционирования и психического здоровья. Полученные нами результаты согласуются с данными других авторов. Так, например, Новик А.А. и соавт. в своей работе указывают, что при обострении ЯБ наиболее существенные различия с популяционной нормой наблюдаются по шкалам ролевого физического функционирования, боли, жизнеспособности и эмоционального функционирования [2]. По данным М.Г.о.Гусейнадзе наиболее существенные отклонения от нормы параметров КЖ при ЯБ выявлены по шкалам PF (38,4%), RP (34,6%), боли (44,2%) и общего здоровья (35,2%), при этом автор также отмечает зависимость между показателями КЖ, продолжительностью заболевания и частотой обострений [6].

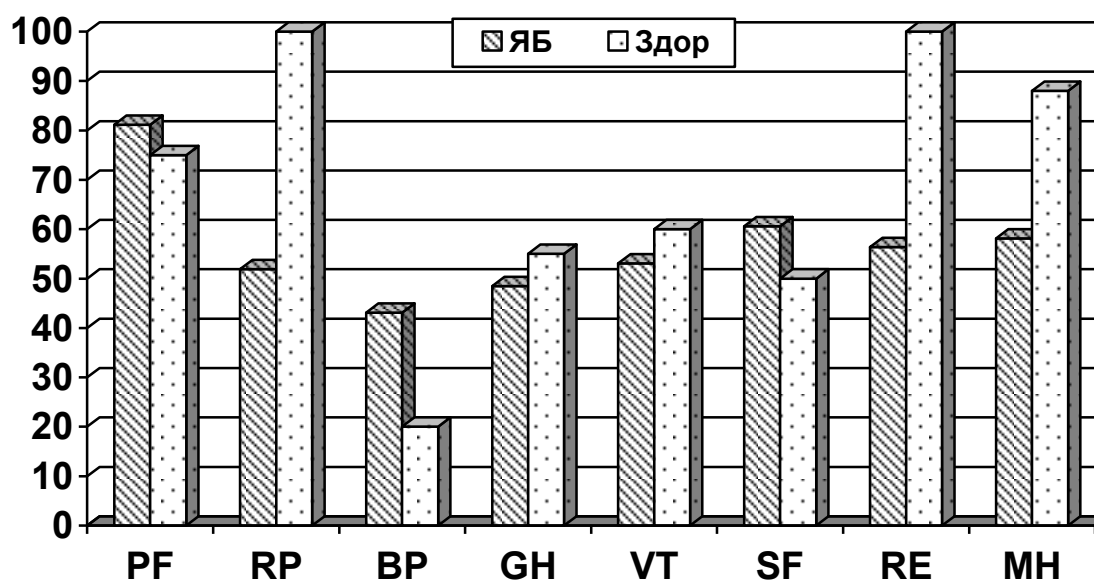


Рисунок 1. Показатели КЖ при язвенной болезни и у здоровых добровольцев

При проведении корреляционного анализа выявлены взаимосвязи между показателями КЖ и некоторыми клиничко-анамнестическими характеристиками. Наиболее существенные изменения КЖ пациенты отмечали в связи с ухудшением физического состояния, энергичности, общего здоровья, выраженностью болевого синдрома. Отмечалось снижение физической работоспособности (PF) по мере увеличения возраста пациентов ($r=-0,87$ при $p=0,024$) и давности заболевания ($r=-0,50$; $p=0,014$). Также наблюдалось снижение показателей, характеризующих



психическое здоровье – жизнеспособности (VT), социального функционирования (SF) и психологического здоровья (MH): $r_{\text{возраст-VT}}=-0,54$ ($p=0,008$); $r_{\text{давность-SF}}=-0,45$ ($p=0,031$); $r_{\text{возраст-MH}}=-0,48$ ($p=0,001$); $r_{\text{давность-MH}}=-0,48$ ($p=0,001$). Выявлена прямая корреляционная зависимость между состоянием психологического здоровья MH и локализацией язвенного дефекта – пациенты с желудочной локализацией язв ниже оценивали свое психическое здоровье ($r=-0,87$ при $p=0,024$).

Закономерно снижались показатели КЖ у пациентов при изменении значений личностной и ситуативной тревожности. Так по мере увеличения показателей РТ существенно снижалась самооценка пациентами физического ($r=-0,89$, $p=0,001$) и эмоционального состояния ($r=-0,86$, $p=0,027$), энергичности ($r=-0,83$, $p=0,043$). Наличие астено-депрессивных и депрессивно-ипохондрических тенденций в психическом статусе больных ЯБ с низкой самооценкой КЖ отмечают и другие авторы [7, 9].

По данным различных авторов среди основных причин снижения КЖ при ЯБ, помимо основных клинических проявлений самого заболевания, больные отмечают необходимость ограничительного поведения (63,3-71,1%), нарушение социальных контактов (58,3%) и трудности в профессиональной сфере (58,3%), ведущие к экономическим проблемам [6, 11]. При изучении корреляций между показателями КЖ и типом реагирования на заболевания чаще всего обнаруживались взаимосвязи между типом реагирования на заболевание и такими параметрами КЖ, как ролевое физическое и эмоциональное функционирование, жизнеспособность (энергичность) и психическое здоровье (табл. 1). Высокие значения выше названных показателей сопровождались формированием адаптивных типов реагирования - эргопатического и анозогнозического. Деадаптивные ТОб (тревожный, неврастенический, ипохондрический) чаще выявляли у пациентов с низкой самооценкой выше названных показателей. С низкой оценкой своей социальной роли ($r=-0,83$; $p=0,001$) и психического здоровья ($r=-0,97$; $p=0,001$) также был сопряжен меланхолический (витально-тоскливый) ТОб, характеризующийся сверхудрученностью болезнью.

Таблица 1

Корреляционные связи между показателями КЖ и ТОб при язвенной болезни

Коррелирующие факторы		г	р
RP	Эргопатический ТОб	0,94	0,006
	Анозогнозический ТОб	0,92	0,010
	Тревожный ТОб	-0,82	0,047
	Ипохондрический ТОб	-0,82	0,045
VT	Эргопатический ТОб	0,95	0,003
	Анозогнозический ТОб	0,94	0,005
	Неврастенический ТОб	-0,84	0,036
RE	Тревожный ТОб	-0,82	0,044
	Ипохондрический ТОб	-0,87	0,022
MH	Эргопатический ТОб	0,94	0,005
	Анозогнозический ТОб	0,93	0,008
	Неврастенический ТОб	-0,83	0,038

Заключение. Исследование КЖ – новое и перспективное направление медицины, которое дает возможность точнее оценить нарушения в состоянии здоровья пациентов, яснее представить суть его клинической проблемы, определить наиболее рациональный метод лечения, а также оценить его ожидаемые результаты по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода специалистов и



субъективной точки зрения пациента. Изменения составляющих КЖ особенно отчетливо проявляются у больных с хроническим заболеванием. Развитие патологического процесса и ухудшение самочувствия способствует тому, что пациент начинает переживать критические изменения во всех сферах жизнедеятельности – физической, психической, духовной и социальной.

Разработка и концепция КЖ при различных заболеваниях, унификация и стандартизация подходов к изучению КЖ – актуальные научно практические проблемы, над которыми работают ВОЗ, ряд других международных некоммерческих организаций, периодических изданий, специализирующихся исключительно на вопросах КЖ. В соответствии с новой парадигмой клинической медицины КЖ пациента является главной целью лечения при заболеваниях, не ограничивающих продолжительность жизни; КЖ является дополнительной целью лечения пациентов при заболеваниях, ограничивающих продолжительность жизни; и, наконец, КЖ является единственной целью лечения пациентов в инкурабельной стадии заболевания. Таким образом, исследование качества жизни позволяет получать дополнительную информацию о многих аспектах состояния больного, как до начала, так и в процессе лечения, а методология исследования КЖ открыла новый этап в жизни общества XXI века, предложив простой, информативный и надежный способ определения ключевых параметров, составляющих благополучия человека.

Качество жизни – понятие актуальное не только для здравоохранения, но и для всех сфер жизни современного общества, так как конечной целью активности всех институтов общества является благополучие человека. Благополучие человека – это гуманная и благородная цель, реализация которой возможна, с одной стороны, если структуры общества прикладывают усилия для ее достижения, с другой, если есть строгие критерии оценки и измерения этих усилий. В конечном итоге, целью любой здравоохранительной инициативы сегодня следует считать достижение более качественной жизни пациентов наряду с сохранением ими работоспособности и хорошего самочувствия.

Список литературы.

1. Comorbid conditions in the AMICA study patients: effects on the quality of life and drug prescriptions by general practitioners and specialists / R. Caporali, M.A. Cimmino, P. Sarzi-Puttini et al. // Semin. Arthritis Rheum.- 2005.- Aug; 35 (1 Suppl 1).- P.31-37.
2. Novik A.A., Ionova T.I., Tzepakova A.A. et al. Quality of life of the population of St.Petersburg // Qual. Life Res.- 2000.- Vol.9, №3.- P.308.
3. Quality of life assessment in clinical trials / Ed. M. J. Staquet.- Oxford University Press: Oxford, New York, Tokyo, 1998.- 360p.
4. Афанасьева Е.В. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем / Е.В. Афанасьева // Качественная клиническая практика.- 2010.- №1.- С.36-38.
5. Белоусова Е.А. Гастроэнтеролог поликлинического звена: эффективность работы врача и качество жизни больных / Е.А. Белоусова, М.В. Черногорова, А.Н. Гуров // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.- 2004.- Т.14, №4.- С.79-86.
6. Гусейнадзе М.Г. Оценка качества жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / М.Г. Гусейнадзе // Тер. архив.- 2006.- Т.78, №2.- С.38-42.
7. Джулай Г.С. Качество жизни и отношение к болезни у пациентов с хроническим гастритом / Г.С. Джулай, В.В. Чернин // Клин. медицина.- 2002.- Т.80, №7.- С.32-36.
8. Коваленко С.Н., Романцов М.Г., Коваленко А.Л. Качество жизни больных инфекционного стационара: Руководство для врачей-инфекционистов и клинических психологов // Под ред. М.Г. Романцова. – СПб., 2010. –152с.



9. Новик А.А. Концепция и стратегия исследования качества жизни в гастроэнтерологии / А.А. Новик, Т.И. Ионова, Н.Л. Денисов // Тер. архив.- 2003.- Т.75, №10.- С.42-46.
10. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – 2-е изд. / Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М., 2007. – 320 с.
11. Оценка качества жизни – новый инструмент комплексного обследования гастроэнтерологического больного / А.А. Баранов, А.С. Потапов, Е.С. Дублина, Е.В. Комарова // Вопросы современной педиатрии.- 2006.- Т.5, №2.- С.38-43.
12. Петров В.И. Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике. – Волгоград, 2001. – 96 с.
13. Пушкарев А.Л. Качество жизни: структура и перспективы использования его в лечении и реабилитации / А.Л. Пушкарев, Н.Г. Аринчина, Н.Е. Крылова // Проблемы реабилитации.- 2000.- №1.- С.32-37.
14. Черногорова М.В. Оценка качества ведения больных язвенной болезнью желудка и ДПК в поликлинике / М.В. Черногорова // Клин. медицина.- 2007.- Т.85, №12.- С.54-57.

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ОТДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Павлова А.Н., Шакиров А.М., Кадыскина Е.Н.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра профилактической медицины и охраны здоровья, Санкт-Петербург

Актуальность. Улучшение качества медицинской помощи населению и совершенствование деятельности медицинских работников являются важнейшими задачами практического здравоохранения. Большая роль в реализации этих задач принадлежит среднему медицинскому персоналу. Медицинские сестры в своей профессиональной деятельности выполняют большой объем сестринской помощи в лечебно-диагностической и профилактической работе; перечень функциональных обязанностей, выполняемых медицинскими сестрами, в зависимости от их специализации, за рабочую смену изложен в существующих должностных инструкциях. Качество оказываемых медицинскими сестрами услуг зависит от профессиональных знаний и умений, а также связано с состоянием их здоровья. В литературе имеются работы по оценке профессиональных факторов риска и состояния здоровья медицинских сестер (Виноградов С.В., 2007; Веткина О.А., 2009; Злобина Г. М., 2010; Якимова Н.В., 2011; Стаценко Н.Н., 2011; Знаменский А.В. и соавт., 2014). По мнению Евплова В., Гайнутдиновой И.К.(2011) высокие уровни заболеваемости этой профессиональной группы связаны с рядом неблагоприятных факторов поведенческого и профессионального характера, в том числе физического и эмоционального напряжения. Выраженность этих факторов зависит от специфики деятельности, которая соответствует специальности медицинской сестры. Однако медицинские сестры отделения функциональной диагностики редко попадают в поле зрения исследователей. Труд медицинских сестер данной специализации характеризуется целым рядом особенностей: работа на сложной аппаратуре, с большим количеством документов, требует владения знаниями первичной диагностики функциональных изменений и т.д. Медицинские сестры в течение рабочей смены контактируют с большим количеством пациентов. Особенности



профессиональной деятельности могут влиять их на здоровье и психоэмоциональное состояние.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей профессиональной деятельности, состояния здоровья и качества жизни медицинских сестер ОФД.

В исследовании использовалась специально разработанная программа, включающая 165 вопросов, сгруппированных по разделам. Изучалась информированность медицинских сестер ОФД о наличии вредных факторов на рабочем месте, их удовлетворенность профессиональной деятельностью. Вопросы анкеты позволяли произвести субъективную оценку здоровья и психоэмоционального состояния медицинских сестер, оценить их медицинскую активность, приверженность к здоровому образу жизни (собственную и членов семьи), наличие поведенческих факторов риска. Обработка полученных результатов осуществлялась с использованием программы Epi Info 10.

В исследованиях принимали участие 237 медицинских сестер отделения функциональной диагностики. Из них возраст от 20 до 29 лет имели 10,5% медицинских сестер, более половины опрошенных (54%) находились в возрасте от 40 до 59 лет, 19,8% - 30 - 39 лет, старше 60 лет было 15,6%. Большая часть медицинских сестер (78,8%) имела большой профессиональный опыт работы в отделениях функциональной диагностики, стаж работы более 10 лет и от 6 до 10 лет имели, соответственно, 10,1% опрошенных, от 3 до 5 лет - 3,8%, менее 3 лет работали 6,8% медицинских сестер. Около половины участвующих в исследованиях (49,8%) имели высшую квалификационную категорию по специальности, 14,8% - первую, 8,9% - вторую, 26,2% не имеют квалификационной категории.

Оценка характера профессиональной деятельности осуществлялась с помощью фотохронометражных наблюдений за работой 87 медицинских сестер отделения функциональной диагностики, работающих в стационарах и поликлиниках Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Анализ результатов осуществлялся в программе Microsoft Excel, на основании «Методических рекомендаций по изучению затрат рабочего времени сестринского персонала» (2002 г.).

Изучены материалы аттестации 12 рабочих мест медицинских сестер отделения функциональной диагностики, характеризующие напряженность трудового процесса по 23 показателям, включая интеллектуальные, сенсорные, эмоциональные нагрузки, монотонность труда и режим работы.

Работа медицинских сестер отделения функциональной диагностики осуществляется на основании приказа Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 1993 г. N 283 «О совершенствовании службы функциональной диагностики в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» (Положение о медицинской сестре отдела, отделения, кабинета функциональной диагностики). В зависимости от уровня и профиля медицинского учреждения, режим работы медицинских сестер отделения функциональной диагностики разный. По данным анкетного опроса 54% медсестер работают в одну смену, 34,8% - в две смены и 11,2% имеют суточный режим работы. Трудовая нагрузка в течение недели у 43,9% опрошенных медсестер распределена неравномерно, основная нагрузка падает на начало и конец недели.

Деятельность медицинских сестер ОФД имеет целый ряд особенностей. По данным проведенного фотохронометража рабочего времени медсестринского персонала отделения функциональной диагностики, 42% производительного рабочего времени составляет основная деятельность, включающая проведение исследований, которое занимает 60% от основной деятельности, ассистирование



врачу (16%), специальная подготовка к исследованию (6%), инструктаж пациентов (8%), обработка кожных покровов (7%), измерения АД (3%).

Большая часть работы по проведению исследований выполняется медсестрами в вынужденной рабочей позе в положении стоя, и состоит из большого количества стереотипных рабочих движений, обеспечивающих значительную региональную мышечную нагрузку с преимущественным участием мышц рук и плечевого пояса. В процессе трудовой деятельности медицинские сестры осуществляют переходы по отделениям, если пациент не может сам прийти на процедуру, что занимает 10,6% от общего производительного времени.

В течение рабочей смены медицинские сестры контактируют с большим количеством пациентов. Например, при выполнении ЭКГ-исследований, медицинские сестры должны указать на пленке точные сведения о пациенте, часть из которых получают путем опроса. Это пол, возраст, телосложение, клинический диагноз, уровни артериального давления, лекарственная терапия, в т.ч. прием диуретиков, сердечных гликозидов, гормонозаместительной терапии, а также сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Кроме того, медицинские сестры проводят специальный инструктаж пациентов перед диагностическим исследованием, для максимально правильного его проведения. На большой объем работы, связанной с голосовой нагрузкой, указывают 48,8% медицинских сестер ОФД.

Выполняя электрокардиографические исследования, медицинские сестры должны владеть знаниями первичной диагностики, уметь разбираться в основных нарушениях, которые могут регистрироваться на электрокардиограмме, определять необходимость регистрации дополнительных отведений и оповещать об этом врача. От знаний и оперативного реагирования медицинской сестры может зависеть своевременность оказания медицинской помощи пациенту, снижение опасности развития осложнений. Таким образом, работа медицинской сестры ОФД связана с высокой психоэмоциональной и интеллектуальной нагрузкой, ответственностью за полученный результат.

Медицинскими сестрами отделения функциональной диагностики, помимо основных функциональных обязанностей по проведению исследований, выполняется большой объем работы с документацией, что составляет 18% производительного времени. Большая часть этой работы включает регистрацию пациентов в журнале – 38%, переписку врачебного заключения – 31%, работу с архивом – 25%, работу с историей болезни – 6%.

На вспомогательную деятельность уходит 14% производительного времени. К ней относятся: обработка электродов – 18%, вызов пациента на исследование – 15%, включение и выключение аппарата – 13,8%, текущая уборка рабочего места – 12%, сбор заявок на исследования – 10,5%, взаимодействие с коллегами – 9%, переодевание – 8,4%, подготовка рабочего места – 7%, приготовление дезинфицирующих растворов – 6,1%.

По данным хронометражных наблюдений на непроизводительный труд приходится 12% рабочего времени. Не все медицинские сестры в течение трудового дня имеют перерыв для отдыха и приема пищи. Возможность кратковременного отдыха в течение рабочей смены имеют 55,2% исследуемых, при этом средняя его продолжительность составляет 10,2 минут.

Не питаются вообще в период рабочего времени 4,6% медицинских сестер. Около половины медицинских сестер (43,9%) на работе предпочитают питаться бутербродами, 36,3% опрошенных питаются горячими обедами. Однако более четверти исследуемых (26,2%) указывают на отсутствие возможности разогрева



принесенной с собой пищи. Половина медицинских сестер ОФД (49,8%) на работе питаются в специально отведенном месте, в то время как более трети (33,8%) анкетированных принимают пищу непосредственно на рабочем месте. Среднее время для приема пищи у медицинских сестер составляет 20 минут. При комплексной оценке удовлетворенности режимом и качеством питания, 57,4% опрошенных отметили как удовлетворительное, а 14,3% - неудовлетворительно. По мнению медицинских сестер, в их рационе питания недостаточно рыбы, овощей, мяса и фруктов.

По данным аттестации рабочих мест медицинских сестер ОФД напряженность трудового процесса медицинских сестер оценена как допустимая (2.0 класс). Однако следует отметить, что на этом фоне показатели, характеризующие интеллектуальные нагрузки (содержание работы, восприятие информации и её оценка, распределение функций по степени сложности задания) и эмоциональные нагрузки (высокая ответственность за результаты собственной деятельности, значимость ошибки) были оценены как вредные, первой степени выраженности (3.1).

Анализ данных анкет по самооценке здоровья показал, что только 30,4% медицинских сестер ОФД считают себя практически здоровыми. При оценке отдельных показателей здоровья 28,4% медицинских сестер отмечают жалобы на головные боли, возникающие при волнении, физической нагрузке. Интенсивность головных болей у 55,9% медсестер умеренная, а 5,7% часто испытывают сильные боли, которые снижают работоспособность. 32,7% жалуются на боли в области поясницы, 16,6% - на боли в области шеи, 20,7 - на боли в суставах. Более половины медицинских иногда испытывают боли умеренной интенсивности, которые мешают привычному функционированию. Сильное утомление верхних и нижних конечностей испытывают 11,4% медицинских сестер, а 6,3% отметили, что у них появляется общее мышечное утомление, ухудшая общее самочувствие. Появление выраженного чувства усталости к концу рабочего дня отмечают 77,2% опрошенных, у 8% оно проявляется через 2-3 часа работы, 7,6% постоянно имеют чувство выраженной усталости. После отработанной смены 13,5% медицинских сестер длительное время не могут восстановить силы, чувствуют разбитость до конца дня.

Пятая часть анкетированных (20,9%) указала на повышение артериального давления, 14,7% - беспокоящие боли, неприятные ощущения в области сердца.

Повышенную раздражительность и отсутствие желания общаться с людьми после работы отмечают 22,7% медицинских сестер.

Оценивая возможности для проведения полноценного отдыха и восстановления сил, 43,9% опрошенных отметили недостаточность для этого времени, 30% имеют работу по совместительству.

Оценивая удовлетворенность условиями своей профессиональной деятельности, 74,2% анкетированных считают их удовлетворительными, а 8,9% - неудовлетворительными.

Среди неблагоприятных факторов трудовой деятельности медицинские сестры ОФД отмечают эмоциональные перегрузки - 34,6%, необходимость частого переключения внимания - 13,1%, быстрого принятия решений - 13,1%, высокую степень профессиональной ответственности - 12,7%, общение с большим количеством пациентов в течение рабочего дня - 48,9%; из факторов, определяющих тяжесть трудового процесса - вынужденную рабочую позу, длительную работу в положении стоя - 24,9%, частые наклоны туловища - 30,8%; контакт с биологическими и химическими факторами производственной среды - работа с



дезинфицирующими средствами – 27%, опасность заражения инфекционными заболеваниями – 23,6%.

Кроме того, оценивая образ жизни медицинских сестер отделения функциональной диагностики, была выявлена распространенность таких поведенческих факторов риска, как табакокурение (19,3%) и недостаточная двигательная активность (56,3%). Используемая нами анкета в блоке оценки режима дня медицинских сестер содержала вопросы, характеризующие количественные и качественные показатели ночного отдыха медицинских сестер.

Нарушения качества сна отметили 63% медицинских сестер, что проявляется частыми пробуждениями, бессонницей, кошмарными сновидениями. Особо обращает на себя внимание то, что более половины (52,6%) респондентов во время пробуждения чувствуют себя разбитыми и усталыми.

Более трети медицинских сестер ОФД (35,5%) имеют заболевания в хронической форме. В структуре заболеваний преобладает патология органов пищеварения (28,4%), сердечно-сосудистой системы (22,3), эндокринной системы (21,8%), опорно-двигательного аппарата (19,9%), мочеполовой системы (11,8%), органов дыхания (10,4%). Комплексная оценка степени удовлетворенности своим трудом показала, что только пятая часть (19,6%) медицинских сестер функциональной диагностики работой полностью удовлетворены. Около половины опрошенных (46,8%) оценивают степень удовлетворенности профессиональной деятельностью на 50-70%.

Субъективная оценка организации профессиональной деятельности показала, что медицинских сестер ОФД в большой степени не устраивает уровень организации труда (66,6%), отсутствие возможности получать бесплатную медицинскую помощь в условиях учреждения (62%), режим работы (60,8%), отсутствие разнообразия в работе (55,3%), недостаточная техническая оснащенность (51,9%), отношения с пациентами (49,8%), санитарно-гигиенические условия (43,4%), отсутствие самостоятельности в работе (38,8%), отношения с коллегами (36,3%).

Выводы.

1. Анализируя особенности организации работы медицинских сестер отделения функциональной диагностики, выявили, что основными резервами рабочего времени являются – работа с документами, которая занимает 18% производительного времени и длительность переходов по отделениям – 10,6% рабочего времени.

2. При выполнении профессиональных обязанностей медицинские сестры имеют большую психоэмоциональную и интеллектуальную нагрузку, подтвержденную объективными данными аттестации рабочих мест, которая, по мнению анкетированных, оказывает влияние на состояние их здоровья.

3. Не все медицинские сестры имеют перерывы в работе для приема пищи и отдыха.

4. Помимо факторов, связанных с профессиональной деятельностью, у медицинских сестер ОФД распространены поведенческие факторы риска, среди которых отмечаются табакокурение, низкая физическая активность, нерациональное питание.

Предложения.

Для оптимизации труда и сохранения здоровья медицинских сестер отделения функциональной диагностики можно предложить следующие рекомендации:

1. Оборудовать кабинеты функциональной диагностики более удобной, функциональной, эргономичной мебелью.



2. Оснастить кабинеты необходимым количеством диагностической аппаратуры, оргтехникой для ведения документации, особенно для создания базы данных проведенных исследований и их результатов. Компьютеризация кабинетов позволит освободить место, занимаемое бумажным архивом, а также устранил источник пыли и сделает работу с архивом более удобной и быстрой.

3. Обеспечить отделения, где много нетранспортабельных пациентов, аппаратами ЭКГ, что сократит время медицинской сестре ОФД на переходы.

4. С целью совершенствования организации профессиональной деятельности медицинских сестер ОФД, необходимы регламентация деятельности с учетом равномерности распределения нагрузки и выделение перерывов для отдыха и приема пищи, а также улучшение условий труда,

5. Учитывая большую психологическую нагрузку, целесообразно выделять на отделении специальное помещение для отдыха, а также обучать медицинских сестер методам снятия психологического напряжения и повышения стрессоустойчивости.

6. Для оптимизации качества и режима питания в рабочее время, необходимо обеспечить в помещении для приема пищи возможность её хранения и разогрева.

7. В связи с широким распространением среди медицинских сестер табакокурения, целесообразно в лечебных организациях организовывать для них медицинскую помощь по отказу от табакокурения.

8. С целью снижения у медицинских сестер ОФД поведенческих факторов риска, необходимо их обучение основам здорового образа жизни, и сохранения здоровья.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Панёнков А.Н., Черненко Е.Н.

ДВГМУ, кафедра хирургии ФПК и ППС, Хабаровск

Актуальность. Острый панкреатит, некогда считавшийся редким заболеванием, в начале XX века занял 3 место среди острых хирургических заболеваний и составил около 12,5% от всей ургентной патологии (Брискин Б.С. с соавт., 2000), при этом тенденции к уменьшению заболеваемости не наблюдается. У каждого четвертого больного развивается некротический панкреатит, при котором даже в специализированных клиниках мира показатели общей летальности (10-15 %) остаются стабильно высокими (Савельев В.С., 2004). Около 70% больных острым панкреатитом – это лица активного трудоспособного возраста. Среди пациентов, перенесших панкреонекроз, у 73% больных возникает стойкая утрата трудоспособности, снижается качество жизни, что придает проблеме социально-экономическую значимость (Нестеренко Ю.А. с соавт.; Мухин А.С. с соавт., 2002).

Цель исследования: изучение качества жизни больных, перенесших «открытые» оперативные вмешательства по поводу острого панкреатита в отдаленном периоде.

Материалы и методы. В основную группу вошел 71 пациент, оперированный по поводу острого панкреатита с 1995 по 2001 год в МУЗ Городская клиническая больница №3 г. Хабаровска. Отдаленные результаты лечения оценены с учетом клинических форм заболевания. Сроки изучения качества жизни после оперативного вмешательства составили от 13 до 19 лет.



У 19 пациентов (26,7%) диагностирован геморрагический панкреонекроз, у 22 (31%) – жировой, у 30 (42,3%) интраоперационно установлен отечный панкреатит. У большинства пациентов выполнены некрэсеквестрэктомия (в фазу гнойно-септических осложнений), дренирование сальниковой сумки, санация и дренирование брюшной полости.

Контрольную группу составили 30 человек от 22 до 53 лет, не имеющие в анамнезе абдоминальной патологии и оперативных вмешательств на брюшной полости.

Оценка качества жизни пациентов проводилась на основе теста MOS SF-36. Он содержит 36 вопросов, объединенных в 8 шкал (Физического функционирования (ФФ), Ролевого функционирования (РФ); Интенсивности боли (ИБ); Общего здоровья (ОЗ); Жизненной активности (ЖА); Социального функционирования (СФ); Ролевого эмоционального функционирования (РЭФ); Психического здоровья (ПЗ). Основными интегральными показателями данного теста являются два показателя: физический и психологический компоненты здоровья.

Из 71 пациента изучение качества жизни с помощью опросника выполнено у 21 человека. 20 пациентов основной группы умерли, из них 8 – летальные исходы в послеоперационном периоде в результате прогрессирующей полиорганной недостаточности или гнойно-септических осложнений. В одном наблюдении летальный исход наступил через 5 лет после первичной операции по поводу смешанного панкреонекроза в результате рецидива заболевания на фоне хронического алкоголизма. Остальные летальные исходы произошли в разные сроки после перенесенной операции по причинам, не связанным с патологией поджелудочной железы.

Результаты и обсуждение. Из опрошенных больных хорошее и удовлетворительное качество жизни отмечено у 6 пациентов (28,5%). Из них 4 пациента с жировой формой панкреонекроза, 1 – с отечной формой и 1 с геморрагическим панкреонекрозом. Качество жизни как неудовлетворительное оценили 1 пациент с геморрагическим, 4 с жировым панкреонекрозом и 1 с отечным панкреатитом.

Отмечена наиболее значимая разница в группах по показателю Физический компонент здоровья. В группах пациентов, оперированных по поводу отечной формы панкреонекроза и отечного панкреатита, не отмечено статистически достоверного различия показателей, которые составили в среднем $49,35 \pm 3,4$. Самый низкий физический компонент здоровья у пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу геморрагического панкреонекроза – $43,7 \pm 3,2$. В основной и контрольной группе отмечено статистически значимое различие показателя ($p=0,0034$), при уровне физического компонента в контрольной группе $53,7 \pm 3,6$.

Психический компонент здоровья имеет сходную динамику у пациентов с разными клиническими формами острого панкреатита. При статистической обработке данных методами дисперсионного анализа достоверного различия показателей психического здоровья не выявлено. Средний уровень психического компонента здоровья в исследуемых группах составил $45,39 \pm 4,0$.

Высокая летальность больных с геморрагическим панкреонекрозом указывает на необходимость тщательного подбора лечебной тактики, адекватного послеоперационного ухода и наблюдения, как на стационарном, так и на амбулаторном этапе.

Заключение. Пациенты, оперированные по поводу панкреонекроза, в отдаленном периоде после хирургических вмешательств, как правило, сохраняют трудоспособность, однако уровень качества жизни таких людей закономерно



снижен преимущественно за счет физического компонента здоровья. В то же время психическое здоровье пациентов находится на высоком уровне и является достаточным для активной социальной жизни.

Наличие в структуре оперированных больных пациентов с отечной формой панкреатита свидетельствует о высокой частоте неоправданных «открытых» вмешательств, частоту выполнения которых в настоящее время удалось многократно снизить за счет широкого внедрения инструментальных методов диагностики.

Следует отметить, что выполнение подобных исследований значительно затруднено в связи с низким уровнем комплаенса пациентов в вопросах отдаленных последствий оперативного лечения. Проведенное нами исследование показывает, что необходимо применять методы оценки качества жизни пациентов в отдаленном периоде у пациентов с различными оперативными вмешательствами, для полноты оценки эффективности лечения.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Петрова Т.Н., Красноруцкая О.Н.

ГБОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ,
кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики, Воронеж

Актуальность. В современном образовании существует множество глобальных проблем, но среди них есть жизненно важные вопросы, от решения которых зависит существование не только образовательной системы, но и всего общества. Речь идет о здоровье обучающихся.

На сегодняшний день, совершенно очевидно, что проблема охраны здоровья учащейся молодежи переросла на государственный уровень, поскольку в условиях дефицита трудового потенциала для обеспечения поступательного экономического развития отечественной экономики в ближайшие десятилетия потребуются трудовые ресурсы с высокими физическими, психическими и социальными характеристиками.

Вместе с тем, за годы обучения в образовательных учреждениях наблюдается прогрессирующее ухудшение состояния здоровья студенческой молодежи: 70% функциональных расстройств переходят теперь в стойкую хроническую патологию. Ухудшение здоровья учащейся молодежи влечет за собой негативные последствия в виде снижения успеваемости, ограничения профессиональной пригодности, нарушения формирования репродуктивного потенциала и пр. Неуклонное снижение числа практически здоровых студентов, все возрастающий поток молодых людей, страдающих хронической патологией и инвалидов, рассматривается многими исследователями сегодня как национальная трагедия России.

Конечно, причин для этого более чем достаточно. Особый социальный статус, специфические условия трудовой деятельности, быта и образа жизни студентов отличают их от всех других категорий населения и делают эту группу чрезвычайно уязвимой в социальном плане. Высокие темпы развития современного общества предъявляют новые, более жесточенные требования к здоровью человека. Процесс обучения в современной высшей школе характеризуется динамичностью, высокой интенсивностью труда, разнообразием форм и методов обучения, возрастанием объема информации, внедрением новых технических средств и учебных технологий,



что требует от студентов мобилизации сил для адаптации к новым условиям проживания и обучения.

Постоянное умственное и психоэмоциональное напряжение, частые вынужденные нарушения режима труда, отдыха и питания, смена места жительства, недостаточная материальная обеспеченность, необходимость совмещать работу с учебой, неуверенность в своем будущем и многие другие факторы предъявляет определенные требования к состоянию здоровья молодых людей.

Однако объяснить это только социальным напряжением и условиями образовательного процесса не представляется возможным, поскольку важнейшим фактором является отношение самого человека к здоровью как индивидуальной и социальной ценности. В настоящее время среди основной части студенческой молодежи сформировалась безответственная и потребительская позиция по отношению к собственному здоровью. В настоящее время модным стал лозунг – думать о сегодняшнем дне, о своем благополучии, а не о будущем страны и о тех, кому в этом будущем предстоит жить. Подтверждением тому является широчайшая пропаганда алкогольных напитков и сигарет, осуществляемая в средствах массовой информации через рекламу; повсеместная доступность, дешевизна алкогольной продукции, продажа ее без возрастных ограничений; декриминализация немедицинского потребления наркотических веществ, снятие уголовной ответственности за их потребление; отсутствие системы мер борьбы с наркотизмом.

Все это существенно сказывается на состоянии здоровья населения страны, в том числе и молодежи. Вредные привычки имеют место уже среди школьников. Так, среди школьников старших классов распространенность курения составляет более 10 %. Крайне настораживает тот факт, что 18,8 % школьников периодически употребляют алкоголь. В этой связи, в качестве одной из причин ухудшения состояния здоровья студенческой молодежи значительное число учёных рассматривает то, что подавляющая часть молодых людей приходит в студенческую среду с различными функциональными отклонениями в состоянии здоровья или даже хроническими заболеваниями. Исходя из имеющихся на сегодняшний день данных, каждый четвертый выпускник школы имеет нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, каждый третий – близорукость, нарушение осанки, а распространенность хронических заболеваний увеличивается в 1,5 раза. Доказательством тому служат данные официальной статистики (Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2002-2012 годах).

Изменяющиеся в связи с поступлением в учебные заведения условия жизни, обусловленные резко возросшей нагрузкой, сменой режима питания, а нередко и места жительства, способствуют снижению адаптации, развитию новых и прогрессированию уже имеющихся заболеваний. Следствием этого является увеличение заболеваемости и временной нетрудоспособности студентов, что наносит значительный социальный и экономический ущерб обществу.

Мы живём в мире, в котором оказываем постоянное воздействие на среду своего обитания: что-то преобразовываем, что-то создаём, что-то разрушаем, загрязняем, уничтожаем. Но такое воздействие не сводится к одностороннему контакту, мы также получаем воздействие от окружающей среды в ответ. Некоторые исследования показывают, что из всех факторов, влияющих на здоровье человека (наследственность, система здравоохранения, образ жизни) на долю окружающей среды приходится около 20%, а это значит, что нельзя не уделять данному аспекту должного внимания.

Способствует ухудшению здоровья и отсутствие единого методического подхода к вопросам организации медицинской профилактики заболеваемости с



учетом региональных особенностей. Ухудшение качества медицинской помощи, снижение её эффективности, нехватка квалифицированных медицинских кадров, низкая техническая оснащённость, недостаток средств – это далеко не полный перечень проблем российского здравоохранения, которые имеют место на сегодняшний день на фоне прогрессирующего понижения уровня здоровья населения в целом и студенческой молодежи, в частности. Неблагополучное состояние этой сферы перерастает в серьезную социальную проблему.

Кроме того, сегодня остро стоит вопрос в ограничении доступности медицинской помощи студенческой молодежи. Государственные гарантии бесплатной медицинской помощи практически на универсальной основе сегодня превращаются в пустые декларации. Платность медицинских услуг нарастает. Проведенные в последние годы обследования личных расходов населения на медицинскую помощь показывают, что объем этих расходов составляет 40-45% от совокупных затрат на медицинскую помощь (государственных и личных). Более 50% молодых людей платят за лечение в стационарах, 30% – за амбулаторно-поликлиническую помощь, более 70% – за стоматологические услуги. Формальные и неформальные платежи особенно обременительны для студентов, поскольку их материальные доходы нередко не превышают прожиточный минимум, установленный в регионе. В этой связи постоянно растет число молодых людей, вынужденных отказываться от лечения и приобретения нужных лекарств.

Таким образом, негативные тенденции ухудшения здоровья молодежи связаны с целым комплексом факторов, неблагоприятно влияющих на организм. Среди них: неудовлетворительное социально-экономическое положение, неблагоприятная санитарно-эпидемиологическая и экологическая обстановка, ухудшение качества питания, реформирование системы образования без учета состояния здоровья учащихся. При сохранении существующих ныне внешних условий, согласно прогнозу, их количество будет только увеличиваться.

Своеобразным индикатором здоровья молодых людей является их качество жизни. Эксперты ВОЗ определяют качество жизни как «способ жизни в результате комбинированного воздействия факторов, влияющих на здоровье, счастье, включая индивидуальное благополучие в окружающей среде, удовлетворительную работу, образование, социальный успех, а также свободу, возможность свободных действий, справедливость и отсутствие какого-либо угнетения». Качество жизни – категория, которая в своих измерениях интегрирует и обобщает все многообразие сторон быта и образа жизни молодых людей.

В этой связи **целью настоящей работы** являлось изучение качества жизни и состояния здоровья учащейся молодежи, которая будет определять трудовой, оборонительный потенциал в ближайшие годы, воспроизводство и, соответственно, здоровье будущих поколений.

Материалы и методы. Изучение факторов, формирующих здоровье студенческой молодежи, проводилось комплексно и охватывало социальные, экономические и психологические характеристики объекта исследования. С целью получения общей картины о состоянии здоровья студенческой молодежи мы изучили влияние внешних факторов на состояние здоровья студентов, используя холистический подход на основе пяти основных компонентов: физическое здоровье (питание, сон-отдых, наличие заболеваний), духовное здоровье (самореализация, планы на будущее), социальное здоровье, интеллектуальное здоровье (образование, досуг), эмоциональное здоровье.



С этой целью на протяжении нескольких лет проводили исследование качества жизни студентов Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко. Всего обследовано 4167 человек в возрасте от 17 до 25 лет.

Для решения поставленных в работе задач использован комплекс медико-социологических (анкетирование), клинических, биохимических и инструментальных методов исследования.

Анкета-опросник содержала 157 вопросов, касающихся состояния здоровья, вредных привычек, питания и физической активности, а также разнообразных характеристик респондента – семьи, учебы, места жительства, наличия работы и т.п.

В процессе обработки полученных данных проводили статистический анализ, включающий выявление корреляции между индивидуальными показателями, оценивали вклад отдельных составляющих в формирование качества жизни студентов.

Полученные результаты. Анализ данных анкетирования показал, что в основном студенты довольны своей жизнью. Доля крайних оценок «скорее не доволен» и «совсем не доволен» не велика и составляет для 1 курса (1%), для 3-го – 5% с оценкой «скорее не доволен» и 1,5% с оценкой «совсем не доволен», для 5-го курса – 1% с оценкой «скорее не доволен» и 2% с оценкой «совсем не доволен».

Вместе с тем, было выявлено, что ценность здоровья как средство достичь поставленных целей для респондентов важнее, чем ценность здоровья как способ прожить наиболее продолжительную и полноценную на всех этапах жизнь. Эти две характеристики здоровья как социальной ценности находятся в противоречии друг с другом.

Безусловно, противоречие между достижением материального благополучия и необходимостью быть здоровым разрешимо на пути совершенствования объективных условий жизнедеятельности людей. Но не менее важны собственные установки и стереотипы в индивидуальном отношении к своему здоровью как к непреходящей ценности.

Так, 54,2 % из общего числа респондентов считают, что «здоровье – самое главное в жизни», 35,7 % – «здоровье – необходимое условие полноценной жизнедеятельности», 9,9 % из числа опрошенных относят здоровье к числу важнейших и необходимых ценностей жизни. 4,6 % «предпочитают жить не думая о здоровье вообще». Вместе с тем, 2,9 % опрошенных высказывают суждение, что «есть и другие ценности, которые также важны, как и здоровье» (по мнению 2,3 %, существуют ценности, ради которых можно поступиться здоровьем).

Также, данные анкетирования показали, что 95 % студентов считают, что ведут «не здоровый» образ жизни, и лишь 5 % опрошенных уверены, что их образ жизни соответствует общепринятым здоровьесберегающим установкам. Придерживаться принципов здорового образа жизни необходимым считают 71,7 % студентов, частично – 24,3 %, не считают необходимым – 4 %.

Вместе с тем, подавляющее большинство отметили поверхностное представление о понятии «здоровый образ жизни». Свои знания респонденты оценили на «хорошо» – 34,5% студентов, «удовлетворительно» – 62,2%, «неудовлетворительно» – 3,3%. Основным источником, интересующей информации о здоровом образе жизни для студентов, являются средства массовой информации: газеты, теле- и радиорепортажи (46%). Редко используется информация, полученная из специальной литературы, материалов лекций и семинаров вуза.

В процессе проведения опроса установлено, что 87,1% респондентов считают себя практически здоровыми, в то время как 22,5% из них имеют хронические заболевания и на каждого студента в год приходится 2,1 острых заболеваний. Часто



болеют (более двух раз в год) – 3,0% и 11,1% соответственно, редко болеют (менее двух раз в год) – 4,3% и 35,7% соответственно. Имеют хронические заболевания 17,3% и 28,2% соответственно. Из них состоит на диспансерном учете 4,0% и 3,4% соответственно. Абсолютное большинство молодых людей, имеют наследственную предрасположенность к социально отягощенным заболеваниям: гипертонии – 58,1%; ИБС – 26,9%; инфаркту миокарда – 17,0%; инсульту – 20,0%; сахарному диабету – 17,0%.

Несмотря на это, большинство студентов проявляют низкую медицинскую активность и практически ничего не предпринимают для укрепления своего здоровья. Следует обратить внимание, что только в случае острой необходимости, за медицинской помощью к врачу обращаются 23,7% юношей и 30,1% девушек. Большинство студентов занимаются самолечением 38,2%.

Основным фактором, мешающим заниматься своим здоровьем, по мнению студентов, является недостаток времени – 34%, отсутствие условий – 20,6%, материальные затруднения – 18,6% и лень – 14,4%.

В исследуемой совокупности 54,1 на 100 опрошенных студентов проживают дома с родителями, 9,8 имеют собственную квартиру, 9,5 на 100 опрошенных респондентов снимают квартиру, 27,1 на 100 студентов живет в общежитии.

Выявлено, что самую низкую оценку своему здоровью дали студенты, проживающие в общежитии (20,8 на 100 опрошенных считают себя здоровыми), лучшую – живущие в своей квартире (здоровыми считают себя 32,8 из 100 опрошенных). Имеют хроническую патологию 27,1 на 100 опрошенных студентов, проживающих в общежитии, а живущие в своей квартире отметили хронические заболевания в 24,9 из 100 опрошенных.

Анализ взаимосвязи состояния здоровья с условиями проживания выявил существование корреляционной связи средней силы ($r=0,45$). Относительный риск плохого здоровья при неудовлетворительных условиях проживания равен 1,7.

Корреляционный анализ продемонстрировал наличие сильной корреляционной связи между семейным положением студента и оценкой его собственного здоровья ($r=0,88$). Относительный риск плохого здоровья при создании студенческой семьи составляет 1,7, появление одного ребенка увеличивает риск до 7,6.

Микроклимат в семье оказывает влияние на оценку собственного здоровья студентами, их спокойствие и эмоциональную устойчивость.

Самооценка собственного здоровья в группах студентов с разным микроклиматом в семье статистически достоверно отличается. Здоровыми себя считают 27,1 на 100 опрошенных из группы с благополучным микроклиматом и 4,6 на 100 семей с напряженными взаимоотношениями в семье. Хронические заболевания отметили у себя 20,5 на 100 опрошенных из первой группы и 50,0 – из второй. Корреляционный анализ показал наличие взаимосвязи средней силы между микроклиматом семьи и оценкой собственного здоровья ($r=0,59$). Относительный риск плохого здоровья в связи с напряженной психологической обстановкой в семье составляет 2,4.

Следует отметить, что данные нашего исследования находятся в полном соответствии с убеждениями исследователей о высокой значимости семьи, психологического климата в ней для состояния здоровья ее членов.

Социальное происхождение студентов интересовало нас с точки зрения принадлежности их к различным группам населения, отличающимся по социальному и имущественному статусам. Именно семья в основном формирует отношение к здоровью молодого человека путем поддержания определенных



традиций, обучения навыкам заботы о здоровье, воспитывает элементы санитарно-гигиенической культуры. Около половины всех опрошенных студентов (49,5 %) происходит из семьи рабочих, почти столько же (48,7%) из семьи служащих, 1,3% из семьи пенсионеров, 0,5% являются сиротами.

Социальный статус семьи студентов, обучающихся в разных вузах, существенно отличается. Так, в медицинской академии больше всего студентов из семей служащих (78,4%), а, к примеру, в педагогическом и архитектурно-строительном университетах большая доля студентов из семей рабочих и служащих примерно равна (соответственно 42,5 % и 45,5 % респондентов для ВГПУ, 44,8% и 39,9% для ВГАСУ).

Важным аспектом, влияющим на состояние здоровья студентов, является их социально-экономическое положение. Изучение удовлетворенности студентов своим материальным положением показало, что каждый пятый (20,9%) имеет на одного члена семьи менее 5 000 рублей (на период исследования (2011г.) прожиточный минимум, рассчитанный для жителей Воронежской области, составил 4 665 рублей). Подушевой ежемесячный доход до 10 000 рублей имели 45,2% студентов, более 10 000 рублей – 33,9%.

Как правило, бюджет студента складывается из стипендии, или из стипендии и заработанных средств, или из стипендии и материальной помощи родителей.

Низкий уровень доходов обязывает молодых людей совмещать учебу с работой. В исследуемой нами совокупности студенческой молодежи постоянно совмещают учебу с работой 21,1 на 100 опрошенных, 20,2 на 100 опрошенных подрабатывают эпизодически. Наличие у себя хронических заболеваний отметили 27,7 на 100 опрошенных работающих студентов, а из числа неработающих 26,8. Коэффициент корреляции демонстрирует сильную взаимосвязь между совмещением учебы с работой и наличием хронических заболеваний ($r=0,86$).

Дефицит семейного бюджета, ограниченность средств у студентов приводят к ухудшению качества питания, что, в свою очередь, является причиной многих заболеваний.

Не менее важным обстоятельством, является режим питания молодых людей. Его, по нашим данным, соблюдают только 22,6 % опрошенных студентов. В этой группе респондентов, информированными в отношении значимости рационального питания оказались 70,9 на 100 опрошенных (61,3 на 100 мужчин и 74,7 на 100 женщин).

Однако, при кажущемся благополучии более тщательный анализ показал, что многие студенты, особенно юноши, принимают пищу беспорядочно. Бывают длительные перерывы в еде с последующей массивной пищевой нагрузкой в вечернее время.

При изучении режима питания учащихся обнаружилось, что среди обследуемых 16,5% юношей и 14,2% девушек принимают пищу три раза в день, четыре раза в день – 6,4% и 4,2% соответственно, два раза – 21,4% и 30,2% соответственно и один раз – 4,2% и 5,1% соответственно. Из числа опрошенных завтракают по утрам 70,4 % юношей и 81,1 % девушек. Условия принятия пищи студентами в обеденный перерыв: в буфете обедают 32,3 ± 3,9% юношей и 53,7 ± 2,8 % девушек; в столовой – 33,8±4,0 % юношей и 19,7 ± 2,2 % девушек; приносят обед с собой 2,1 ± 1,2 % юношей, 7,8 ± 1,5% девушек, другое – юноши – 31,7 ± 3,9%, девушки – 18,7 ± 2,2%.

В группе студентов с несбалансированным питанием считают себя здоровыми лишь 14,2 на 100 опрошенных, в то время как респонденты с полноценным и сбалансированным питанием – 32,2 из 100 респондентов. Хронические заболевания студенты из первой группы отметили в 40,7 случаях на 100 респондентов против 25,3 на



100 опрошенных из второй. Корреляционный анализ показал наличие сильной корреляционной связи между этими явлениями ($r=0,85$). По нашим данным, относительный риск плохого здоровья студентов при неполноценном несбалансированном питании равен 4,9.

При исследовании выявлено, что у 41,8 на 100 опрошенных студентов не хватает средств на питание, из них 12,6 постоянно испытывают их недостаток. Выявлено, что только каждый третий опрошенный (это составило 39,3 на 100 респондентов) из исследуемой совокупности имеет возможность покупать для себя фрукты, примерно у такого же количества (46,7 из 100 опрошенных) появляется подобная возможность только иногда, а 8,5 из 100 совсем не могут позволить себе это.

Установлена тесная взаимосвязь между достаточностью средств на питание и оценкой студентами собственного здоровья ($p<0,05$). Студенты, имеющие достаточно средств на полноценное питание, здоровыми считают себя 26,7 на 100 респондентов, а среди студентов с недостаточным уровнем средств, здоровых с их точки зрения, оказалось 19,4 на 100 опрошенных. Хронические заболевания отметили 23,2 на 100 опрошенных в первой группе, 34,7 на 100 респондентов из второй. Корреляционный анализ показал наличие сильной обратной корреляционной взаимосвязи между достаточностью средств на питание и наличием хронических заболеваний у студентов ($r = -0,87$). Относительный риск плохого здоровья по самооценке респондентов при недостаточности средств на питание составляет 2,2.

В связи с ухудшением социально-экономических условий только 12,9% опрошенных имеют возможность выезжать летом для отдыха за пределы региона; 62,1% студентов ведут малоподвижный образ жизни, из которых 65,9% девушек. Большую часть свободного времени студенты предпочитают встречаться с друзьями – 22,2% юношей и 20,3% девушек или спать – 15,4% и 19,1% соответственно.

Однако известно, что разумно организованное свободное время способствует восстановлению физических сил организма человека, развитию его способностей, духовному обогащению. Наличие или отсутствие увлеченности в определенной степени отражается на состоянии здоровья молодежи. Среди студентов, которые не имеют никаких постоянных увлечений, проводят свободное время неорганизованно, хронические заболевания отметили 29,5 на 100 опрошенных, а среди имеющих увлечения социально активных студентов 7,3 на 100 опрошенных.

В подавляющем большинстве, для студенческой молодежи характерно несоблюдение режима труда и отдыха, постоянное недосыпание, переутомление, особенно в период сессии. Достаточная продолжительность сна только у четверти респондентов (27,2 на 100 опрошенных). И лишь треть из опрошенных (33,0 на 100 респондентов) старается отдыхать на свежем воздухе и заниматься спортом (24,2%). Из этой группы студентов здоровыми себя считают 30,9 на 100 опрошенных, а среди студентов с недостаточной продолжительностью сна 15,8 на 100 опрошенных. Хронические заболевания отметили 21,2 на 100 респондентов из первой группы и 32,8% из второй. Коэффициент корреляции свидетельствует о наличии прямой сильной корреляционной связи между полноценным ночным отдыхом и самооценкой своего здоровья ($r=0,86$). Относительный риск плохого здоровья при несоблюдении режима труда и отдыха равен 1,8.

Низкая физическая активность является одним из основных факторов риска развития заболеваний и, следовательно, важной проблемой общественного здоровья. Особенно это значимо у студенческой молодежи, у которой непрерывно увеличивается информационный поток, накапливаются знания, возрастает умствен-



ное и нервное перенапряжение. По нашим данным, гиподинамия отмечается у 36% студентов и 70,9% студентов, эпизодически занимающихся физкультурой и спортом. Из числа опрошенных респондентов не занимались утренней гигиенической гимнастикой 52,1% юношей и 50,2% девушек. Периодически занимались – 14,2% и 10,6% соответственно. Посещают спортивные секции или ходят на занятия физкультурой 9,1% юношей и 55,2% девушек соответственно.

Анализ особенностей мотивации к физкультурно-оздоровительным занятиям выявил гендерные различия. Так, для студенток, отметивших низкую физическую активность, значимыми оказались факторы, связанные с потребностью в физическом совершенствовании: освоить двигательные навыки, улучшить пластику движения, улучшить телосложение.

В то же время юноши с низким уровнем двигательной активности в занятиях по физическому воспитанию видят, во-первых, возможность в психической реабилитации; во-вторых, для них значимым аргументом является задача повысить уверенность в себе и повысить уважение к себе со стороны друзей. Кроме того, для данной группы студентов (юношей) не безразлично и своевременное получение зачета. Вместе с тем, корреляционный анализ показал существование сильной корреляционной связи нарушения здоровья с низкой физической активностью молодых людей ($r=0,75$). Относительный риск ухудшения здоровья при несоблюдении принципов здорового образа жизни составляет 1,7.

Образ жизни, являющийся, по мнению многих исследователей, ведущим фактором, определяющим здоровье при любой социально-экономической обстановке, складывается не только из рационального питания, физической активности, рациональной организации труда и отдыха, социальной, медицинской активности, но и из наличия или отсутствия вредных привычек и целого ряда других элементов.

Корреляционный анализ продемонстрировал наличие взаимосвязи средней силы между увлеченностью, организованным проведением свободного времени и оценкой состояния здоровья ($r=0,46$). Относительный риск плохого здоровья при отсутствии увлеченности, активной социальной позиции равен 1,2.

Девиантное поведение современных студентов-медиков предполагает анализ распространения среди студентов табакокурения, употребления алкоголя и наркотиков. Эти разрушители здоровья являются причиной многих заболеваний, резко сокращают продолжительность жизни, снижают работоспособность, пагубно отражаются на здоровье.

Основной причиной вредных привычек студенты считают стрессы, вызванные перегруженностью учебных программ, неустроенность быта и досуга, отсутствие адекватных механизмов релаксации. Доказательством тому является то, что курящие студенты чаще неудовлетворенны условиями для учебы и получения образования в вузе, чем некурящие соответственно 35,8 и 27,3%. Коэффициент корреляции этих признаков составил $r=0,112$; $p<0,01$.

Распространенность табакокурения среди респондентов составила 41,9% (девушки – 22,8%, юноши – 64,2%). Юноши более часто курят, что является статистически достоверным ($p<0,05$). Стаж курения у некоторых достиг уже более пяти лет. Курят 1-5 лет – 26,75% юношей и 3,8% девушек, нерегулярно курят 10,2% и 7,6% соответственно. Основная доля респондентов начала курить в возрасте 14-15 лет – 41,9%, 26,1% – в 16-17 лет, 18,6% – старше 18 лет. Отмечено, что юноши начинают курить преимущественно в 14-15 лет, а девушки – в 16-17 лет. Из числа курящих юношей выкуривают менее полпачки 40,4%, девушек – 80,5%, одну пачку – 34,0% и 1,6% соответственно.



Очень важным в решении студентов всех вузов начать курить является наличие пагубной привычки у близких родственников. Опрос показал, что 64% молодых людей подвергаются воздействию табачного дыма в домашних условиях. По нашим данным курящие родители являются примером для появления этой привычки в семье, без критики принимая ее у своих детей.

Вместе с тем, несмотря на сравнительно малый срок и интенсивность курения студентов, уже в возрасте 17-20 лет, отмечаются первые, наиболее ранние последствия табачной интоксикации. Жалобы на здоровье курящие студенты отметили в 59% случаев. Жалобы респондентов полиморфны: слабость (61%), плохой сон (58%), головная боль (43%), частые ангины (39%), ОРЗ (33%), кашель с мокротой (31%), одышка (15%) и, что настораживает, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (около 8%).

К сожалению, жалобы студентов не являются субъективными, они подтверждаются данными как медосмотров, так и обращаемости за медицинской помощью. Организм еще не адаптирован к курению и, возможно, с этим связаны пики заболеваемости, отмечающиеся в 17 лет.

Таким образом, привычка курения среди студентов – явление не новое и носит стабильный характер, захватывая все новые пласты взрослеющей молодежи. В этой связи, важно не упустить время.

В сложившейся ситуации именно педагоги и родители должны быть вооружены информацией и методами борьбы с курением в целях формирования у молодых людей потребности в здоровом образе жизни. Только систематическая, постоянная профилактическая воспитательная работа на всех этапах и во всех возрастных группах позволит вырастить здоровое поколение.

Не менее опасна алкоголизация молодежи, нарастающая весьма высокими темпами. Причин для этого явления вполне достаточно: это неумение занять себя в свободное время, отсутствие клубов по интересам, частые праздники, поиск путей самоутверждения в обществе и подражание взрослым. Эпизодически употребляют спиртные напитки 42,7% юношей, 41,2% девушек. Один раз в месяц – 8,8% и 5,7% соответственно, не употребляют 20,7 ± 3,8% и 38,6 ± 2,7% соответственно.

Впервые попробовали спиртные напитки в возрасте после 15 лет 74,4% юношей и 69,2% девушек, до 10 лет – 3,2% и 2,9% соответственно. Юноши наиболее часто употребляют алкоголь, что статистически достоверно ($p < 0,001$). Выявлена закономерность: распространенность употребления алкогольных напитков достоверно выше среди курящих по сравнению с некурящими. Так некурящих девушек и употребляющих алкоголь оказалось 6,3, а курящих и употребляющих алкоголь выявлено – 26,7 на общее число опрошенных ($p < 0,05$). Юношей, которые не курят и употребляют алкоголь, выявлено 17,2 на общее количество опрошенных, а курящих и употребляющих алкогольные напитки – 49,6%.

В группе студентов, употребляющих алкоголь, несколько чаще в 22,2%, отмечается совмещение учебы с работой. Отмечена достоверная корреляционная связь изучаемых признаков в популяции: $r = 0,235$; $p < 0,05$.

Употребление алкоголя также коррелирует с ИМТ ($r = 0,054$; $p < 0,02$), с нарушением сна ($r = 0,220$; $p < 0,001$).

Необходимо отметить, что употребление алкоголя отражается на самооценке собственного здоровья. Среди не употребляющих спиртные напитки считают себя здоровыми 32,3 на 100 опрошенных, среди употребляющих реже двух раз в месяц 20,2 на 100 респондентов. Злоупотребляющие алкоголем (более трех раз в неделю) мнение о хорошем собственном здоровье высказали в 31,2 случаях на 100 опрошенных. С увеличением частоты употребления алкоголя растет количество



студентов с хроническими заболеваниями. Среди тех, кто не употребляет спиртные напитки или употребляют их реже двух раз в месяц, хронические заболевания отметили 26,7 на 100 опрошенных, а из числа злоупотребляющих – 37,4 на 100 респондентов ($p < 0,05$).

Корреляционный анализ взаимосвязи самооценки собственного здоровья с злоупотреблением алкоголем показал наличие корреляционной связи средней силы между ними ($r = 0,43$). Относительный риск плохого здоровья при злоупотреблении алкоголем составляет 1,1.

Низкий относительный риск ухудшения самооценки собственного здоровья при злоупотреблении алкоголем у респондентов молодого возраста обусловлен, с одной стороны, возрастом, при котором еще не наступила манифестация болезни. С другой стороны, студентам свойственно недооценивать состояние своего здоровья, не обращать должного внимания на появившиеся симптомы. Кроме того, злоупотребляющие алкоголем, как правило, отличаются низкой медицинской активностью и небрежным отношением к своему здоровью.

Полученные данные о современных тенденциях распространенности употребления алкогольных напитков студентами, их самокритике и отношении к внешней критике следует трактовать как весьма неблагоприятный симптом, который оказывает пагубное влияние на здоровье молодого поколения, будущих потенциальных родителей, специалистов, профессионалов, призванных заниматься охраной здоровья населения.

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что высокий уровень заболеваемости у студентов в процессе обучения в системе высшей школы в определенной степени ассоциируются с высокой частотой распространенности провоцирующих факторов риска, как образовательной среды, так и их образа жизни. Выявленные экономические, социальные и психологические деформации указывают на низкий уровень культуры и здоровья студенческой молодежи и критически низким уровнем их качества жизни.

В этой связи на систему образования в целом и вузы, в частности, помимо специальных задач, ложится и задача сохранения физического, психического и нравственного здоровья студентов. Поэтому вуз должен выступать инициатором и организатором целенаправленной и эффективной работы по сохранению и укреплению здоровья студентов.

Для нас это важно, прежде всего, потому, что мы понимаем, что молодежь – главный потенциал Воронежской области. Именно молодежи предстоит вести дальше наш регион и нашу страну в целом. А мы работаем для того, чтобы молодые люди могли реализовывать себя в профессии, в спорте, творчестве, полезных делах – без алкоголя, без наркотиков, без табака. В нашем случае, это особенно важно, поскольку выпускник нашего вуза несет ответственность не только за свое, но и общественное здоровье.

И через некоторое время, ему по долгу службы придется нести навыки сохранения и укрепления здоровья в массы. Конечно, как показывает практика, воспитать настоящего врача задача непростая, но вполне решаемая. Помочь молодым людям сделать правильный выбор, обрести правильные ориентиры, прожить жизнь с пользой для себя и других – это та цель, ради которой, мы готовы работать без усталости.

Литература

1. Есауленко И.Э. Концептуальные основы охраны здоровья и повышения качества жизни учащейся молодежи региона /И.Э. Есауленко, А.А. Зуйкова, В.И. Попов, Т.Н. Петрова// Монография



2. Петрова Т.Н. Интегральная оценка ведущих медико-социальных характеристик образа жизни и состояния здоровья студентов ВГМА им. Н.Н. Бурденко / Т.Н. Петрова, А.А. Зуйкова // Вестник новых медицинских технологий. Тула, 2011. – Т. 18, № 2. – С. 312-314.

3. Судаков О.В. Анализ состояния здоровья студентов высших учебных заведений г. Воронеж / О.В. Судаков, Т.Н. Петрова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. Воронеж, 2012 – Т. 11, № 1. – С. 217-221.

ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Пивоварова Г.М., Морозько П.Н., Копа Д.С.,
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт Петербург

Актуальность темы. Здоровье населения – это благополучие общества, характеристика человеческого и трудового потенциала. Экспертами ВОЗ доказано, что улучшение качества и увеличение продолжительности жизни населения ведет к ускорению экономического развития государства, росту его валового национального продукта.

Основная цель развития отрасли здравоохранения – повышение качества и доступности оказания медицинской помощи населению. Главным результатом усилий и действий государственных органов исполнительной власти на всех уровнях является реальное влияние на здоровье россиян и исполнение главных целевых показателей в сфере охраны здоровья граждан.

Осуществляемый постоянный мониторинг и контроль основных показателей состояния здоровья населения позволяет получать всестороннюю информацию для эффективного и экономически обоснованного влияния на динамику этих процессов, для принятия управленческих решений.

Материалы и методы. Санитарно-статистические методы, программы Microsoft Word и Microsoft Excel.

Полученные результаты. Нами был проведен анализ некоторых показателей состояния здоровья населения за 2006-2015 годы [1]. При оценке состояния здоровья населения было установлено, что:

Численность населения (тысяч человек) на 1 января 2015 года составляет (Рис. 1):

1. по России 146270 тысяч человек – на 2,38% больше, чем в 2006 году;
2. по Северо-Западному федеральному округу 13847 тысяч человек – на 1,33% больше, чем в 2006 году;
3. по Санкт-Петербургу 5197 тысяч человек – на 9,46% больше, чем в 2006 году;
4. по Ленинградской области 1774 тысяч человек – на 4,91% больше, чем в 2006 году.



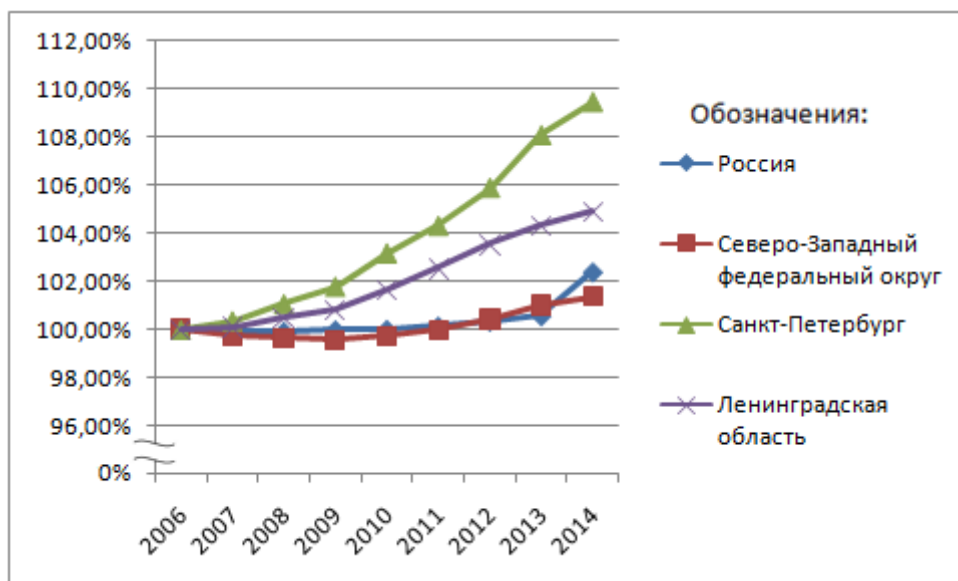


Рис. 1. Динамика численности населения по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2015 годы (в показателях наглядности).

При оценке некоторых показателей состояния здоровья населения за 2006-2011 годы было установлено, следующее:

Динамика изменения демографической ситуации (Рис. 2):

- в России характеризуется как устойчиво положительная. В 2011 году сохранилась положительная динамика естественного прироста населения (0,1‰ по сравнению с -0,3‰ в 2006 году), что обусловлено дальнейшим снижением общей смертности населения (за последние 6 лет с 15,1‰ до 13,5‰ – на 10,6%) и ростом рождаемости (за последние 6 лет с 10,3‰ до 12,6‰ – на 22,33%);

- по Северо-Западному федеральному округу также характеризуется как устойчиво положительная. В 2011 году сохранилась положительная динамика естественного прироста населения (0,3‰ по сравнению с -0,4‰ в 2006 году), что обусловлено дальнейшим снижением общей смертности населения (за последние 6 лет с 16,5‰ до 13,9‰ – на 15,76%) и ростом рождаемости (за последние 6 лет с 9,4‰ до 11,4‰ – на 21,28%);

- по Санкт-Петербургу положительная. В 2011 году сохранилась положительная динамика естественного прироста населения (1,1‰ по сравнению с 0,7‰ в 2006 году), что обусловлено дальнейшим снижением общей смертности населения (за последние 6 лет с 14,8‰ до 12,5‰ – на 15,54%) и ростом рождаемости (за последние 6 лет с 8,5‰ до 11,6‰ – 36,47%);

- по Ленинградской области также устойчиво положительная. В 2011 году сохранилась положительная динамика естественного прироста населения (0,9‰ по сравнению с 0,3‰ в 2006 году), что обусловлено дальнейшим снижением общей смертности населения (за последние 6 лет с 18,7‰ до 14,7‰ – на 21,39%) и ростом рождаемости (за последние 6 лет с 7,7‰ до 8,6‰ – 11,69%).

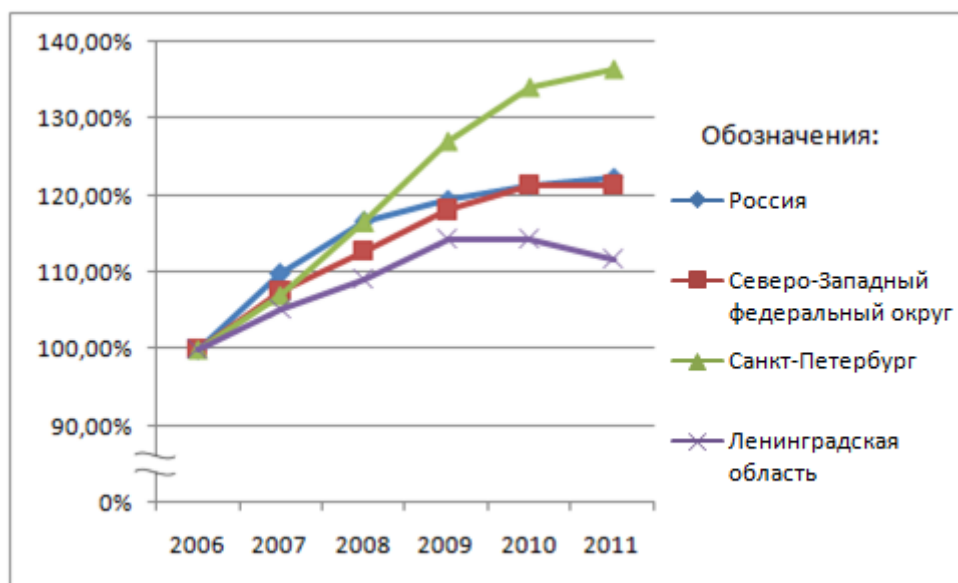


Рис. 2. Динамика общей смертности по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).

Коэффициент младенческой смертности в 2011 году по сравнению с 2006 годом (Рис. 3):

- по России снизился с 10,2‰ до 7,4‰ – на 27,45%;
- по Северо-Западному федеральному округу снизился с 7,7‰ до 5,4‰ – на 29,87%;
- по Санкт-Петербургу снизился с 4,7‰ до 4,3‰ – на 8,51%;
- по Ленинградской области снизился с 7,9‰ до 5,4‰ – на 31,65%.

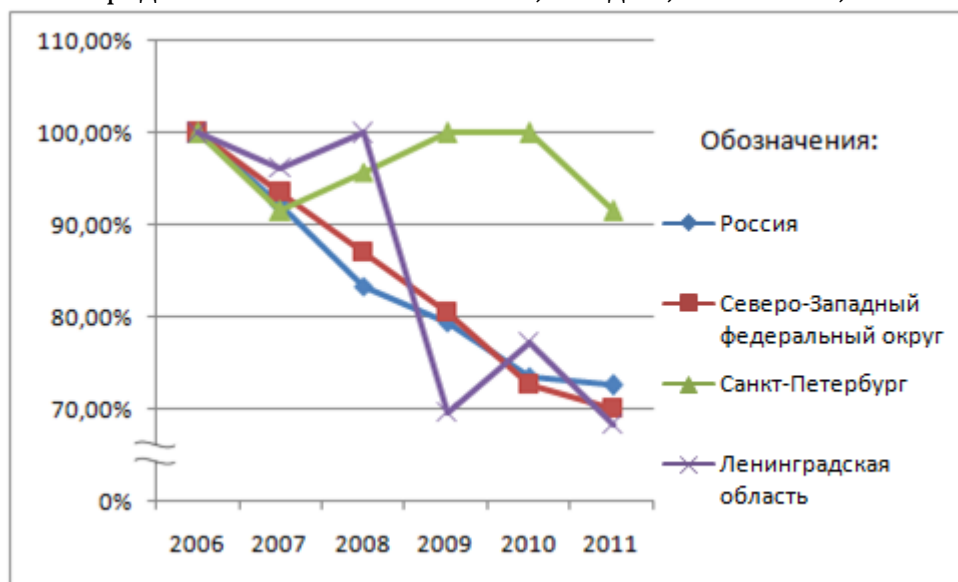


Рис. 3. Динамика младенческой смертности по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).

Показатель общей заболеваемости населения болезнями системы кровообращения (Рис.4):

- по России имеет негативную тенденцию к росту, и в 2011 году составил 22741,9 случаев на 100 000 человек. В динамике с 2006 года имеет место рост показателя на 8,69%;

- по Северо-Западному федеральному округу имеет негативную тенденцию к росту, и в 2011 году составил 26613,2 случаев на 100 000 человек. В динамике с 2006 года имеет место рост показателя на 4,95%;

- по Санкт-Петербургу имеет положительную тенденцию к снижению, и в 2011 году составил 35206,7 случаев на 100 000 человек. В динамике с 2006 года имеет место снижение показателя на 3,83%;

- по Ленинградской области имеет негативную тенденцию к росту, и в 2011 году составил 16238 случаев на 100 000 человек. В динамике с 2006 года имеет место рост показателя на 11,47%.

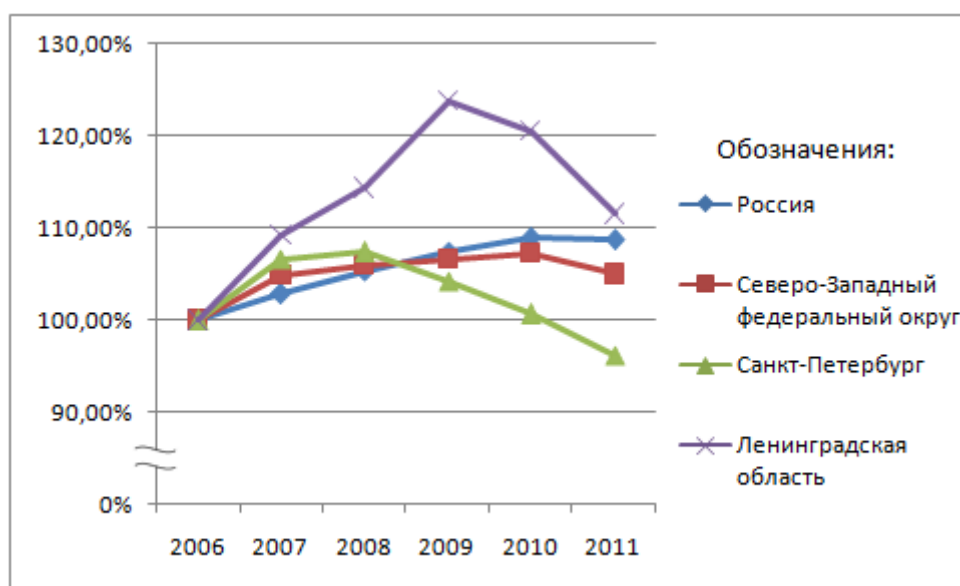


Рис. 4. Динамика общей заболеваемости населения болезнями системы кровообращения (случаев на 100 000 населения) по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).

Показатель общей заболеваемости населения острой ревматической лихорадкой с 2006 по 2011 годы (Рис. 5):

- в России характеризуется значительным снижением с 6,2 до 2,5 случаев на 100 000 населения – на 59,68%;

- по Северо-Западному федеральному округу характеризуется значительным снижением с 3,1 до 2,5 случаев на 100 000 населения – на 19,35%;

- по Санкт-Петербургу характеризуется значительным снижением с 3,2 до 1,8 случаев на 100 000 населения – на 43,75%;

- по Ленинградской области характеризуется значительным увеличением с 1,8 до 5,6 случаев на 100 000 населения – на 211,11%.

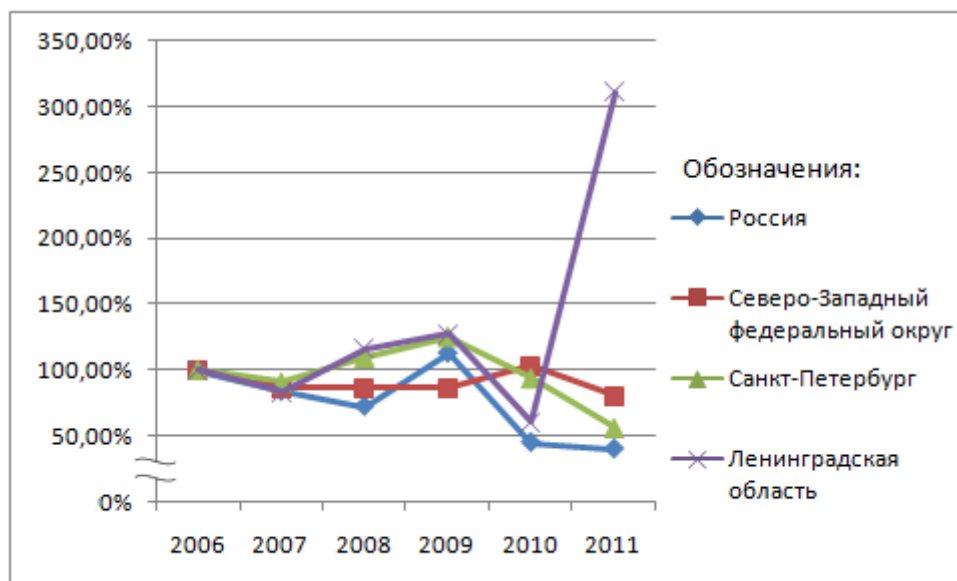


Рис. 5. Динамика общей заболеваемости населения острой ревматической лихорадкой (случаев на 100 000 населения) по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).

Общая заболеваемость населения хроническими ревматическими болезнями сердца за последние 6 лет имеет тенденцию к снижению (Рис.6):

- по России: с 183,5 до 138,6 случаев на 100 000 населения – на 24,47%;
- по Северо-Западному федеральному округу: с 160 до 121,2 случаев на 100 000 населения – на 24,25%;
- по Санкт-Петербургу: с 144,4 до 113,6 случаев на 100 000 населения – на 21,33%;
- по Ленинградской области: с 115,5 до 79,7 случаев на 100 000 населения – на 31%.

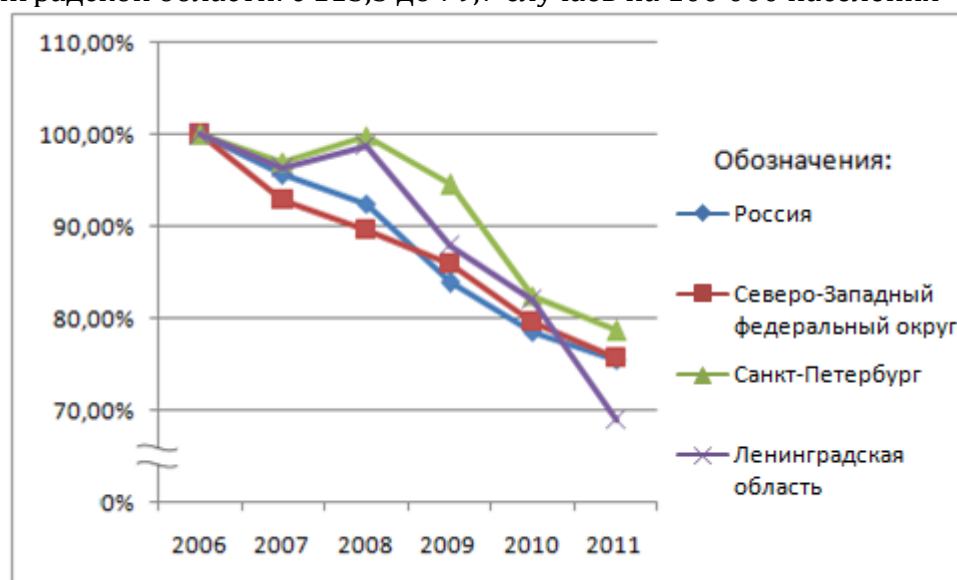


Рис. 6. Динамика общей заболеваемости населения хроническими ревматическими болезнями сердца (на 100 000 населения) по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).



Показатель общей заболеваемости населения повышенным кровяным давлением (Рис.7):

- по России имеет негативную тенденцию к росту, и в 2011 году составил 8431,6 случаев на 100 000 населения. В динамике с 2006 года имеет место рост показателя на 18,41%;

- по Северо-Западному федеральному округу имеет тенденцию к росту, и в 2011 году составил 9307,9 случаев на 100 000 населения. В динамике с 2006 года имеет место рост показателя на 0,66%;

- по Санкт-Петербургу имеет положительную тенденцию к снижению, и в 2011 году составил 10838,3 случаев на 100 000 населения. В динамике с 2006 года имеет место снижение показателя на 20,78%;

- по Ленинградской области имеет тенденцию к росту, и в 2011 году составил 6440,6 случаев на 100 000 населения. В динамике с 2006 года имеет место рост показателя на 10,38%.

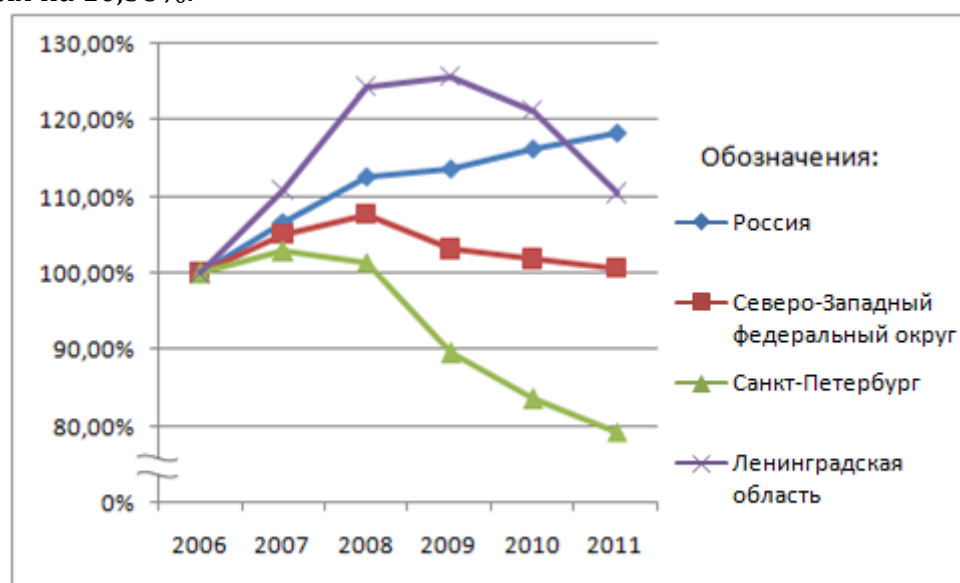


Рис. 7. Динамика общей заболеваемости населения повышенным кровяным давлением по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).

Первичная заболеваемость населения болезнями системы кровообращения (случаев на 100 000 населения) за последние 6 лет (с 2006 по 2011 гг.) имеет тенденцию к росту:

- по России показатель увеличился с 2657,5 до 2662,4 – на 0,18%;

- по Северо-Западному федеральному округу показатель увеличился с 2300,8 до 2535,9 – на 10,22%;

- по Санкт-Петербургу показатель увеличился с 2353,7 до 2471,3 – на 5,0%;

- по Ленинградской области показатель увеличился с 2157,2 до 2450 – на 13,57%;

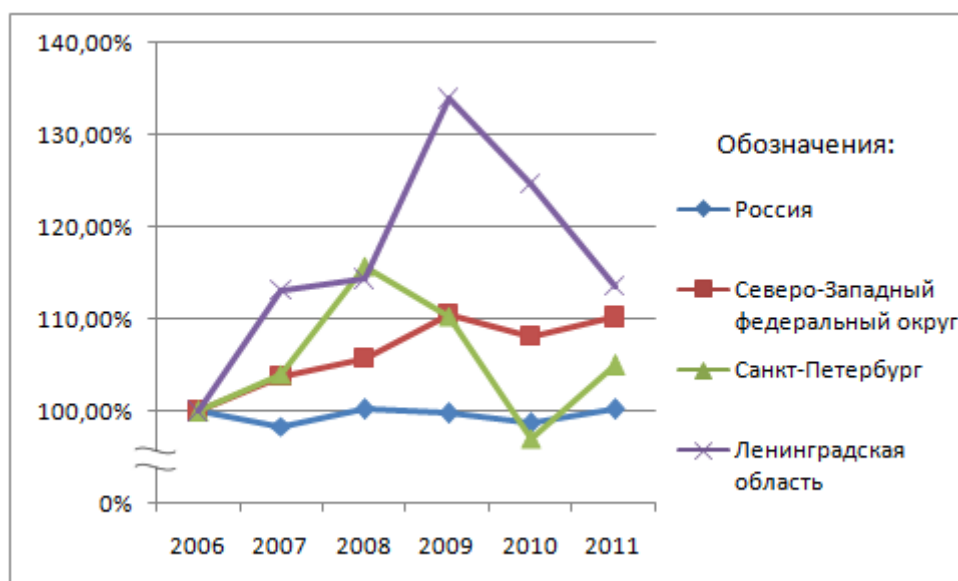


Рис. 8. Динамика первичной заболеваемости населения болезнями системы кровообращения (на 100 000 населения) по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).

Первичная заболеваемость населения острой ревматической лихорадкой (случаев на 100 000 населения) за последние 6 лет (с 2006 по 2011 гг.):

- по России имеет тенденцию к снижению: с 2,1 до 1,5 – на 28,57%;
- по Северо-Западному федеральному округу менялась, и в 2010 году увеличилась на 26,67% - с 1,5 до 1,9; а к 2011 году снова стала равной показателю за 2006 год;
- по Санкт-Петербургу имеет тенденцию к снижению: с 2,0 до 1,8 – на 10,0%;
- по Ленинградской области менялась, и в 2009 году увеличилась на 125,0% - с 0,4 до 0,9; а к 2011 году снова стала равной показателю за 2006 год.

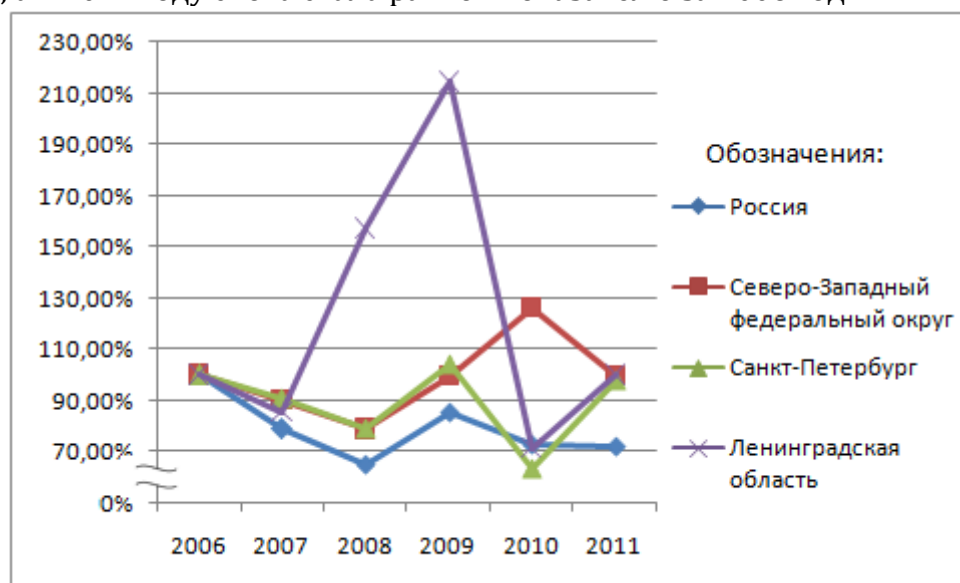


Рис. 9. Динамика первичной заболеваемости населения острой ревматической лихорадкой по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).



Первичная заболеваемость населения хроническими ревматическими болезнями сердца (случаев на 100 000 населения) за последние 6 лет (с 2006 по 2011 гг.) имеет тенденцию к снижению (Рис. 10):

- по России: с 11,4 до 7,9 – на 30,7%;
- по Северо-Западному федеральному округу: с 11,3 до 8,7 – на 23,01%;
- по Санкт-Петербургу: с 11,8 до 8,4 – на 28,81%;
- по Ленинградской области: с 8,0 до 3,9 – на 51,25%.

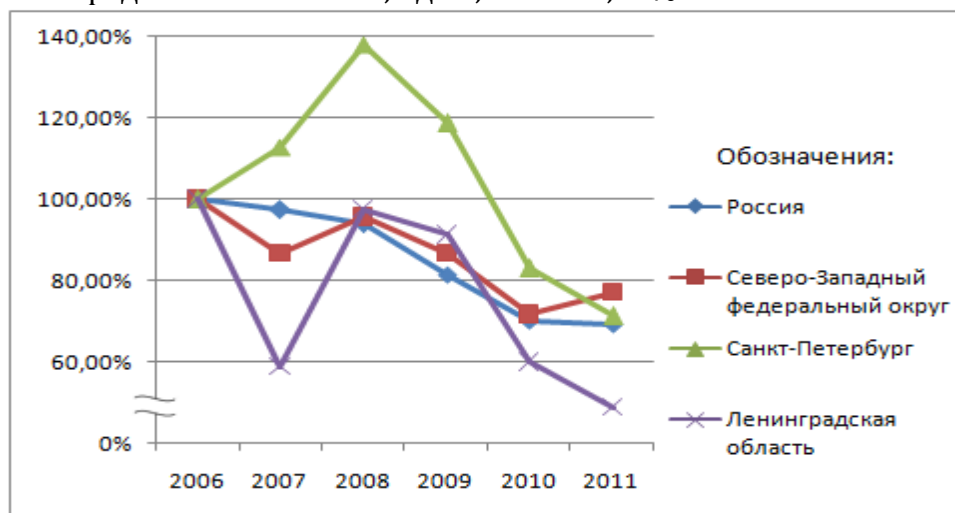


Рис.10 Динамика первичной заболеваемости населения хроническими ревматическими болезнями сердца (случаев на 100 000 населения) по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).

Первичная заболеваемость населения повышенным кровяным давлением (случаев на 100 000 населения) за последние 6 лет (с 2006 по 2011 гг.) имеет тенденцию к снижению (Рис. 11):

- по России: с 707 до 593,7 – на 16,03%;
- по Северо-Западному федеральному округу: с 553,3 до 476,4 – на 13,9%;
- по Санкт-Петербургу: с 534,1 до 399,3 – на 25,24%;
- по Ленинградской области: с 586,5 до 498,3 – на 15,04%

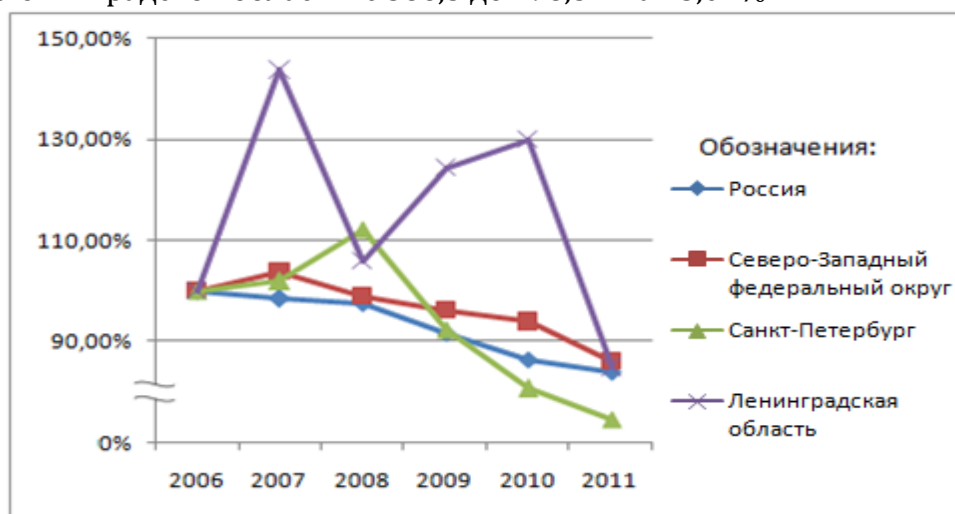


Рис. 11. Динамика первичной заболеваемости населения повышенным кровяным давлением (случаев на 100 000 населения) по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).



Показатели заболеваемости хроническим алкоголизмом (Рис. 12), наркоманиям (Рис. 13) и, туберкулезом (Рис. 14) с 2006 по 2011 годы:

- по России отмечается снижение заболеваемости хроническим алкоголизмом (с 88,9 до 66,2 случаев на 100 000 населения – на 25,53%); наркоманиями (с 19,1 до 15,4 случаев на 100 000 населения – на 19,37%); туберкулезом (с 82,6 до 73,0 случаев на 100 000 населения – на 11,62%);

- по Северо-Западному федеральному округу отмечается снижение заболеваемости хроническим алкоголизмом (с 69,7 до 52,6 случая на 100 000 населения – на 24,53%); наркоманиями (с 20,0 до 13,8 случаев на 100 000 населения – на 31,0%); туберкулезом (с 63,9 до 56,3 случаев на 100 000 населения – на 11,89%);

- по Санкт-Петербургу отмечается снижение заболеваемости хроническим алкоголизмом (с 28,3 случая до 20,1 случая на 100 000 населения – на 28,98%); наркоманиями (с 28,7 до 17,0 случаев на 100 000 населения – на 40,77%); и повышение заболеваемости туберкулезом (с 40,6 до 48,5 случаев на 100 000 населения – на 19,46%);

- по Ленинградской области отмечается снижение заболеваемости хроническим алкоголизмом (со 102,9 до 62,2 случаев на 100 000 населения – на 39,58%); наркоманиями (с 26,5 до 12,9 случаев на 100 000 населения – на 51,32%); туберкулезом (с 73,6 до 67,0 случаев на 100 000 населения – на 8,97%).

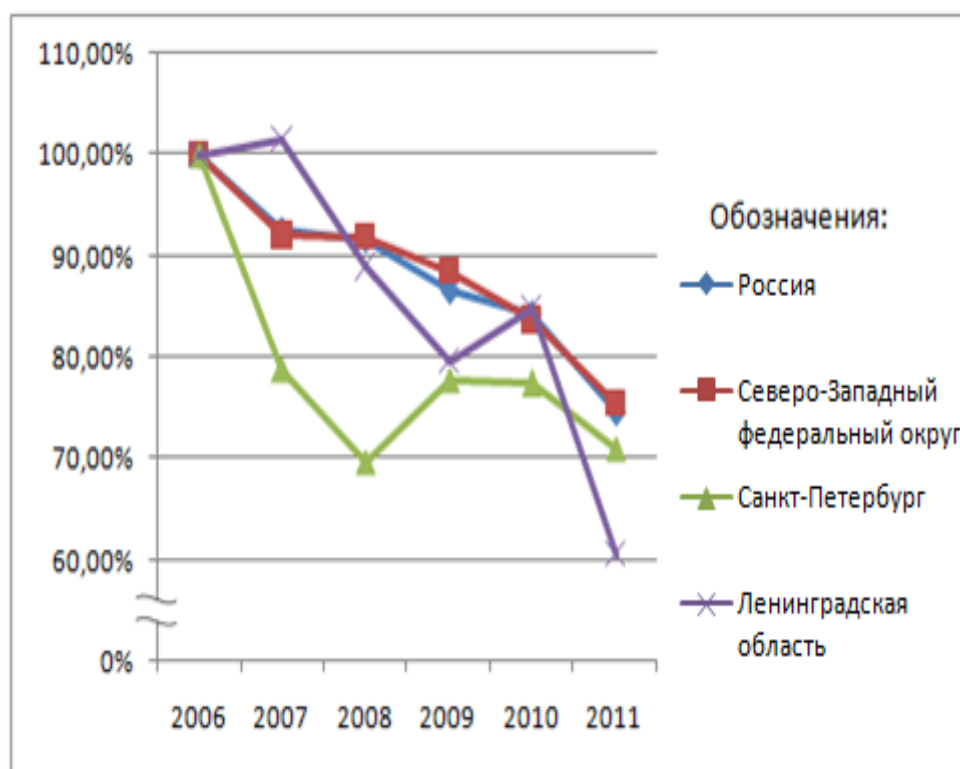


Рис. 12. Динамика заболеваемости хроническим алкоголизмом (случаев на 100 000 населения) по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).



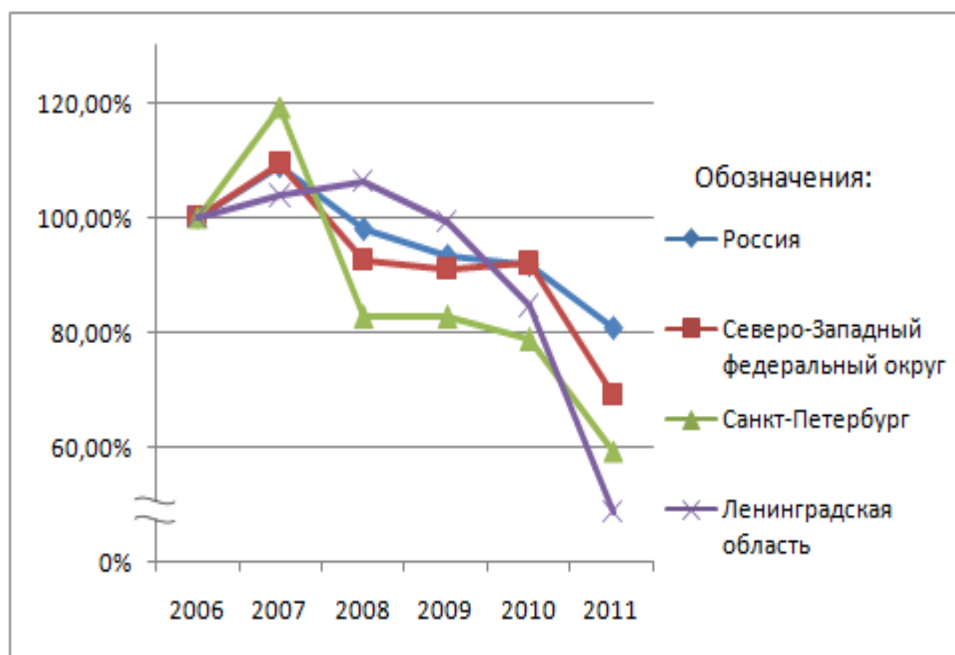


Рис. 13. Динамика заболеваемости наркоманиями (случаев на 100 000 населения) по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).

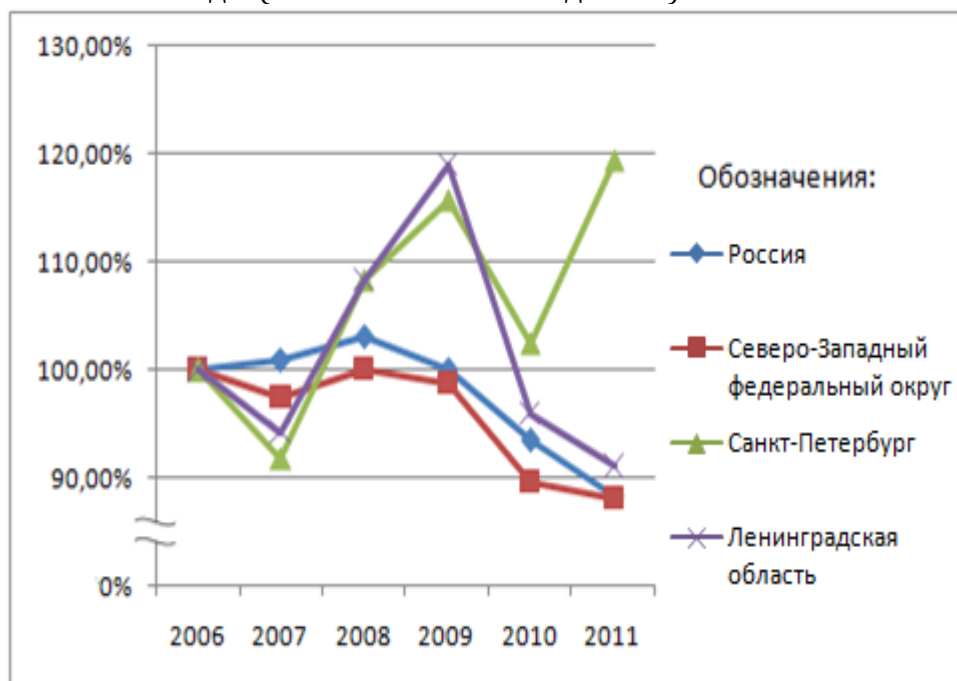


Рис. 14. Динамика заболеваемости туберкулезом (случаев на 100 000 населения) по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).

Обеспеченность койками (на 10 000 населения) в 2011 году по сравнению с 2006 годом снизилась (Рис. 15):

- по России (со 109,2 до 85,8) – на 21,43%;
- по Северо-Западному федеральному округу (со 107,1 до 84,4) – на 21,2%;
- по Санкт-Петербургу (со 100,8 до 84,1) – на 16,57%;
- по Ленинградской области (с 87,3 до 67,7) – на 22,45%.

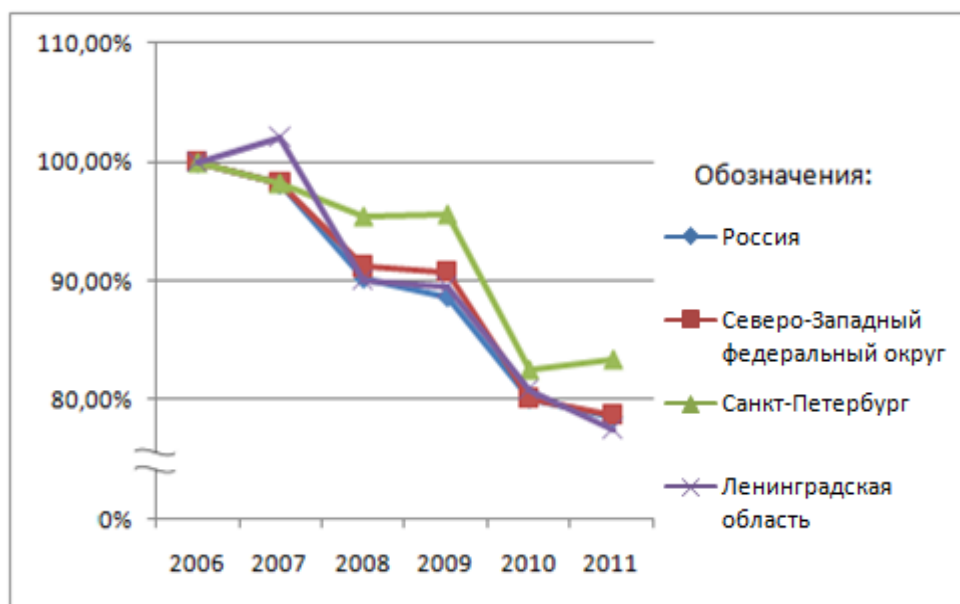


Рис. 15. Динамика обеспеченности койками (на 10 000 населения) по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).

Численность населения на 1 больничную койку увеличилась с 2006 к 2011 году (Рис.16):

- по России с 89,9 до 106,7 человек – на 18,69%;
- по Северо-Западному федеральному округу с 92 до 107 человек – на 16,30%;
- по Санкт-Петербургу с 99,6 до 111,2 человек – на 11,65%;
- по Ленинградской области с 109,9 до 135,3 человек – на 23,11%.

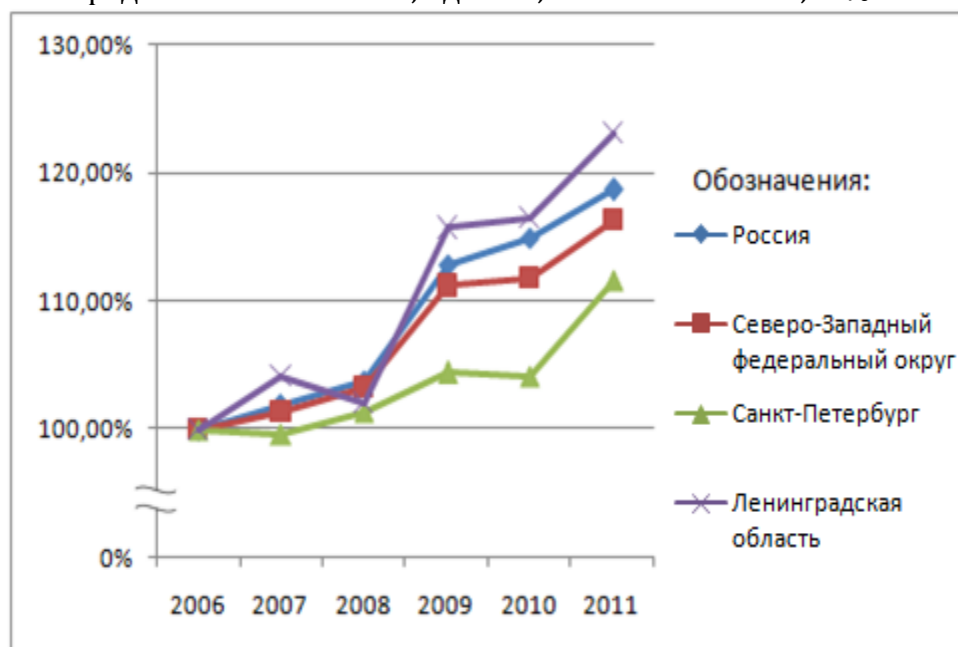


Рис. 16. Динамика численности населения на 1 больничную койку по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).



Обеспеченность населения кардиологическими койками (на 10 000 населения) с 2006 по 2011 года (Рис. 17):

- по России увеличилась с 3,7 до 3,8 коек – на 2,7%;
- по Северо-Западному федеральному округу не изменилась и составляет 4,5 койки;
- по Санкт-Петербургу снизилась с 6,2 до 5,8 коек – на 6,45%;
- по Ленинградской области увеличилась с 3,1 до 4 коек – на 29,03%.

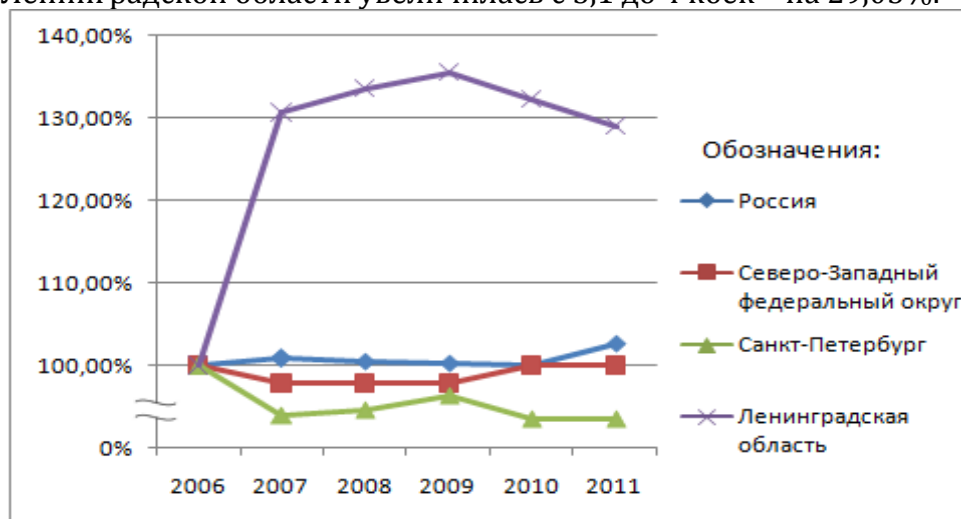


Рис. 17. Динамика обеспеченности населения кардиологическими койками (на 10 000 населения) по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).

Обеспеченность населения кардиохирургическими койками (на 10 000 населения) с 2006 по 2011 год (Рис. 18):

- по России увеличилась с 0,3 до 0,4 коек – на 33,33%;
- по Северо-Западному федеральному округу увеличилась с 0,3 до 0,5 коек – на 66,67%;
- по Санкт-Петербургу увеличилась с 0,7 до 1,0 коек – на 42,86%;
- по Ленинградской области увеличилась с 0 до 0,2 коек – на 20,0%.

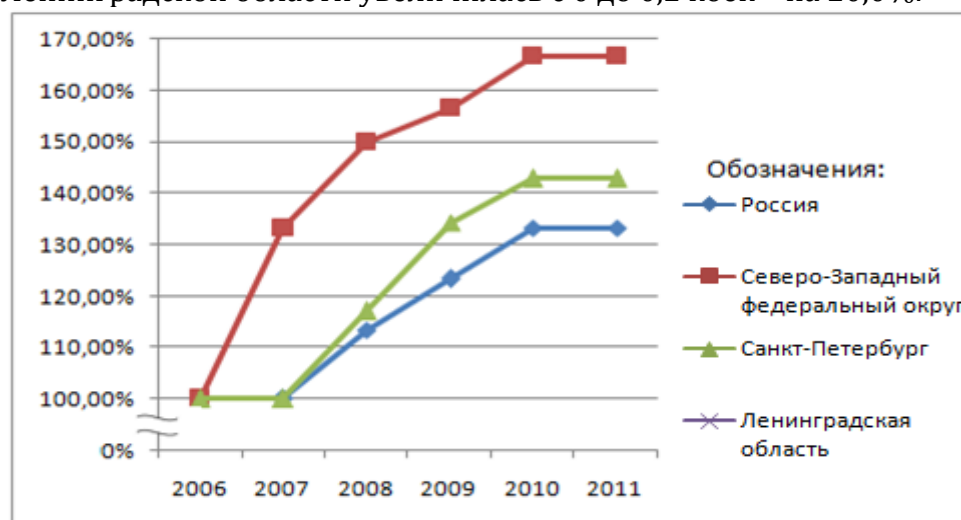


Рис. 18. Динамика обеспеченности населения кардиохирургическими койками (на 10 000 населения) по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).



Обеспеченность врачами (на 10 000 населения) с 2006 по 2011 год (Рис.19):

- по России снизилась с 49,4 до 44 врачей – на 10,93%;
- по Северо-Западному федеральному округу снизилась с 55,4 до 49,4 врачей – на 10,83%;
- по Санкт-Петербургу снизилась с 83,5 до 73,9 врачей – на 11,5%;
- по Ленинградской области снизилась с 31,2 до 29,5 врачей – на 5,45%.

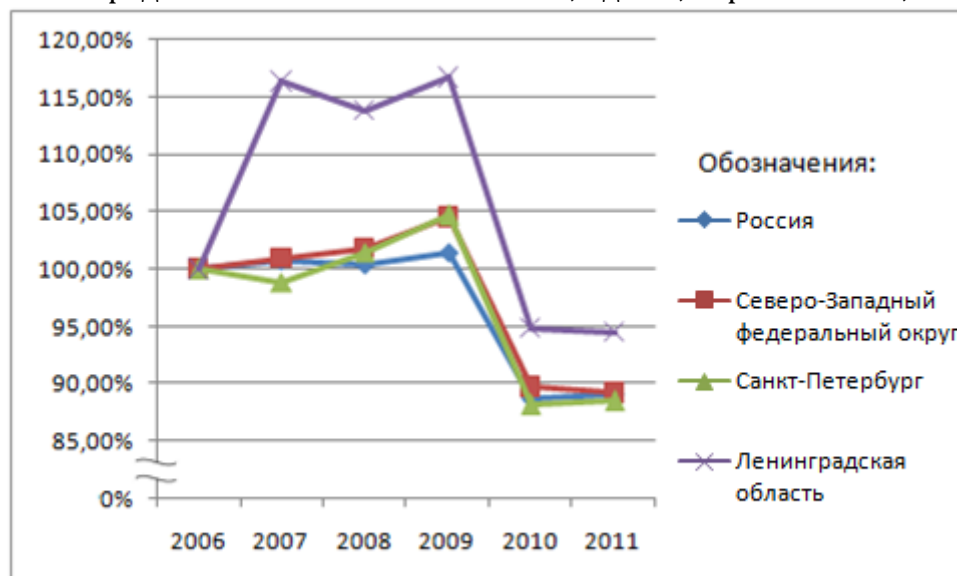


Рис. 19. Динамика обеспеченности врачами (на 10 000 населения) по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).

Численность населения на одного врача с 2006 по 2011 год (Рис. 20):

- по России снизилась с 205,1 до 199,7 человек – на 2,63%;
- по Северо-Западному федеральному округу снизилась со 183 до 172,6 человек – на 5,68%;
- по Санкт-Петербургу снизилась со 121,4 до 117,2 человек – на 3,46%;
- по Ленинградской области снизилась с 318,6 до 290,1 человек – на 8,95%.

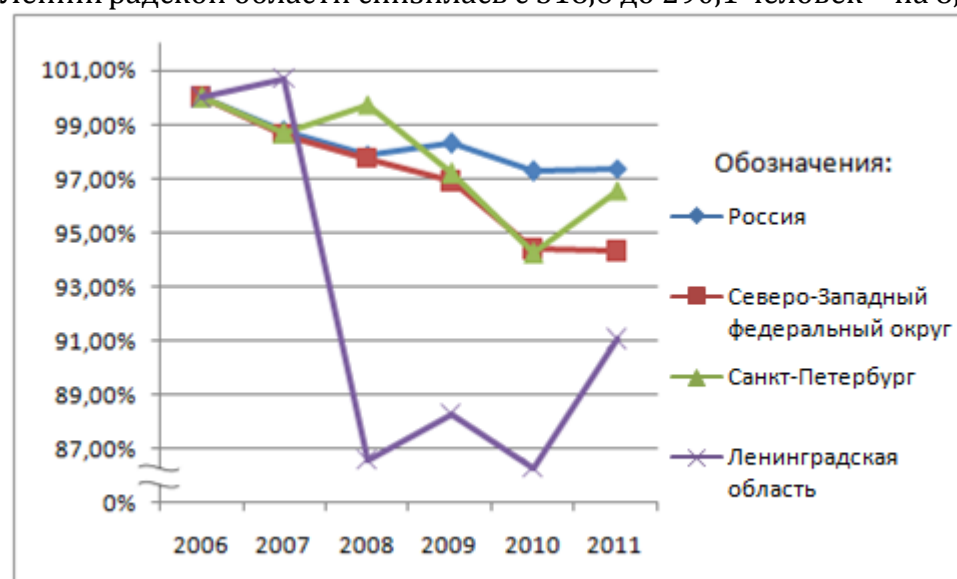


Рис. 20. Динамика численности населения на одного врача по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).



Численность среднего медицинского персонала (на 10 000 населения) с 2006 по 2011 год (Рис. 21):

- по России снизилась со 108 до 105,6 – на 2,22%;
- по Северо-Западному федеральному округу снизилась со 111,2 до 108,8 – на 2,16%;
- по Санкт-Петербургу снизилась со 106,7 до 100 – на 6,28%;
- по Ленинградской области увеличилась с 75,4 до 76 – на 0,8%.

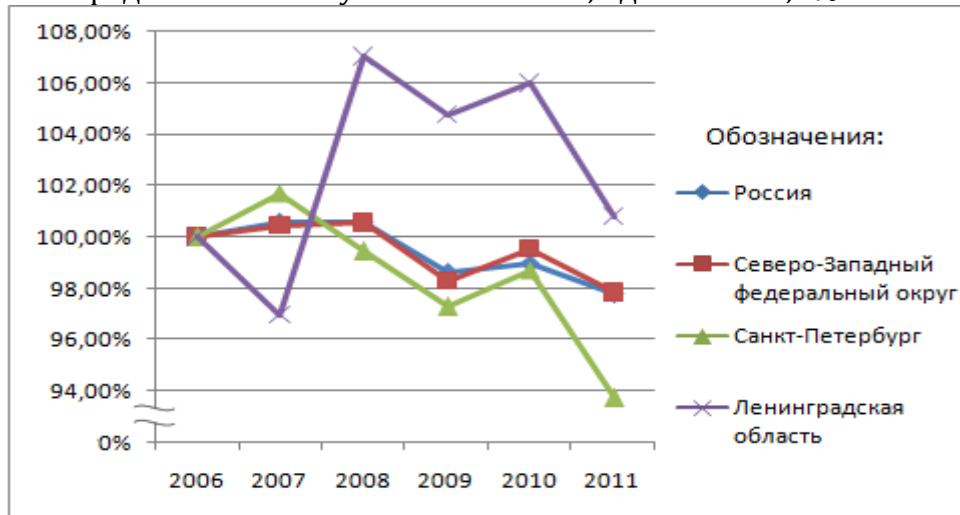


Рис. 21. Динамика численности среднего медицинского персонала (на 10 000 населения) по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).

Численность населения на одного работника среднего медицинского персонала с 2006 по 2011 год (Рис. 22):

- по России увеличилась с 92,6 до 94,7 – на 2,27%;
- по Северо-Западному федеральному округу увеличилась с 89,9 до 91,9 – на 2,22%;
- по Санкт-Петербургу увеличилась с 93,7 до 100 – на 6,72%;
- по Ленинградской области снизилась с 132,6 до 131,6 – на 0,75%.

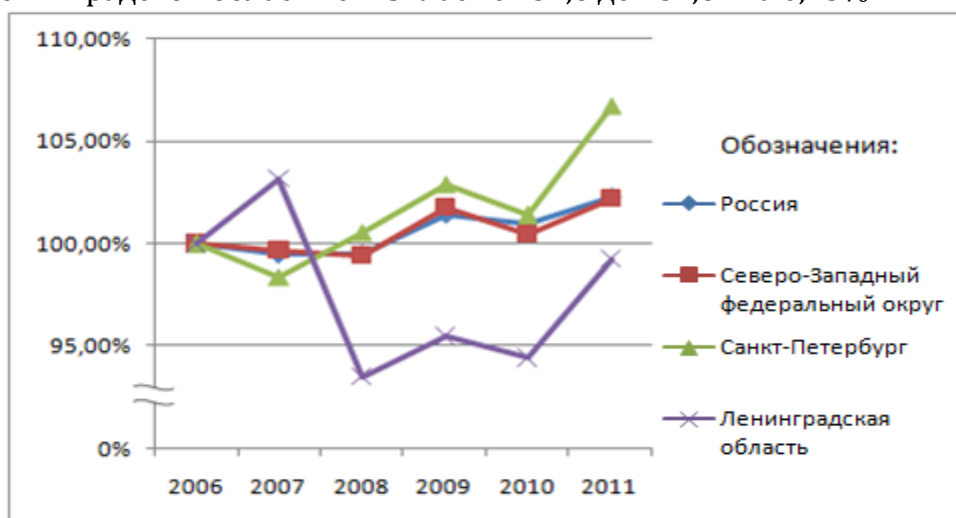


Рис. 22. Динамика численности населения на одного работника среднего медицинского персонала по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).



Обеспеченность населения врачами-кардиологами (на 10 000 населения) с 2006 по 2011 год (Рис. 23):

- по России увеличилась с 0,71 до 0,8 – на 12,68%;
- по Северо-Западному федеральному округу увеличилась с 0,84 до 1,1– на 30,95%;
- по Санкт-Петербургу увеличилась с 1,49 до 1,8– на 20,81%;
- по Ленинградской области увеличилась с 0,4 до 0,6 – на 50,0%.

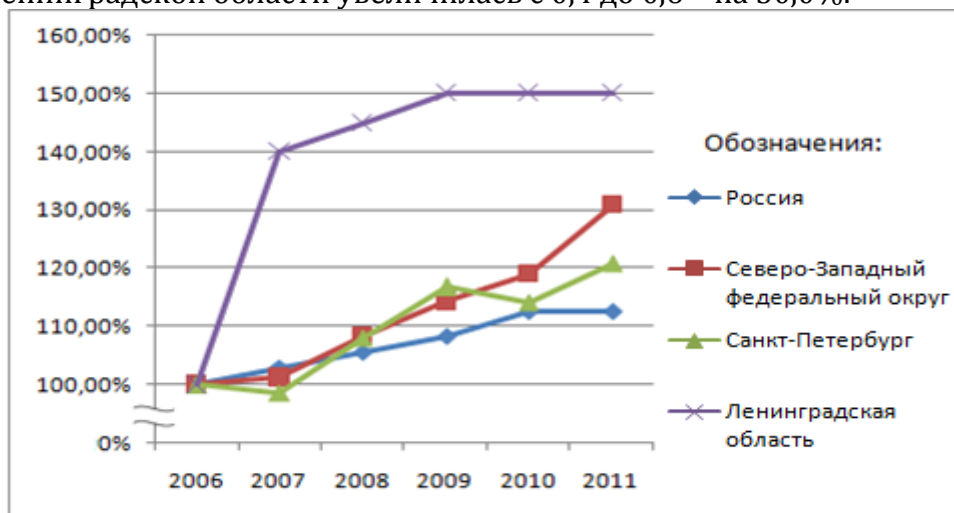


Рис. 23. Динамика обеспеченности населения врачами-кардиологами (на 10 000 населения) по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).

Обеспеченность населения сердечно-сосудистыми хирургами (на 10 000 населения) с 2006 по 2011 год (Рис.24):

- по России увеличилась с 0,13 до 0,2 – на 53,85%;
- по Северо-Западному федеральному округу увеличилась с 0,24 до 0,3 – на 25,0%;
- по Санкт-Петербургу увеличилась с 0,17 до 0,7 – на 311,76%;
- по Ленинградской области увеличилась с 0 до 0,1 – на 10,0%.

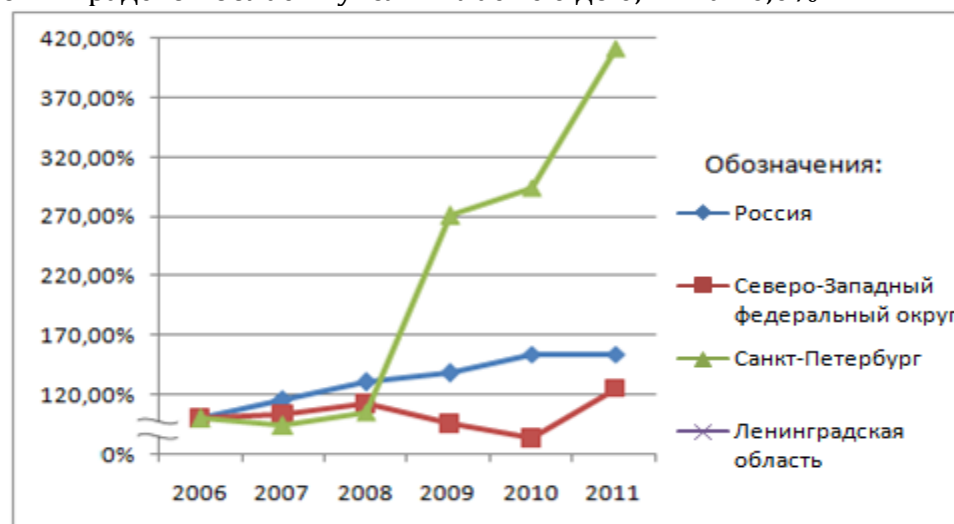


Рис. 24. Динамика обеспеченности населения сердечно-сосудистыми хирургами (на 10 000 населения) по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области за 2006-2011 годы (в показателях наглядности).



Выводы.

1. За изучаемый период наблюдается увеличение численности населения по России, Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербургу, Ленинградской области.

2. По России отмечается:

-снижение общей смертности населения, младенческой смертности, общей и первичной заболеваемости населения острой ревматической лихорадкой, общей и первичной заболеваемости населения хроническими ревматическими болезнями сердца, первичной заболеваемости населения повышенным кровяным давлением; заболеваемости хроническим алкоголизмом, наркоманиями, туберкулезом; обеспеченности койками, обеспеченности врачами, численности населения на одного врача, численности среднего медицинского персонала;

-увеличение естественного прироста населения, общей рождаемости населения, общей и первичной заболеваемости населения болезнями системы кровообращения, общей заболеваемости населения повышенным кровяным давлением, численности населения на 1 больничную койку, обеспеченности населения кардиологическими и кардиохирургическими койками, численности населения на одного работника среднего медицинского персонала, обеспеченности населения врачами-кардиологами и сердечно-сосудистыми хирургами.

3. По Северо-Западному федеральному округу отмечается:

-снижение общей смертности населения, младенческой смертности, общей заболеваемости населения острой ревматической лихорадкой, общей и первичной заболеваемости населения хроническими ревматическими болезнями сердца, первичной заболеваемости населения повышенным кровяным давлением; заболеваемости хроническим алкоголизмом, наркоманиями, туберкулезом; обеспеченности койками, обеспеченности врачами, численности населения на одного врача, численности среднего медицинского персонала;

-увеличение естественного прироста населения, общей рождаемости населения, общей и первичной заболеваемости населения болезнями системы кровообращения, общей заболеваемости населения повышенным кровяным давлением, первичной заболеваемости населения острой ревматической лихорадкой, численности населения на 1 больничную койку, обеспеченности населения кардиохирургическими койками, численности населения на одного работника среднего медицинского персонала, обеспеченности населения врачами-кардиологами и сердечно-сосудистыми хирургами;

-сохранение на одном и том же уровне обеспеченности населения кардиологическими койками.

4. По Санкт-Петербургу отмечается:

-снижение общей смертности населения, младенческой смертности, общей заболеваемости населения болезнями системы кровообращения, общей и первичной заболеваемости населения острой ревматической лихорадкой, общей и первичной заболеваемости населения хроническими ревматическими болезнями сердца, общей и первичной заболеваемости населения повышенным кровяным давлением; заболеваемости хроническим алкоголизмом, наркоманиями; обеспеченности койками, обеспеченности населения кардиологическими койками, обеспеченности врачами, численности населения на одного врача, численности среднего медицинского персонала;

-увеличение естественного прироста населения, общей рождаемости населения, первичной заболеваемости населения болезнями системы кровообращения, заболеваемости туберкулезом, численности населения на 1 больничную койку,



обеспеченности населения кардиохирургическими койками, численности населения на одного работника среднего медицинского персонала, обеспеченности населения врачами-кардиологами и сердечно-сосудистыми хирургами.

5. По Ленинградской области отмечается:

- снижение общей смертности населения, младенческой смертности, общей и первичной заболеваемости населения хроническими ревматическими болезнями сердца, первичной заболеваемости населения повышенным кровяным давлением; заболеваемости хроническим алкоголизмом, наркоманиями, туберкулезом; обеспеченности койками, обеспеченности врачами, численности населения на одного врача, численности населения на одного работника среднего медицинского персонала;

- увеличение естественного прироста населения, общей рождаемости населения, общей и первичной заболеваемости населения болезнями системы кровообращения, общей заболеваемости населения острой ревматической лихорадкой, общей заболеваемости населения повышенным кровяным давлением, первичной заболеваемости населения острой ревматической лихорадкой, численности населения на 1 больничную койку, обеспеченности населения кардиологическими и кардиохирургическими койками, численности среднего медицинского персонала, обеспеченности населения врачами-кардиологами и сердечно-сосудистыми хирургами.

Литература:

1. Здоровье России: Атлас / Под ред. Л.А. Бокерия, 9-е изд. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2013. 420 с.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Плохих Н.И.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра социальной гигиены, экономики и управления здравоохранения, Санкт-Петербург

Первичная медико-санитарная помощь является основной службой системы здравоохранения, неотъемлемой частью социально-экономического развития страны. От состояния амбулаторно-поликлинической помощи зависит эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, сохранение трудового потенциала, а также решение большинства медико-социальных проблем, в том числе на уровне семьи, представителей разных социальных групп и, в первую очередь, социально уязвимых слоев населения: детей, инвалидов и лиц пожилого возраста.

В настоящее время участковый врач не обеспечивает постоянного контроля за состоянием пациента и его семьи, и фактически не несет ответственности за объем и качество оказываемой помощи. Стала затрудненной преемственность в наблюдении за пациентами. Престиж участкового врача среди населения и медицинской общественности стал падать.

Развитие отечественного здравоохранения обеспечило многоэтапность, и, соответственно, комплексность оказания медицинской помощи: служба скорой помощи, амбулаторно-поликлиническая, стационарная. Каждый этап оказания медицинской помощи имеет свои цели и задачи, определенный объем лечебных мероприятий.



Повышение качества медицинской помощи как одной из основных организационных задач системы здравоохранения остается актуальным и в настоящее время. Качество оказываемых медицинских услуг во все времена зависело, прежде всего, от квалификации и опыта медицинского персонала.

Врач общей практики – это специалист, обладающий особым менталитетом, неординарным типом мышления, наблюдательностью, логикой, особенностями психологического анализа.

В современных условиях здравоохранения для эффективного внедрения общей врачебной практики при проведении лечебно-профилактических мероприятий необходимо четко разграничивать функции врача и медицинской сестры; определить меру этико-деонтологической ответственности; быть организатором оздоровительной работы в семьях; быть пропагандистом здорового образа жизни; иметь психотерапевтическую и правовую подготовку; быть профессионалом – лечебником, хорошо знать основы гигиены.

Все это может выступать в качестве принципиальных критериев оценки качества и эффективности работы врача общей практики.

Почти в каждой семье есть лица пожилого и старческого возраста. Непонимание молодыми членами семьи их психологических особенностей усугубляет разрыв и социальную изоляцию пожилых лиц в семье, что представляет опасность развития у них психической декомпенсации.

Семейный врач должен способствовать созданию доброжелательной атмосферы в семье, сохранению психического здоровья и положительных социальных установок у старых людей.

Исследования в нашей стране и за рубежом показывают, что неумение врача найти контакт с пациентом для взаимопонимания и дальнейшего сотрудничества часто вызывает неудовлетворенность у последнего и защитно-агрессивное поведение у первого. Для врачей это часто оборачивается развитием СЭВ (синдром эмоционального выгорания).

В связи с этим отмечается увеличение дефицита самопонимания, возможно искажение видения психологических проблем пациента и снижения мотивации к труду. В результате эффективность терапевтического процесса снижается.

Качество и объем оказания медицинской помощи населению тесно и неразрывно связано с сестринской деятельностью, как для профилактики заболеваний, так и укрепления здоровья населения.

Зарубежный опыт свидетельствует, что наиболее перспективными при оказании первичной медико-санитарной помощи является институт врача общей практики (семейного врача).

В современных условиях это главная опора совершенствования внебольничной помощи населению России, о чем свидетельствует приказ Минздрава России от 30.12.1999 № 463, утверждающий отраслевую программу «Общая врачебная (семейная) практика».



СУБЪЕКТИВНОЕ ОЩУЩЕНИЕ ЛЕНИ КАК КОНФЛИКТА САМОРЕГУЛЯЦИИ ЛИЧНОСТИ И ПОКАЗАТЕЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Пунченко О.Е.¹, Иванова К.Н.², Марусий А.В.², Ухова С.Н.²

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра медицинской микробиологии, ¹доцент;

²студенты 215 группы МПФ; Санкт-Петербург

Актуальность. Лень – это реакция личности на несоответствие требований ситуаций субъективному смыслу этих требований. Внешне эта реакция проявляется как отказ или уклонение от деятельности, от взаимодействия с ситуацией, а внутреннее – как переживание невозможности установить требуемое соответствие вследствие нарушения или недостаточной сформированности механизма саморегуляции. Лень как психологический феномен относится к числу недостаточно изученных, несмотря на то, что это понятие широко используется в обществе.

Цель. Провести диагностику лени как внутриличностного конфликта у студентов, вовремя сдавших сессию, и сдававших экзамены во время зимних каникул.

Материалы и методы. В добровольном анонимном исследовании приняли участие шестнадцать студентов, приступивших к учебе после каникул, и сдававшие экзамены во время каникул и приступившие к занятиям без продолжительного отдыха. Респондентам была предложена анкета «Саморегуляция» для выявления уровня саморегуляции в наиболее распространенных реальных ситуациях проявления лени; методика «Самооценка лени» для определения самооценки уровня лени; модифицированная методика «Закрашивание кружков» для выявления работоспособности и устойчивости к монотонии; проективные методики «Любопытны ли Вы?» и «Ваша энергия».

Полученные результаты и их обсуждение. Анализируя результаты, полученные с помощью психодиагностического комплекса, можно увидеть, что 50% лишенных каникул студентов неспособны к преодолению лени за счет саморегуляции, они также совершенно лишены любопытства. У 50% - достаточно выраженная способность к преодолению лени, они обладают достаточно высоким уровнем саморегуляции. У этих же студентов по результатам проективной методики, с жизненной энергией все в порядке, человек полон сил и энергии, в отличие от предыдущей группы, в которой у студентов жизненные силы на исходе. У всех студентов, приступивших к учебе без отдыха, отмечается низкий уровень работоспособности, отсутствует устойчивость к утомлению и монотонной работе.

У студентов, вовремя сдавших сессию, регистрируется как неспособность к преодолению лени (37,5%), так и достаточно выраженная способность к преодолению лени, достаточно высокий уровень саморегуляции (62,5%). Способность к саморегуляции напрямую коррелирует с уровнем работоспособности, лабильностью, устойчивостью к утомлению и монотонии. Студенты, вовремя сдавшие экзамены, характеризуют себя как ленивых, и только 12,5% оценивают высоко свою работоспособность. У 62% жизненные силы на исходе.

Заключение. При анализе полученных результатов не выявлено достоверных различий между группами студентов, вовремя и не вовремя сдавших экзамены. Таким образом, субъективное ощущение лени зависит от личности студента, особенностями психического развития и связано с нарушением саморегуляции. Психологи объясняют это следующими причинами: несформированностью мотивационных установок, отсутствием интереса; невозможностью своевременного приложения физических или психических усилий; необходимостью экономии сил; внешним давлением. Нарушение саморегуляции может быть вызвано



неадекватностью мотивации предъявляемым требованиям. Таким образом, 68% всех обследованных студентов неспособны прогнозировать свое поведение в различных ситуациях, смоделировать самого себя; не могут предвидеть свое состояние в будущем. Возможно, полученные результаты объясняются проведением исследования на младшем курсе, пока студенты еще не определились с будущей специализацией.

Литература.

1. Королева З. «Говорящий» рисунок: 100 графических тестов. – Екатеринбург: У-Фактория, 2004. – с. 98-100, 194 – 196.
2. Справочник практического психолога. Психодиагностика/под общ.ред. С.Т. Посоховой. – М.: АСТ; СПб.: Сова, 2006. – с.594-619.

Приложения.

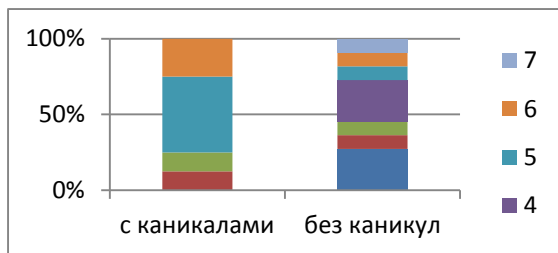


Рисунок 1. Результаты методики «Самооценка лени» Д.А. Богдановой, С.Т. Посоховой. Баллы от 1 (высшая степень трудолюбия) до 7 (самый ленивый) присваивали себе сами респонденты.

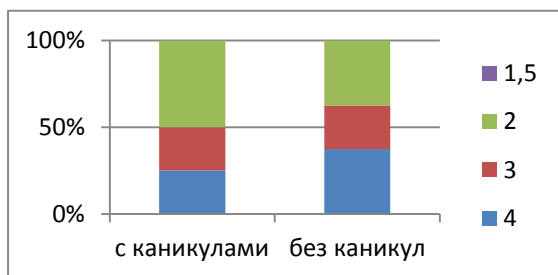


Рисунок 2. Результаты анкетирования «Саморегуляция проявления лени» Д.А. Богдановой, С.Т. Посоховой. 4 балла – неспособность к преодолению лени за счет саморегуляции; 3 – низкая способность к преодолению лени, недостаточная саморегуляция; 2 – достаточно выраженная способность в преодолении лени, достаточно высокий уровень саморегуляции; 1,5 – ярко выраженная способность к преодолению лени, высокий уровень саморегуляции.

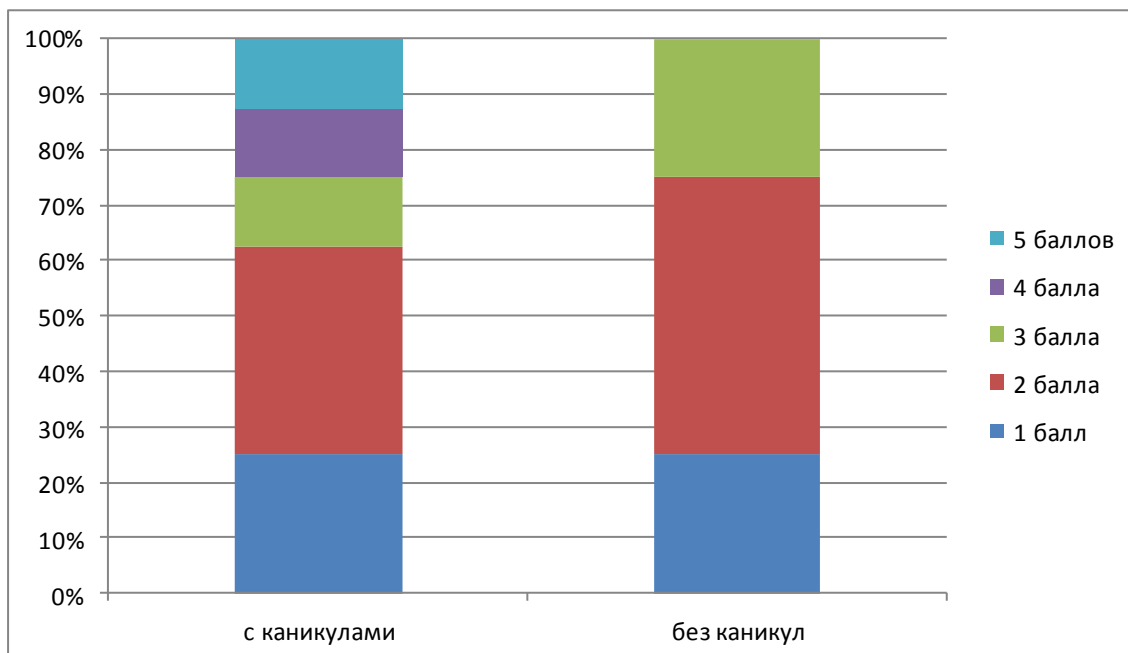


Рисунок 3. Результаты методики "Закрашивание кружков" Д.А. Богдановой, С.Т. Посоховой. 1 балл – закрашивание заменено штриховкой; 2 – небрежно и неполно закрашенный кружок; 3 – небрежно, но полно закрашенный кружок; 4 – кружок, закрашенный с небольшими отступами от края, с небольшими помарками; 5 – кружок, закрашенный полностью и без помарок.

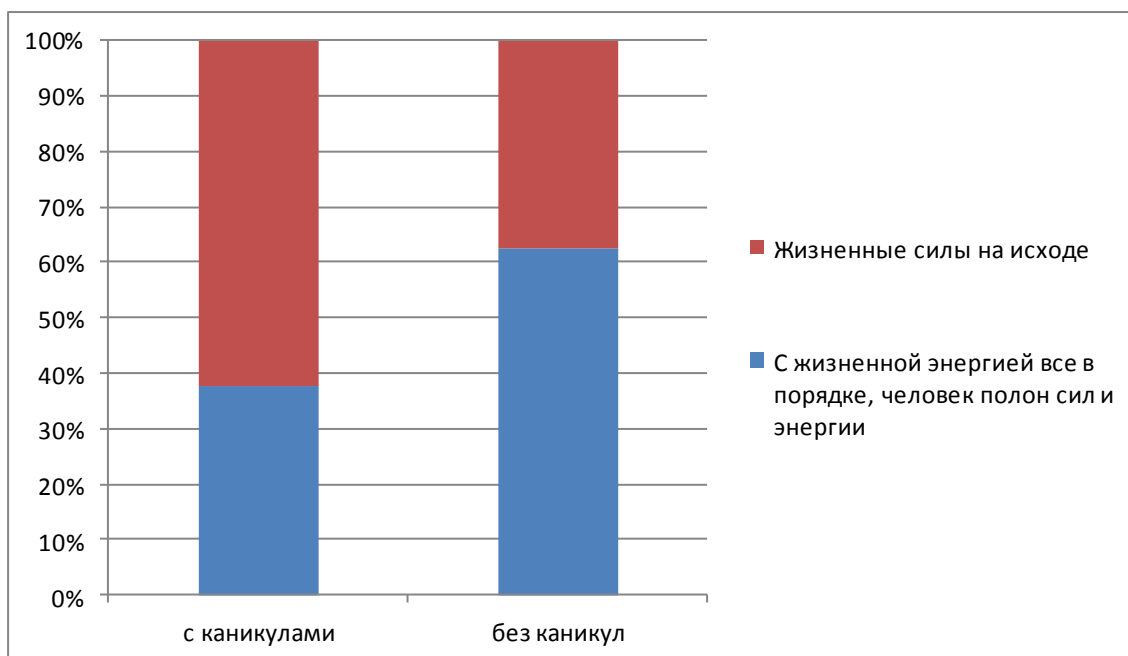


Рисунок 4. Результаты проективной методики «Ваша энергия»

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ ВТОРОГО КУРСА И ОТЧИСЛЕННЫХ

Пунченко О.Е.¹, Гуртовая А.Л.², Сотникова А.С.², Машоха И.С.²

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра медицинской микробиологии, ¹доцент;

²студенты 216 группы МПФ; Санкт-Петербург

Актуальность. Резкое изменение образа жизни, к которому несомненно относится отчисление из ВУЗа по причине неуспеваемости, может негативно сказаться на психическом здоровье бывшего студента. Актуальность исследования обусловлена недостаточным количеством информации по этой проблеме.

Цель. Оценить параметры психического здоровья – склонность к депрессивным настроениям, фрустрации, степень одиночества – у отчисленных за неуспеваемость студентов.

Материалы и методы. В добровольном анонимном исследовании приняли участие студенты 2 курса медицинского университета в качестве контрольной группы и отчисленные по итогам зимней сессии в качестве экспериментальной группы. Со времени подписания Приказа об отчислении на момент исследования прошло около месяца. Для диагностики уровня субъективного ощущения одиночества выбрана методика Д.Рассела и М.Фергюсона. Стимульный материал представлен в виде двадцати утверждений, каждое из которых оценивается при помощи четырех вариантов ответов: «часто», «иногда», «редко», «никогда». Подсчитывается количество каждого из вариантов ответов, после чего степень одиночества оценивается в баллах. Для диагностики состояний, близких к депрессии, использована «Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге» в адаптации Т.И. Балашовой. После заполнения бланка рассчитывается уровень депрессии по формуле. Для оценки степени удовлетворенности социальными достижениями в основных аспектах жизнедеятельности использована «Методика диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана» в модификации В.В. Бойко [1]. Также использованы две проективные методики «Ветка дерева» для диагностики настроения и «Трещины» для диагностики эмоционального здоровья [2].

Полученные результаты и их обсуждение. В 80% отчисленные студенты оценивают свой уровень одиночества как «низкий», и по итогам бланкового теста у них отсутствуют признаки депрессивных состояний. 20% отчисленных оценивают свой уровень одиночества как «высокий»; в этой группе отмечается легкая ситуативная депрессия. Уровень фрустрированности не зависит от ощущения одиночества и пониженного настроения и у 60% отчисленных регистрируется как «очень низкий». Респонденты или «скорее удовлетворены» социальными достижениями, или «затрудняются ответить». Чаще всего у них присутствует недовольство условиями профессиональной деятельностью/учебой, материальным положением, отношением с родителями. На первый взгляд создается впечатление, что отчисленные чувствуют себя удовлетворительно. По наблюдениям, в процессе заполнения бланков они шутят и демонстрируют хорошее настроение. Однако, анализируя результаты проективных методик, видно, что нельзя говорить о психическом благополучии. Так, только у 20% отчисленных сложился трезвый взгляд на проблему: хотя в данный жизненный период они испытывают затруднения, озабочены и/или переживают, однако могут справиться со своими проблемами без посторонней помощи. Чаще всего для психологической помощи они используют активное общение с друзьями. У некоторых отсутствует собеседник, и они могут нуждаться в психологической помощи. У 40% сработала психологическая защита в виде вытеснения проблемы. Четко прослеживается по проективным





методам усталость, озабоченность, но респонденты пытаются создать видимость благополучия и загоняют свои проблемы вглубь, стараются о них не думать. Нежелание принимать ситуацию объективно, разговоры, что «все в порядке», может привести к нервному срыву. Оставшиеся 40% зациклились на своей проблеме, большую часть времени проводят, анализируя сложившуюся ситуацию.

У обучающихся студентов регистрируется в 28% высокая степень ощущения одиночества, в 45% - средняя степень и в 27% - низкая степень. В большинстве случаев – 80% - у студентов отсутствуют признаки депрессивного настроения, у 14% - легкое ситуативное снижение настроения и 6% - субдепрессивное состояние. Пониженный и очень низкий уровень фрустрированности распределены поровну. Из ситуаций, которые беспокоят студентов, на первый план выходит недовольство проведенными каникулами, своим образом жизни, взаимоотношениями с коллегами, материальным положением. По проективным методикам у них преобладает психологическая защита в виде вытеснения (70%), но на момент исследования у респондентов отмечена жажда деятельности, готовность активно взяться за дело; на душе «царит радость». У оставшихся зарегистрирован трезвый взгляд на ситуацию.

Заключение. Проведенное исследование выявило психологические проблемы у отчисленных студентов. Несмотря на мнимое благополучие, оцененное по бланковым методикам, показано, что респонденты загоняют проблемы внутрь, избегают смотреть правде в глаза. Все это неблагоприятно сказывается на психическом здоровье. Желание казаться перед бывшими коллегами довольными и счастливыми, усугубляет ситуацию. Поэтому использование проективных тестов поможет выявить проблему и вовремя обратиться за помощью к психологу.

Литература.

1. Райгородский Д.Я. (редактор-составитель). Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2008. – с. 77 – 78, 82-83, 157-161.
2. Королева З. «Говорящий» рисунок: 100 графических тестов. – Екатеринбург: У-Фактория, 2004. – с. 263-265, 278-279.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Самсонова Т.В., Абумуслимова Е.А., Самодова И.Л.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, Санкт-Петербург

Актуальность. Болезни органов дыхания до настоящего времени остаются одной из значимых проблем здравоохранения и являются широко распространенными заболеваниями. В структуре заболеваемости они входят в число лидирующих по числу дней нетрудоспособности, причинам инвалидности и занимают четвертое место среди причин смерти. Хронические заболевания легких характеризуются длительным и нередко тяжелым течением с частыми рецидивами и за последние 10 лет имеют тенденцию к росту. При хронической патологии, когда болезнь протекает длительно, с периодами обострений и ремиссий, главной целью лечения становится достижение достойного качества жизни пациента, а важным показателем здоровья – оценка пациентом своих клинико-функциональных, физиологических, психологических, социально-экономических и медико-социальных характеристик, необходимых для поддержания здоровья. Медико-социальная значимость хронических заболеваний органов дыхания обусловлена преобладанием среди



больных лиц трудоспособного возраста, а также неуклонным прогрессирующим развитием этих заболеваний, приводящим к ранней инвалидизации и летальности. Большинство эпидемиологических исследований, проведенных как на территории Российской Федерации, так и за ее пределами, свидетельствуют о неуклонном росте числа больных хроническими заболеваниями органов дыхания, такими как хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма.

В России хроническая обструктивная болезнь легких занимает лидирующее положение в структуре распространенности заболеваний органов дыхания и составляет более 55 % всех хронических болезней дыхательной системы. Распространенность бронхиальной астмы значительно возросла в последние три десятка лет и, по заключению экспертов Всемирной Организации Здравоохранения, эта патология относится к числу наиболее часто встречающихся хронических болезней человека. Среди взрослого населения распространенность бронхиальной астмы превышает 5%, среди детей ее удельный вес более 10%. По официальным данным Министерства здравоохранения РФ в России зарегистрированы 2,4 млн. больных хронической обструктивной болезнью легких, однако результаты эпидемиологических исследований позволяют предположить, что их число может составлять около 16 млн. человек. Рост распространенности хронической обструктивной болезни и бронхиальной астмы во всем мире и их значительный вклад в структуру заболеваемости, смертности и инвалидности с вытекающими отсюда большими финансовыми затратами определяют серьезную медико-социальную значимость и актуальность данных заболеваний.

Целью исследования явилось изучение качества жизни больных хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой, изучение структуры госпитализированных больных по полу, возрастным и профессиональным группам, анализ уровня финансового обеспечения и оценка удовлетворенности пациентов их социально-экономическим благополучием.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 369 пациентов, проходящих обследование и лечение в пульмонологическом отделении стационара Санкт-Петербурга. Исследование проводилось по специально разработанной программе клинико-статистического и медико-социального изучения эффективности лечения и качества жизни при заболеваниях органов дыхания. Применялись методы медико-социологического и клинико-статистического анализа, оценки качества жизни. Оценка здоровья городского населения проводилась на основе изучения первичной учетно-отчетной медицинской документации стационара, данных медико-социологического анализа, с субъективной оценкой здоровья. Статистическая обработка данных, полученных в результате медико-социального исследования, проводилась в Microsoft Word Excel 2007.

Результаты исследования. Установлено, что наибольший удельный вес среди обследованных пациентов составляют женщины (61,0%) с преобладанием возрастной группы старше 60 лет (49,1%). Структура заболеваемости представлена хронической обструктивной болезнью легких (53,7%) и бронхиальной астмой (46,3%). В настоящее время типичной особенностью формирования заболеваемости болезнями органов дыхания является мультиморбидность. Полученные нами данные свидетельствуют, что 57,0% опрошенных больных хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой не отметили у себя наличие других хронических заболеваний. В структуре сопутствующей патологии среди пациентов с хроническими заболеваниями легких преобладали гипертоническая болезнь (9,0%), сахарный диабет (5,7%) и хронический гастрит (3,8%).



В использованной программе клинико-статистического и медико-социального изучения эффективности лечения и качества жизни при хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астме изучались особенности различных видов функционирования (социально-гигиеническое, социально-экономическое, физическое, социально-бытовая адаптация и самостоятельность, общественно-социальная активность, психоэмоциональное состояние, профилактическая активность и др.).

При анализе основных видов социально-гигиенического функционирования установлено, что приоритетными факторами риска формирования хронических заболеваний органов дыхания являются воздействие вредных факторов трудовой деятельности, злоупотребление курением, употребление алкоголя, место жительства и условия проживания. Изучение распространенности табакокурения среди госпитализированных больных хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой показало, что доля некурящих составила 46,0%. Но при углубленном анализе было выявлено, что удельный вес курящих пациентов (21,0%) и даже злоупотребляющих сигаретами (20,1%) мужчин гораздо больше, чем женщин (13,9% и 9,0% соответственно).

Условия проживания оказывают влияние на мотивацию и возможность ведения здорового образа жизни больными хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой. Анализ жилищных условий показал, что значительная часть больных (89, 2%) проживают в отдельной квартире, из них 56,9% имеют рядом с домом оживленную автомагистраль и промышленные объекты. Выявлено, что респонденты, проживающие в отдельной квартире, чаще являлись некурящими (48,0%), чем пациенты, проживающие в коммунальной квартире (23,1%) и общежитии (33,3%). Доля больных хронической обструктивной болезнью легких, являющихся злостными курильщиками, преобладала среди проживающих в общежитии (37,0%) и была наименьшей среди обладателей отдельных квартир (5,5%).

Значительная часть больных хроническими заболеваниями органов дыхания (59,6%) употребляют алкоголь редко и понемногу и 4,3% употребляют алкоголь часто, но умеренно. Причем две трети из них – это мужчины.

Выраженным фактором риска формирования бронхиальной астмы у городских жителей является воздействие повышенной запыленности и загазованности в процессе трудовой деятельности (53,9%). Анализ видов трудовой деятельности показал, что почти четверть обследованных больных (26,8%) не работали, из них большая часть – женщины. Установлено, что среди пациентов, проходящих лечение в пульмонологическом стационаре, заболевания органов дыхания встречаются в большей мере среди работников промышленных предприятий, сферы образования, здравоохранения и социального обслуживания (58,6%).

При оценке удовлетворенности респондентов условиями труда выявлено, что значительная доля больных (55,0%) сомневаются в том, что характер их трудовой деятельности соответствует состоянию здоровья или считают их неподходящими (11,1%). Тем не менее, большинство опрошенных считают условия своего труда удовлетворительными и даже хорошими (58,3% и 28,5% соответственно). Следует отметить тот факт, что наибольшая доля пациентов, считающих условия труда несоответствующими их состоянию здоровья, была выявлена в группе работников сферы обслуживания и торговли (37,2%) и системы экономики и управления (19,5%). Работники же профессий с преимущественно физической деятельностью выразили сомнение при оценке соответствия их трудовой деятельности состоянию



здоровья (95,3%).

Известно, что развитие хронических заболеваний в значительной степени определяется уровнем экономического развития и материального обеспечения населения. Среди опрошенных пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой 24,0% отметили ухудшение материального обеспечения, связанного с заболеванием до уровня недостаточного для поддержания здоровья и лекарственного обеспечения; 35,0% составили респонденты, имеющие экономический уровень, позволяющий обеспечить только нормальное питание и потребности первой необходимости. Только у 18,0% обследованных пациентов социально-экономическое благополучие оказалось достаточным для удовлетворения всех потребностей. Также отмечается, что хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой болеют чаще люди с низким и средним уровнем дохода. Исследование показало, что социально-экономическим благополучием не удовлетворены 20,0% пациентов, 60,0% опрошенных оценивают социально-экономическое благополучие как удовлетворительное, и лишь 12,0% респондентов довольны экономическим положением.

В процессе проведения медико-социального исследования установлено, что у пациентов с хроническими заболеваниями органов дыхания значительно ухудшилось их психоэмоциональное состояние. После выявления заболевания более половины опрошенных (61,5%) испытывают умеренную тревогу или депрессию. Исследование показало, что у большинства опрошенных (58,0%) психологическое состояние в течение последнего года после выявления заболевания органов дыхания значительно снизило уровень их рекреационной деятельности, социальной активности и возможностей часто проводить свободное время с семьей. У половины опрошенных (64,2%) чаще стали появляться грустные мысли, неуверенность, сомнение в эффективности лечения и надежды на выздоровление. Значительная часть пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой (51,0%) отмечают частое состояние плаксивости, вспыльчивости и раздражения.

При анализе физического функционирования установлено, что у большинства пациентов в процессе их трудовой деятельности (59,2%) значительно снизилась работоспособность и появилась повышенная утомляемость к концу рабочего дня. При этом большая часть таких пациентов (38,5%) не прекратили свою трудовую деятельность и продолжали работать. При анализе возможности привычного выполнения хозяйственно-бытовой деятельности дома и самообслуживания установлено, что у 31,2% пациентов с хроническими заболеваниями органов дыхания появилась необходимость значительно ограничивать физические нагрузки.

В процессе медико-социального исследования выявлен низкий уровень медицинской информированности и медико-социальной активности пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой. Среди этой группы больных отмечается поздняя обращаемость за медицинской помощью после проявления выраженных признаков заболеваний. Большая часть обследованных (59,3%) не имеют достаточных знаний об основных симптомах бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких, имеют низкий уровень медико-социальной и профилактической активности для устранения воздействия факторов риска.

Исследование показало, что половина больных (45,8%) хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой не проходили профилактический осмотр до установления диагноза, а 65,5% больных не состояли на диспансерном учете по поводу заболеваний органов дыхания по месту



жительства. Данные медико-социологического анализа свидетельствуют, что только 33,6% больных с хроническими заболеваниями органов дыхания принимали лекарственные препараты регулярно, в соответствии с предписанием врача, во время выраженного проявления заболевания, 22,5% пациентов использовали необходимые лекарственные препараты только при появлении болей и выраженных симптомов, 21,7% респондентов отметили, что использовали лекарственные средства давно, повторяя лечение многократно в течение года.

Однако, значительная часть больных даже при наличии уже выраженных признаков хронического заболевания органов дыхания не употребляли лекарственные препараты и делали это только иногда с целью профилактики осложнений. При оценке субъективных клинико-функциональных состояний пациентов с хроническими заболеваниями органов дыхания установлено, что у половины из них (52,0%) до поступления в стационар часто отмечалась повышенная температура тела, беспокоил кашель (47,7%) с выделением мокроты. Значительная часть больных (42,9%) имела повышенную потливость и приступы свистящего дыхания (38,5%), а также боли в грудной клетке (55,3%).

При исследовании субъективной оценки состояния здоровья у госпитализированных пациентов выявлено, что в целом 60,0% респондентов оценили свое здоровье как «удовлетворительное», 19,0% опрошенных отметили «хорошее самочувствие», и такой же удельный вес больных оценили свое здоровье, как «плохое».

Заключение. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что на особенности формирования хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы значительное влияние оказывают факторы риска окружающей и производственной среды, образа жизни, уровень медицинской информированности, медико-социальной и профилактической активности городских жителей. Установлено, что наибольший удельный вес среди обследованных пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой составляют женщины с преобладанием возрастной группы старше 60 лет.

Установлено, что удельный вес курящих пациентов и злоупотребляющих сигаретами мужчин гораздо больше, чем женщин и практически половина опрошенных не курит. Выявлено, что большинство пациентов с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой не удовлетворены социально-экономическим благополучием, четверть респондентов отметили значительное ухудшение материального положения после возникновения заболевания и более трети способны обеспечить только потребности первой необходимости. Полученные данные свидетельствуют о типичной структуре производственных факторов риска возникновения и развития хронической обструктивной болезни легких. Кроме известных факторов риска, хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма развивалась у лиц, имеющих в процессе трудовой деятельности воздействие повышенной запыленности и загазованности.

Выявлено, что пациенты, производственная деятельность которых связана с физическим трудом, оценивают условия труда вполне удовлетворительно и считают свою профессиональную деятельность вполне соответствующей состоянию здоровья. Исследование показало, что на этапах формирования хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы, значительно ухудшаются показатели качества жизни заболевших, возрастает удельный вес больных в состоянии психоэмоционального дискомфорта. Важнейшим этапом лечения



хронической обструктивной болезни легких и бронхиальной астмы является устранение факторов риска социально-гигиенического, социально-экономического, физического и других видов функционирования, а также повышение уровня медицинской информированности и медицинской активности.

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ ПО ВОПРОСАМ ПОЛОВОГО ВОСПИТАНИЯ КАК ОСНОВА СОЗДАНИЯ ПРОГРАММЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Саранюк Р. В.

Курский государственный медицинский университет, Курск

По определению Российской Академии Образования (РАО) половое воспитание - это система медико-психологических, гражданских и педагогических мер, направленных на формирование у детей, подростков и молодежи правильного отношения к вопросам пола, половой морали, половой жизни.

В последние десятилетия в связи с отчетливыми депопуляционными тенденциями, наблюдавшимися в Российской Федерации (РФ), охрана репродуктивного здоровья подростков приобрела особую важность. Сохраняющаяся естественная убыль населения усугубляется прогрессивным снижением численности и стабильным ухудшением здоровья детей, что создает угрозу демографическому резерву и успешной реализации репродуктивной функции предстоящей молодому поколению в ближайшие десятилетия [2, 5, 8].

Согласно данным ВОЗ, в 2008 г. в развитых странах мира молодежь в возрасте от 15 до 24 лет составляла более половины от общей численности населения (от 3,6 млрд до 6,7 млрд человек), а в России этот показатель не превышал 18% от численности населения страны. Обращает на себя внимание, что интенсивность ухудшения состояния здоровья детей и подростков в 3,5 раза превышает таковую у взрослого населения [1, 4, 6].

Раннему началу половой жизни способствует изменение сексуальной морали. Большинство школьников в возрасте до 18 лет либерально относятся к половой жизни вне брака. Определенная часть подростков не видит ничего предосудительного в раннем начале половой жизни и частой смене партнеров. Зачастую наркотики и алкоголь являются одной из причин, побуждающих вступить в первый раз в половую близость.

Немаловажным является и тот факт, что подростки, вступая в половые отношения, недостаточно осведомлены о риске инфицирования ИППП и последствиях заражения. Этим можно объяснить результаты исследования, продемонстрировавшие высокую распространенность гинекологических заболеваний, ограничивающих реализацию репродуктивной функции у женщин, перенесших воспалительные заболевания органов малого таза в препубертатном и пубертатном периодах.

Одной из ведущих причин патологических процессов мочеполовой системы являются урогенитальные инфекции, в том числе передаваемые половым путем. По данным ВОЗ, каждый год в мире регистрируется более 340 млн новых случаев ИППП, ежегодно один из 12 подростков заражается ИППП, а уровень заболеваемости среди молодежи в 4-5 раз превышает показатели среди населения в целом. При этом ИППП у подростков часто протекает с осложнениями со стороны органов репродуктивной системы [3, 7, 9].



Проблемы репродуктивного здоровья подростков связаны не только с медицинскими, но и с социальными аспектами, из которых следует выделить четыре основные позиции: снижение возраста вступления в сексуальные отношения, незапланированная беременность, аборты и заражение ИППП.

У большинства людей в современном обществе сексуальные отношения начинаются в подростковом возрасте и чаще всего до брака, при этом не используются средства барьерной контрацепции, что увеличивает риск незапланированной беременности, приводит к повышению числа абортов и случаев заражений ИППП, включая ВИЧ.

Реализация программ по охране репродуктивного здоровья является одним из приоритетных направлений для демографической, а следовательно, и для национальной безопасности страны. Необходимость охраны репродуктивного здоровья подростков обусловлена не только высоким распространением гинекологических и андрологических заболеваний и ИППП в данной популяции, но и низким уровнем их сексуальной культуры и знаний в отношении сохранения репродуктивного здоровья.

Система здравоохранения и образования должны играть главную роль в решении проблемы охраны подросткового здоровья. От их взаимодействия зависит качество профилактической работы.

Описание исследования

Целью нашей работы является изучение уровня информированности об ИППП учащихся старших классов. Для этого нами в период с февраля по март 2014 года было проведено социологическое исследование среди учащихся средних школ г. Железнодорожска Курской области.

Анкетирование было полностью добровольным и конфиденциальным. Исследование выполнено с разрешения администрации школ города. Исследование степени информированности об ИППП и характеристик сексуального поведения школьников проводилось в три этапа.

Первый этап – подготовительный, в ходе которого была разработана анонимная анкета, предназначенная для респондентов – учащихся средних школ. Анкета включает 33 вопроса, сгруппированных по смыслу в 3 раздела, и характеризуется определенной последовательностью смысловых разделов: вводная часть, основная и социально-демографическая.

Основная часть состоит из вопросов, характеризующих:

- уровень знаний по профилактике ИППП (11);
- наличие сексуального опыта и возраста начала половой жизни (7);
- современную оценку пропаганды профилактики ИППП среди респондентов (2);
- оценку доверия детей к социальному окружению (родителям, ближайшим родственникам, педагогам, друзьям и одноклассникам) по проблемам сексуальных отношений и профилактики ИППП (13).

Второй этап – анонимное анкетирование 300 учащихся в возрасте от 15 до 17 лет 10-11-х классов средних школ г. Железнодорожска Курской области.

Третий этап – статистическая компьютерная обработка результатов анкетирования с помощью стандартных методов вариационной статистики с использованием программы «MicrosoftExcel 2007».

Результаты исследования

Согласно результатам проведенного анкетирования, 78% респондентов отрицали наличие половых контактов. Среди лиц, имевших половой опыт на момент проведения анкетирования, минимальный возраст начала половой жизни составил 13 лет, а средний возраст - 15,5 лет



Согласно результатам проведенного опроса, не применяют средства предохранения от ИППП и нежелательной беременности при половых контактах 30% подростков: 39,35% девушек и 58,95% юноши). Неверно интерпретируют термин «контрацепция» 65,1% респондента: 60,56% девушек и 70,65% юноши. В качестве основного способа предохранения от ИППП 50%) подростка указали барьерные методы (презерватив), 18% - комбинированные оральные контрацептивы (КОК), а 13% респондентов - тщательное мытье.

Родители и члены семьи по-прежнему остаются одним из основных источников информации для подростков по вопросам репродуктивного здоровья, ИППП и методах их профилактики 67,2% респондентов: 74,0% девушек и 57,8% юношей.

На специализированные занятия в школе в качестве источников информации об ИППП и методах их профилактики указали 54,4% опрошенных.

Средства массовой информации (СМИ) (газеты, журналы, телевидение), а также специализированную литературу (книги, брошюры) в качестве источников информации о репродуктивном здоровье, ИППП и методах их профилактики используют 49,0% респондентов и 44,0% респондентов соответственно.

Получают информацию о репродуктивном здоровье, ИППП и методах их профилактики от медицинских работников - 22,5% респондента.

Результаты опроса демонстрируют, что лишь небольшой процент респондентов получают информацию о репродуктивном здоровье, ИППП и методах их профилактики от медицинских работников, что может быть связано с недостаточным количеством специалистов, подготовленных для оказания медицинской помощи подросткам, а также недостаточным количеством медицинских организаций, занимающихся вопросами здоровья несовершеннолетних.

Согласно результатам опроса более 85% опрошенных респондентов доверяют знаниям, полученным посредством сети Интернет; более 80% - получают информацию о репродуктивном здоровье, ИППП и их профилактике от сверстников и друзей; более 70% доверяют в вопросе образования на тему репродуктивного здоровья и связанных с ним вопросов родителям.

При анализе результатов анкетирования, полученных на первом этапе, установлено, что 72,54% респондентов 73,60% девушек и 71,09% юношей) дали неправильные ответы на вопросы, касающиеся мер предотвращения заражения ИППП.

Анализ знаний подростков о заболеваниях, передаваемых половым путем, показал, что ничего о них не знают 9%, а половина знают "очень мало". Самыми известными среди ИППП являются СПИД и сифилис (соответственно 81% и 72%), почти половина знают о гонорее и лишь единицы - о герпесе, хламидиозе и прочих инфекциях.

Частота правильных ответов на вопросы о клинических проявлениях наиболее распространенных ИППП наблюдалась менее чем у половины опрошенных подростков. Правильные ответы на вопросы относительно симптомов гонококковой инфекции указали только 25,2% респондентов, сифилиса - 22,4%, хламидиоза - 26,9%, трихомоноза - 20,1%, генитального герпеса - 18,7%, аногенитальных бородавок - 10,6% респондентов.

Верные ответы на вопрос о путях передачи наиболее распространенных ИППП отмечены также менее чем у половины опрошенных подростков: о путях передачи гонококковой инфекции - у 36,68% респондентов, сифилиса - у 37,7%, хламидиоза - у 36,9%, трихомоноза - у 48,8%, генитального герпеса - у 30,8%, аногенитальных



бородавок – у 28,9% респондентов. Не знают об осложнениях ИППП или считают их незначительными 54,49% опрошенных подростков.

Выводы. Результаты проведенного социологического исследования позволяют сделать вывод о недостаточном уровне знаний у подростков по вопросам безопасного сексуального поведения и профилактики ИППП, что требует разработки и внедрения обучающих программ для школьников с участием врачей лечебно-профилактических учреждений и психологов.

По нашему мнению, обучение школьников целесообразно начинать с 11-12 лет, до начала сексуального дебюта.

Меры, которые могут способствовать улучшению репродуктивного здоровья молодежи, должны включать:

1) углубление знаний и понимания среди всех групп общества, включая саму молодежь, вопросов физического, психологического и социального аспектов репродуктивного здоровья подростков;

2) увеличение числа людей, имеющих опыт работы с подростками, а также самих подростков, обученных консультированию и коммуникации;

3) распространение политики и программ, отражающих наилучшие пути понимания нужд подростков в области репродуктивного здоровья, с акцентом на молодых людей.

Литература:

1. Васильева, М.Ю. Профилактика инфекций, передаваемых половым путем среди несовершеннолетних посредством повышения их информированности: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Ю. Васильева; Гос. науч. центр дерматовенерологии по высокотехнол. мед. помощи. – М., 2012. – 32 с.

2. Галлямова, Ю.А. Клинико-социальные, организационные и этико-правовые основы профилактики инфекций, передаваемых половым путем : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ю.А. Галлямова; Казанский гос. мед. ун-т. – Казань, 2005. – 44 с.

3. Кон И.С. Подростковая сексуальность на пороге XXI века / И.С. Кон. – Дубна. – 2001.

4. Кубанова А.А. Урогенитальные инфекционные заболевания у детей: этиология, клиника, диагностика и лечение / А.А. Кубанова, М.Р. Рахматуллина, Н.В. Фриго // Методическое письмо Минздравсоцразвития № 1584/14. – М. – 2005. – 16 с.

5. Лордкипанидзе, Б. А. Анализ распространенности и методы комплексной диагностики, лечения и реабилитации инфекций, передаваемых половым путем у подростков: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Б.А. Лордкипанидзе; ; Гос. науч. центр дерматовенерологии по высокотехнол. мед. помощи. – М., 2009. – 25 с.

6. Мавров, Г.И. Репродуктивная функция мужчины и инфекции, передающиеся половым путем / Г.И. Мавров, А.Е. Нагорный, Г.П. Чиннов // Дерматология и косметология. – 2009. – № 276. – С. 13–17.

7. Панченко, А.А. Медико-организационные аспекты заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, у детей и подростков Москвы: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / А.А. Панченко; Гос. науч. центр дерматовенерологии по высокотехнол. мед. помощи. – М., 2008. – 24 с.

8. Рахматулина М.Р. Интернет как источник информации о сексуальном и репродуктивном здоровье для подростков / М.Р.Рахматулина,

9. IARC. Human Papillomovirus. IARC Monographs on the Evaluation of carcinogenic risk to Humans. Lyon, 2007. – V. 90.



КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ НАРУШЕННОЙ БИОМЕХАНИКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БИСФОСФОНАТНЫМИ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ

Слетов А.А.¹, Сирак С.В.¹, Салтовец М.В.², Колесникова М.Г.¹

¹ Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,

² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва

Актуальность. Одной из важнейших проблем в медицине является онкологическая патология, в том числе локализуемая в челюстно-лицевой области. Рост данной патологии способствует более широкому использованию химиотерапевтических препаратов бисфосфонатной группы.

Однако, в ходе динамических наблюдений выявлен ряд побочных эффектов их применения. Наиболее значимые из них характеризуются поражением костной ткани челюстей, вплоть до патологических переломов. Двигательное разнообразие в биосистеме предопределено уровнем её развития и организации. С точки зрения биомеханики, движение отдельных элементов относительно друг друга рассматривается, как физиологическая деформация системы.

Выраженность физиологических деформаций обусловлена интенсивностью внутриклеточных биохимических процессов, которые определяют двигательную активность мышц, фасций, суставов, связок, сухожилий, костных структур. Движения отдельных частей в биосистеме подобны механической системе рычагов, эффективность которых зависит от их целостности, силы сокращения и вектора(ов) приложения сил(ы). Патологические переломы характеризуются поражением слизистых полости рта и сопровождаются смещением и нарушением биомеханических функций (рис. 1).



Рис. 1. Клинические проявления бисфосфонатных остеонекрозов в челюстно-лицевой области

С целью повышения качества жизни пациентов с патологическими переломами нижней челюсти запланировано изготовление аппарата имитирующего анатомическую целостность нижней челюсти, обеспечивающего функциональную активность зубочелюстной системы.

Материал и методы исследования. Оперативное лечение проведено 15 пациентам, обратившимся и находившимся под наблюдением в отделении челюстно-лицевой хирургии Краевой клинической больницы города Ставрополь с характерной клинической картиной патологического перелома нижней челюсти. 8



пациентам установлены стандартные аппараты компрессионно-дистракционного действия. В раннем после операционном периоде отмечено, что компенсировать биомеханические отклонения стандартными аппаратами невозможно, функциональную активность нижнечелюстного комплекса восстановить не удаётся, что значительно снижало качество жизни пациентов. Полученные не эффективные результаты обосновали необходимость изготовления и использования индивидуальных устройств, которые были установлены 7 пациентам.

Результаты исследования. В раннем после операционном периоде, клинически отмечено улучшение общего состояния больных, за счёт значительного снижения явлений болевого синдрома. В течение первых 12-14 дней, в период функционального покоя установленных аппаратов, отмечено купирование явлений инфильтрации мягких тканей. Гноетечение практически отсутствует (в посевах на микрофлору, патогенной микрофлоры не выявлено), отмечен скудный рост грануляционной ткани в устье свищевого хода.

Однако, динамическая нагрузка стандартных аппаратов в проекции поражённого органокомплекса, приводила к нарушению стабильности фиксирующих конструкций и положительная клиническая картина имела временный результат с отрицательной динамикой и ухудшением качества жизни пациентов. По мере снижения стабильной фиксации конструкции, требовала проведения корригирующих оперативных вмешательств. Однако, проведение повторных операций технически не представлялось возможным дефицита костной ткани развивающегося ввиду прогрессирования явлений остеонекроза и ограниченных функций стандартных аппаратов.

По результатам проведённого анализа и в соответствии с целью и задачами исследования, разработан и предложен способ лечения патологических переломов нижней челюсти и профилактики осложнений, направленного на раннюю реабилитацию и улучшение качества жизни пациентов.

В качестве примера приводим следующий клинический случай. В марте 2013 года в отделение челюстно-лицевой хирургии краевой клинической больницы г. Ставрополь обратился пациент В. 1971 г. рождения.

На момент обращения предъявлял жалобы: на диффузные боли в области нижней челюсти с иррадиацией по ходу II ветвей V пары черепно-мозговых нервов больше справа, носящих не выносимый характер, не купируемых ненаркотическими анальгетиками. На общую слабость, на наличие дефекта слизистой в преддверии полости рта и оголение кости нижней челюсти, на гноетечение через свищевой ход в подподбородочном пространстве.

Из анамнеза установлено, что пациент в течение 1,5 лет употреблял дезоморфин, изготовленный кустарным способом из препаратов («Коделак», «Терпинкод», «Тетралгин», «Пенталгин», «Седал-М»). Дезоморфин в процессе получения подвергается обработке бензином или ацетоном, кроме того содержит кристаллический йод, красный фосфор, и ряд побочных, токсических веществ. Доказано, что химические вещества, входящие в состав дезоморфина, способны оказывать локальные токсические, так и общие тератогенные эффекты на различные органы и ткани организма.

Со слов больного, около 5 месяцев назад врачом стоматологом удален одиночно стоящий, подвижный нижний правый клык, выраженного болевого симптома указанный зуб не имел. После удаления зуба, лунка зуба не закрылась, через некоторое время появилось гноетечение из лунки.



В течение пяти месяцев, пациенту трижды была проведена периостотомия, однако облегчения не наступало, пациент отмечает катастрофически быстрое оголение кости в полости рта после каждого хирургического вмешательства с выраженными признаками ухудшения качества жизни. При поступлении в отделение пациенту проведено общеклиническое обследование, выполнена мультиспиральная компьютерная томография с трёхмерной реконструкцией, проведён курс противовоспалительной, нейротропной, общеукрепляющей терапии, пациент выписан через семь дней с улучшением, под наблюдение хирурга по месту жительства, с рекомендациями. По данным контрольной ортопантограммы через 2 месяца, отмечено распространение патологического процесса, характеризующегося деструкцией костной ткани в проекции жевательной группы зубов нижней челюсти справа и подбородка. Деструкция костной ткани в проекции тела нижней челюсти справа, с сохранением целостности компактного слоя тела нижней челюсти на участке до 5 миллиметров. С учётом полученного негативного результата лечения у 12 пациентов со стандартными аппаратами и представленной клинорентгенологической картины пациента В., с профилактической и лечебной целью по данным виртуального моделирования изготовлен индивидуальный полифункциональный аппарат (рис. 2).

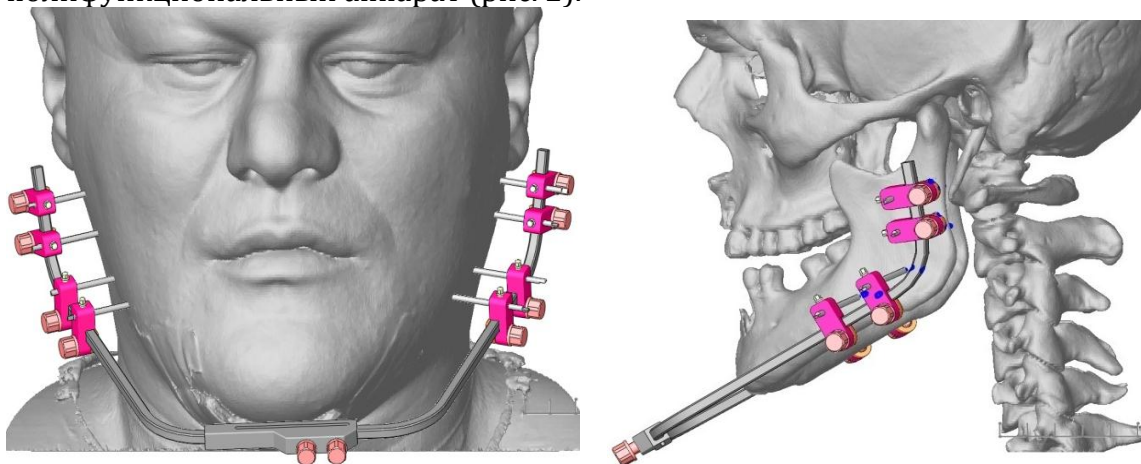


Рис. 2. Виртуальное моделирование для изготовления индивидуального полифункционального аппарата

В плановом порядке, с учётом выраженного болевого синдрома, под эндотрахеальным наркозом, проведена установка и фиксация аппарата. В ходе установки аппарата проведена оценка функциональной активности отдельных его узлов (рис. 3).



Рис. 3. Больной В. после операции



В ходе проведённого оперативного вмешательства сохранено анатомическое и окклюзионное соотношение челюстей. В раннем послеоперационном периоде пациент отмечает улучшение общего состояния, уменьшение гноетечения, и значительное снижения болевого синдрома. Частичное удаление некротизированной кости способствовало купированию локальных клинических симптомов воспаления в короткие сроки (рис. 4). Биопсия костной ткани у 5 пациентов находившихся под наблюдением, показала наличие выраженного подавления костного обмена и существенное замедление или, в некоторых случаях, полное подавление процесса заживления. При этом было выявлено, что 37% пациентов получали бисфосфонаты изготовленные кустарным способом, а 63% пациентов получали препараты полученные промышленным способом.

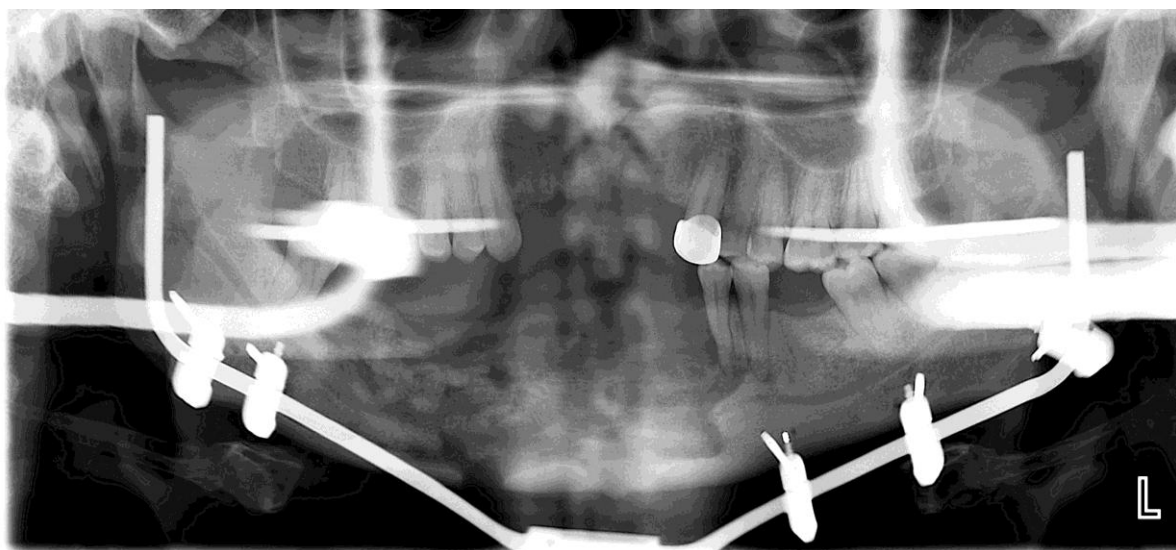


Рис. 4. Ортопантомограмма больного В.

Для пациентов, длительно принимавших бисфосфонаты ($4,3 \pm 0,8$ лет), являлось наличие специфических рентгенографических особенностей перелома, проявляющихся диффузным поражением кости и истончением кортикального слоя сопровождающегося переломом и инфильтрацией окружающих тканей. Таких особенностей не наблюдалось при переломе у пациентов, принимавших бисфосфонаты на протяжении меньшего периода ($1,5 \pm 0,3$ лет). В группе пациентов, принимавших бисфосфонаты по показаниям, при санированной полости рта, явления деструктивного и воспалительного характера были минимальными, однако у пациентов в данной группе с гигиеническим уровнем ниже 0.5 ед., отмечены явления характерные для распространённого воспалительного процесса.

В целом, имеющиеся литературные данные и полученные клинко-рентгенологические данные подтверждают тесную взаимосвязь между длительным приемом препаратов содержащих фосфор и развивающимися патологическими переломами и снижением уровня качества жизни пациентов. Очевидно, что развивающимся осложнениям способствует химическая активность бисфосфонатов угнетающая и подавляющая обменные процессы в костной ткани, сопровождающиеся повышением степени минерализации и как следствие хрупкости кости.

Заключение. С целью своевременной профилактики осложнений бисфосфонатного остеонекроза и улучшения качества жизни пациентов, производителям необходимо расширить аннотацию с подробным описанием



побочных эффектов. В раздел «Предостережения» внести рекомендации о регулярном, не менее одного раза в три месяца, проведении рентгенологического обследования костей лицевого скелета. Среди лиц употребляющих синтетические наркотические препараты, в обязательном порядке, кроме регламентированных обследований на опасные инфекции проводить рентгенологическое обследование челюстных костей. Раздел «Побочные реакции» дополнить информацией о риске патологических переломов с указанием возможных предшествующих перелому симптомах: беспричинная зубная боль, боль в области бедра, общей слабости или дискомфорта.

Литература

1. Сирак, С.В. Реконструкция объемных дефектов нижней челюсти с помощью имплантата-эндопротеза/Сирак С.В., Слетов А.А., Елизаров А.В., Мебония Т.Т., Арутюнов А.В.//Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2014. - Т. 9. - № 1 (33). - С. 87-91.
2. Слетов, А.А. Аппаратный метод лечения переломов нижней челюсти при бисфосфонатных остеонекрозах/А.А. Слетов, С.В. Сирак, А.Б. Давыдов, Т.Т. Мебония, А.В. Арутюнов//Стоматология для всех. - 2014. - №2. - С. 32-36.
3. Медведев Ю.А. Басин Е.М. Фосфорные некрозы челюстей // Врач, 2012. №1. С. 21 – 25.

КАЧЕСТВО ТРУДА КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Смола Н.В., Шматко А.Д.

ФГАОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет аэрокосмического приборостроения», Ивангородский гуманитарно-технический институт (филиал), кафедра социально-экономических дисциплин и внешнеэкономической деятельности Ленинградская область, г. Ивангород, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра медицинской информатики и физики, Санкт-Петербург

Актуальность. В современной рыночной среде человек, прежде всего, выступает как потребитель экономических благ, которые ему дают труд или производит организация. Но с другой стороны – это обладанием человеком комплексом ЗУН (знаний, умений, навыков), которые отличают индивида от других и делают его потребным организациям, государству, социуму. Человек экономический («homo economicus») характеризует свою деятельность через потребности и возможности их удовлетворения, это положение доказывается через особенности (характеристики) человеческого потенциала, к которым можно отнести:

- уровень и качество образования;
- физическое и нравственное здоровье;
- творческими особенностями и способностями;
- квалификация и качество труда, профессионализм.

В целом, эти и другие составляющие являются совокупными факторами такого явления. Как качество жизни отдельного человека и в целом населения. Поэтому мы видим актуальность данного аспекта в контексте других направлений исследований наук, изучающих качество жизни населения. Также актуальность выбранной темы исследования определяется необходимостью создания условий для эффективного функционирования организации через такой важный в настоящее время ресурс как персонал. А удовлетворенность психологическими условиями



труда непосредственно отражается на производительности и качестве работы как следствие, на качестве жизни.

При подготовке и проведении исследования были использованы методы анализа и синтеза, изучение известных исследований в области качества труда, экономики и социологии труда, управления персоналом, менеджмента организации и прочих направлений. В частности, изучены научные работы канадских социологов М.Чени и Т.Ригана, австрийского ученого В.Франкла, британского социолога Э.Гидденса.

Рассматривается качество труда и трудовой жизни в экономических аспектах, например, большинством экономистов оно признается фактором и одновременно важным элементом качества жизни. Исследованию и сформированных научных концепций в этой области, а также основных условий, обеспечивающих качество труда, посвятили свои работы: В.Н. Бобков, В.Ф. Потуданская, П.В. Савченко, Г.Э. Слезингер, Н.А. Тучкова, А.П.Егоршин, Б.М. Генкин, П.Э. Шлендер и другие.

К числу зарубежных авторов, сформировавших концептуальные основы следует отнести: работы Дж. Хекмана, связанные с созданием программ повышения качества трудовой жизни в США. В работах М. Альберта, М. Мескона, Ф. Хедоури представлены разработки по применению качества трудовой жизни в области управления человеческими ресурсами в США.

Необходимо отметить, что актуальность вопроса *качества труда* неразрывно связано с понятием *качества жизни*, которое активно стало обсуждаться в конце 60х-начале70-х годов XX века в индустриально развитых странах. Как говорит в своем исследовании В. Букалюк (институт социологии НАН Украины, 2010 г.), «...это была реакция и со стороны научного сообщества, и со стороны властей на рост недовольства людей труда своим бедственным положением, прежде всего, низким качеством труда и трудовой жизни. «Поворот капитализма» лицом к человеку труда был реакцией на очередной кризис капиталистической системы середины 1970-х, в частности на рост безработицы.

Например, численность официально зарегистрированных в ФРГ безработных в 1975 году достигла 1099 тыс., что составило 737,5% по отношению к 1970 году. Значительное число трудящихся были вынуждены работать неполную рабочую неделю. Особенно пострадала от безработицы молодежь: около 30% безработных составляли люди в возрасте до 25 лет. В тоже время стоимость жизни в ФРГ с 1970-год по 1975 года возросла на 34,5%. С подобными проблемами сталкивалась не только Европа, но и богатейшая страна в мире — США. Так, в этой стране с самым высоким уровнем жизни количество самоубийств на 100 тыс. 15–24-летних поднялось с 4,7 в 1950-м до 12,4 - в 1972-м году, то есть на 264%. Стоит отметить, однако, что, несмотря на кризис, прибыли крупных компаний продолжали расти, в частности в ФРГ от 31 млрд. марок в 1968-м до 41 млрд. в 1973 году...».

В те же годы была разработана и концепция качества труда (качества трудовой жизни), которая параллельно с концепцией качества жизни рассматривала вопросы производительности и условий труда, организацию производства и прочие актуальные проблемы, ориентированные на труд. Концепция качества труда была разработана в промышленно развитых западных странах в 1960-е годы, а внедрение в жизнь этого организационного проекта началось на пороге 1970-х. Главным импульсом в этом направлении стал выход в свет в США книги «Труд в Америке», подготовленной в результате проведения научных исследований в этой области. Данное исследование свидетельствовало о кризисе тейлоризма и фордизма, необходимости поиска новых подходов, позволяющих обеспечить не только высокую



производительность труда, но и нормальные условия жизнедеятельности работников в их повседневном труде.

Концепция качества труда основывается на создании условий, обеспечивающих оптимальное использование трудового потенциала человека. Качество трудовой жизни можно повысить, изменив в лучшую сторону любые параметры, влияющие на жизнь людей. Это включает, например, участие работников в управлении, их обучение, подготовку руководящих кадров, реализацию программ продвижения по службе, обучение работников методам более эффективного общения и поведения в коллективе, совершенствование организации труда и др. В результате трудовой потенциал получает максимальное развитие, а организация - высокий уровень производительности труда и максимальную прибыль.

На современном этапе развития управленческой мысли достаточно много внимания отводится такой составляющей качества трудовой жизни как психологическая и эмоциональная удовлетворенность сотрудников. Так как в процессе усугубления влияния отрицательных факторов, возникновения неудовлетворенности, перегруженности, а вследствие эффекта эмоционального выгорания, работоспособность и эффективность труда падает. Основной проблемой, рассматриваемой в работе, является возможность и пути повышения уровня качества трудовой жизни работника в процессе формирования профессионально-личностного комфорта, повышения степени удовлетворенности сотрудников и преодоления стрессов.

Часто работники находятся в быстро меняющихся или стрессовых условиях, а уровень физической активности на работе может быть недостаточен для поддержания здоровья. Чем дольше и интенсивнее люди работают, тем сильнее работа влияет на личную жизнь. Эта связь становится более ярко выраженной, когда работа начинает сказываться на здоровье человека. Из результатов исследования очевидным фактом становится то, что для многих существует четкая взаимосвязь между работой и состоянием здоровья.

Улучшение качества труда предусматривает улучшение социально-экономического содержания труда, развития тех характеристик трудового потенциала, которые позволяют предпринимателям в полной мере использовать интеллектуальные, творческие, организаторские, нравственные способности человека.

Соответствующее **качество трудовой жизни** должно создать условия для того, чтобы дать выход творческим способностям самого работника, когда главным мотивом становится не зарплата, не должность, не условия труда, а удовлетворение от трудовых достижений в результате самореализации и самовыражения.

По результатам проведенных исследований в области качества труда и проблем, существующих в этой части качества жизни населения, первоочередными задачами обеспечения нормальной жизни наемного работника являются:

1. Обеспечение приемлемых условий труда, предполагающих высокий уровень организации труда;
2. Механизация и автоматизация трудовых процессов;
3. Организационная самостоятельность работника, его профессиональное и карьерное продвижения;
4. Система охраны труда;
5. Экологизация производства и безопасность созданного продукта, как для работника, так и для потребителя;
6. Контроль уровня физической нагрузки и нервно-психического напряжения;



7. Комфортность и эргономика производственной среды (состояние освещенности, загазованность, вибрации, температурный режим, производственная эстетика, гигиена и санитария и т.д).

Объединим перечисленные понятия с понятиями качества жизни и увидим совпадения и идентичные положения, которые, безусловно, имеют полемический характер и служат предметом исследований в социологии, экономике, медицине и ряде других направлений. Итак, к основным показателям качества жизни, по мнению ряда авторов данной области исследований, следует отнести следующие:

1. Социальную защищенность;
2. Уверенность в завтрашнем дне;
3. Чувство безопасности;
4. Удовлетворенность условиями, характером и содержанием труда;
5. Удовлетворенность заработной платой;
6. Удовлетворенность взаимоотношениями с руководством на работе;
7. Удовлетворенность взаимоотношениями с коллегами по работе;
8. Возможность нормально питаться и одеваться;
9. Удовлетворенность материальным положением семьи;
10. Удовлетворенность жилищными условиями;
11. Удовлетворенность личной жизнью;
12. Удовлетворенность окружающей средой;
13. Возможность культурного досуга;
14. Возможность достаточного отдыха;
15. Возможность повышения профессиональной подготовки;
16. Хорошее здоровье;
17. Возможность получения медицинского обслуживания;
18. Возможность получения образования; перспективы профессионального роста и успеха в жизни;
19. Социальную справедливость;
20. Соблюдение экономических, социальных, политических и культурных прав и свобод и проч.

Чтобы более наглядно представить взаимосвязь формирования показателей качества труда и качества жизни, а также важную роль удовлетворенности человека своей работой в общем восприятии человеком своей жизни в целом, приведем пример сравнительного анализа основных показателей качества труда и качества жизни (табл. 1).

Таким образом, анализируя эволюцию концепции качества, можно отметить, что предпосылкой возникновения и развития данной концепции была не удовлетворенность людей в первую очередь качеством своей трудовой жизни. Потому большая часть показателей качества жизни состоит из показателей качества труда, основными из которых являются показатели удовлетворенности человека уровнем заработной платы, условиями труда и т.д. Влияние качества труда на общее восприятие человеком качества жизни не вызывает сомнения. Многие ученые сходятся в том, что качество жизни в большой степени характеризуется качеством труда, поскольку работа - то место, где человек проводит большую часть своего времени и, безусловно, качество труда является важнейшей составляющей качества жизни человека в целом.



Таблица 1

Сравнительный анализ основных показателей качества труда и качества жизни*

№ пп	Показатели качества трудовой жизни	Показатели качества жизни
1	2	3
1	Достойная оплата труда	Возможность удовлетворять основные потребности человека (питание, одежда, жилище, хорошие условия для проведения отдыха и досуга); удовлетворительное материальное положение семьи; уверенность в завтрашнем дне
2	Наличие приемлемых условий труда, включая высокий уровень организации труда, его механизацию и автоматизацию, возможности организационной самостоятельности работника и его профессионального и карьерного роста, систему охраны труда, уровень физической нагрузки и нервно-психического напряжения, а также показатели, связанные с комфортностью производственной среды (освещенность, загазованность, температурный режим и т.п.)	Хорошее состояние здоровья (отсутствие профзаболеваний, производственных травм, стрессов); удовлетворенность условиями труда; расширение перспектив профессионального роста и повышения образовательного уровня
3	Ощущение значимости своего труда	Чувство личной значимости, самоуважение, смысл жизни
4	Комфортный морально-психологический климат на предприятии	Удовлетворение отношениями с руководством и коллективом на работе
5	Обогащение и гуманизация труда	Возможность развития и самореализации личности
6	Использование социально-бытовой инфраструктуры организации работниками (больница, столовая, спортивные залы, санатории, библиотека, возможность проведения досуга - экскурсии, оздоровление детей и т.д.)	Расширение возможности медицинского обслуживания и культурного досуга; расширение возможности общения, участия в социальных сетях и воспитание чувства принадлежности к организации
7	Правовая защищенность работника	Соблюдение социальных и политических, экономических и культурных прав

*Источник: В. Буткалюк. Социология: теория, методы, маркетинг. – Киев, 2010.



Кроме того, исследования показывают, что те люди, которые находятся на дне иерархической лестницы, имеют худшее состояние здоровья и более короткую продолжительность жизни, чем люди с более высоким социальным статусом. Применительно к обществу в целом можно сделать вывод, что неравное распределение доходов и конкуренция между людьми труда, порождаемая этим, объясняют, почему более равные в возможностях шведы и японцы обладают лучшим здоровьем и отличаются большей продолжительностью жизни, чем менее равные американцы. Другими словами, распределение доходов оказывает существенное воздействие на качество жизни людей в целом. Аргументы о влиянии распределения доходов на продолжительность жизни и здоровье людей, полученные в результате исследований, следовало бы использовать при выборе и формировании налоговой и трансфертной политики государства.

Изучая влияние качества труда на качество жизни, можно обратиться и к следующему примеру. Наиболее известное исследование в этой области — это изучение состояния здоровья и продолжительности жизни британских гражданских служащих, работающих в центральных государственных ведомствах. Как и при проведении национального исследования, здесь подтвердилось наличие «социального уклона» в состоянии здоровья, то есть зависимости здоровья от статуса человека – люди с низким статусом имеют более слабое здоровье и умирают в более молодом возрасте, чем те, чей трудовой статус выше. Исследование также показывает, что и другие особенности рабочей среды влияют на состояние здоровья, а именно:

- есть ли гарантии занятости;
- является ли работа интересной и хорошо оплачиваемой (отсутствует ли монотонность и рутинность);
- есть ли баланс между стараниями работника и вознаграждением, что касается не только материального вознаграждения, но и уважительного отношения со стороны руководства и работодателей;
- какова степень автономии работника, контроль и свобода в выборе методов и средств решения поставленных задач, включая также самостоятельный выбор тех коллег, с которыми работник предпочитает работать;
- есть ли доверительные отношения как между работниками, так и между работниками и работодателями;
- каковы гарантии медобслуживания, особенно если человек работает на опасном производстве и может получить травму;
- присутствует ли «процессуальная справедливость», имеющая важное значение в ограничении «синдрома статуса» на рабочем месте.

На основании имеющихся эмпирических данных становится очевидным, что наличие работы, возможность получения заработка и обеспечения как минимум первейших потребностей положительно влияют на здоровье и продолжительность жизни человека.

Конечно, по – прежнему актуальным остается мнение о том, что одним из самых важных аспектов жизни наемного работника является оплата труда. Существуют понятия «справедливого вознаграждения за труд», «ожидания вознаграждения» и др., отражающие связь между оплатой определенного вида труда и оплатой других видов труда, и понятие «надлежащего вознаграждения за труд», связанное с тем, насколько полученный работником доход отвечает принятым в обществе стандартам достатка и обеспеченности, а также соответствует представлениям о достатке конкретного работника. Именно понятие «надлежащего вознаграждения» тесно связывают понятия *качества труда* и *качества жизни*.



Считается, что «надлежащее вознаграждение за труд» должно учитывать потребности трудящихся и их семей, а также экономические соображения, обусловленные уровнем развития общества, особенностями хозяйственной ситуации, социальной значимостью данной отрасли, необходимостью поддержания высокого уровня занятости. Повышение качества труда не может быть достигнуто без возможности получать справедливое вознаграждение за труд и признание своего труда.

Справедливое вознаграждение за труд рассматривается не только как приоритетное условие обеспечения воспроизводства рабочей силы, но и как важный фактор трудовой мотивации, на основе которого развиваются более высокие человеческие потребности. Рекомендации по справедливому и надлежащему вознаграждению за труд, предлагаемые в рамках концепции качества труда и качества трудовой жизни ориентируют, как правило, на дифференцированный подход к оплате разных групп работников.

Таким образом, можно сделать вывод, что качество труда и, как следствие, качество жизни в целом определяются сложным комплексом экономических и социально-политических факторов, в том числе колебанием уровней занятости и безработицы, которые обусловлены, прежде всего, циклическим развитием рыночной экономики. Спрос на наемную рабочую силу и циклическая динамика доходов основной массы населения меняются вследствие периодических экономических кризисов, неизбежных в условиях капиталистического производства. Очевидно, что втягивание мировой экономики в нынешний кризис, который, судя по многим прогнозам, будет иметь более тяжелые последствия, чем предыдущие, обязательно повлечет за собой снижение нынешних уровня и качества жизни.

Литература

1. Бобков В.Н. Методологические вопросы изучения качества жизни населения / Бобков В. // Модели системной трансформации и социальная цена реформ (опыт России, СНГ и стран ЦВЕ). – М.: Ин-т экономики РАН, 2006. – С. 127.
2. Буткалюк В. Социология: теория, методы, маркетинг. – Киев.: 2010. – С.230
3. Нугаев Р.М. Качество жизни в трудах социологов США / Р.М. Нугаев, М.А. Нугаев// Социологические исследования. – 2003. – N 6. – С. 100–105
4. Чернышева Ю.Э., Повышение качества трудовой жизни работника через формирование профессионально-личностного комфорта. Южный Федеральный Университет, Экономический факультет, Кафедра «Управление персоналом», 2009. – С. 12-15

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА г. ЧЕБОКСАРЫ

Стекольников Л.В.

АУ Чувашии «Институт усовершенствования врачей» Минздравсоцразвития Чувашии, Чебоксары

Актуальность. В стратегические национальные приоритеты Российской Федерации до 2020 года, среди других важных приоритетов, входит и «повышение качества жизни российских граждан путем гарантирования личной безопасности, а также высоких стандартов жизнеобеспечения» [8]. Исследование качества жизни (КЖ) населения, связанного со здоровьем, на популяционном уровне в динамике – надежный и доступный метод измерения достижений приоритетов (целей) социальной политики государства.



Цель исследования – изучение КЖ жизни населения трудоспособного возраста г.Чебоксары на популяционном уровне.

Материалы и методы. В сентябре 2009 г., проходящие дополнительную диспансеризацию или периодический медицинский осмотр в поликлинике № 2 «Городской клинической больницы №1» г. Чебоксары, после разъяснения цели и задач исследования, самостоятельно заполнили общий опросник MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study-Short Form-36) в специально отведенном кабинете в присутствии автора статьи, при возникновении затруднений опрашиваемым давались пояснения. Русская версия опросника SF-36 была опробирована в Санкт-Петербурге [5, 7, 14]. Всего было заполнено 408 анкет, которые были отправлены в Межнациональный центр исследования КЖ (МЦИКЖ) (г. Санкт-Петербург), где был проведен анализ. После проверки на полноту и качество заполнения в МЦИКЖ, в разработке осталось 405 анкет (мужчин – 174, женщин – 231), что составляет репрезентативную выборочную совокупность с доверительной вероятностью 0,95 ($p = 0,05$) [12]. Статистический анализ проведен с использованием программного обеспечения Statistica 10.0 в соответствии с общими принципами проведения исследования КЖ в медицине на популяционном уровне [7]. Инструмент опросника SF-36 состоит из 36 вопросов, которые формируют 8 шкал (см. табл.) Показатели каждой шкалы варьируют от 0 и до 100 баллов, где 100 представляет полное здоровье. Интегральный показатель качества жизни (ИПКЖ) – суммарный индекс оценки индивидуумом своего состояния – определяли на основании шкал опросника SF-36 методом интегральных профилей [6].

Результаты и обсуждение. Показатели КЖ в возрастно-половых группах жителей г. Чебоксары представлены в таблице.

Физическое функционирование (ФФ). ФФ определяется субъективной оценкой респондентами объема своей повседневной физической нагрузки как тяжелой (бег, поднятие тяжестей, подняться пешком по лестнице на несколько пролетов, пройти расстояние в несколько кварталов), так и умеренной (передвинуть стул, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды), и легкой (наклониться, встать на колени, вымыться, одеться), то есть выражается в готовности осуществлять активную двигательную деятельность. Низкие показатели по этой шкале свидетельствует о том, что физическая активность респондента ограничивается состоянием его здоровья [4].

В целом (20-59 лет) по шкале ФФ показатель КЖ мужчин выше, чем у женщин на 3,8 балла – соответственно 91,2 и 87,4 балла ($p < 0,001$). Более высокие показатели ФФ у мужчин, чем у женщин выявлены в возрастных группах 20-29, 30-39 и 50-59 лет, с наибольшей разницей в 9,3 балла ($p < 0,001$) в возрастной группе 50-59 лет и отсутствием разницы в возрасте 40-49 лет (см. табл.).

Оценка ФФ исходит из предпосылки: чем выше показатель, тем большую физическую нагрузку, по мнению респондента, он может выполнять. Мужчины, как известно, по своим физическим характеристикам (мышечная сила, выносливость) значительно более сильный пол, чем женщины, а вопросы опросника нацелены именно на выявление объема физической нагрузки (см. выше), соответственно, шкала ФФ дает более высокие показатели для мужчин, чем для женщин. По нашему мнению, гендерная разность в возрастном интервале 20-39 лет определяется, в большей степени, возрастным фактором. В 40-49 лет у мужчин к возрастному снижению физической силы добавляются хронические болезни, что, безусловно, влияет на ФФ и выравнивает шкалы ФФ между полами. Наибольшая разница между мужчинами и женщинами по ФФ в 50-59 лет дает основание предположить, что в этом возрасте хронические болезни (ХБ) не позволяют женщинам, в большей



степени, выполнять не только тяжелую физическую нагрузку, но и умеренную, и легкую, так как бремя ХБ у женщин над мужчинами в этом возрасте выше [13]. ХБ, как известно, ограничивают реализацию физических способностей в двигательных действиях.

Показатели качества жизни мужчин и женщин в разных возрастных группах
(баллы)

Шкалы SF-36	20-29 лет		30-39 лет		40-49 лет		50-59 лет	
	Муж- чины	Жен- щины	Муж- чины	Жен- щины	Муж- чины	Жен- щины	Муж- чины	Жен- щины
Физическое функционирование	97,3	95,0	95,8	90,1	83,7	83,4	89,5	80,2
Рольное физическое функционирование	95,1	82,2	90,8	78,7	87,0	73,9	80,6	70,5
Боль	90,5	80,1	94,7	84,9	86,6	74,5	76,6	69,2
Общее здоровье	77,0	74,2	72,4	67,7	63,3	60,8	60,6	59,8
Жизнеспособность	77,9	64,1	77,3	65,8	68,0	66,5	63,2	63,3
Социальное функционирование	93,9	82,8	89,4	77,7	80,9	77,4	80,4	75,0
Рольное эмоциональное функционирование	91,1	76,3	94,7	78,9	82,4	77,9	79,8	65,9
Психическое здоровье	80,4	70,4	80,0	69,2	69,0	70,2	69,8	68,1
Интегральный показатель качества жизни	0,74	0,58	0,71	0,55	0,57	0,51	0,52	0,46

ФФ мужчин статистически значимо уменьшается уже в возрастных интервалах от 20-29 до 40-49 лет на 13,6 балла (14%, $p < 0,001$). У женщин в этих же возрастных интервалах происходит статистически значимое снижение ФФ на 11,6 балла (12,2%, $p < 0,001$) (см. табл.).

Рольное физическое функционирование (РФФ) выявляется субъективной оценкой респондентами степени ограничения своей повседневной деятельности (количество времени, затрачиваемое на работу; выполнили меньше, чем хотели; ограничения в выполнении какого-либо деятельности; трудности при выполнении своей работы). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием респондента [4].

Оценка мужчинами своего РФФ в возрасте 20-59 лет на 10,5 балла (13,4%, $p < 0,05$) выше, чем у женщин – соответственно 88,7 и 78,2 балла. По возрастным группам РФФ мужчин также статистически значимо выше, чем женщин: в 20-29 лет – на 12,9 балла (15,7%, $p < 0,01$), в 40-49 – на 13,1 (17,7%, $p < 0,01$) (см. табл.). В 20-29 лет физически более сильные мужчины, конечно, свое РФФ будут оценивать выше, чем женщины. В 30-39 лет физическое превосходство мужчин, видимо, меньше сказывается на их оценке своего РФФ, так как статистически значимого различия с женщинами не выявлено. В 50-59 лет груз болезней выравнивает РФФ между полами.

Оценка своего РФФ у мужчин с 95,1 балла в возрасте 20-29 лет уменьшается до 80,6 – в 50-59 лет (на 15,3%), но данное снижение статистически не значимо ($p > 0,05$). У женщин в этих же возрастных группах показатели РФФ с 82,2 балла уменьшаются до 70,5 (на 14,3%) также без достоверной разности ($p > 0,05$) (см. табл.)



Шкала боль (Б). Боль – интегративная функция организма, которая мобилизует самые разнообразные функциональные системы для защиты организма от воздействия вредящего фактора [1]. Низкие показатели по данной шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность респондента[4].

Без возрастного признака показатель по данной шкале у женщин на 9,6 балла меньше, чем у мужчин – соответственно 78 и 87,6 балла ($p < 0,001$). При анализе данных по половозрастным группами установлено, что статистически значимые различия по шкале Б между мужчинами и женщинами найдены в возрастных группах от 20-29 до 40-49 лет, то есть у женщин результаты на 9,8-12,3 балла меньше (10,4-14%, $p = 0,01$), чем у мужчин (см. табл.). Из изложенного следует, что женщины чаще мужчин испытывают боль. Статистически более низкие показатели по шкале Б у женщин, чем у мужчин согласуется с уровнем заболеваемости в половозрастных группах. При изучении общего уровня заболеваемости исследуемого контингента нами было установлено, что женщины демонстрируют более высокий уровень патологии, чем мужчины во всех возрастных группах [13], а боль является симптомом многих заболеваний. Отсутствие статистически значимого различия по шкале Б по половому признаку в возрасте 50-59 лет свидетельствует, по нашему мнению, что бремя хронических болезней в одинаковой мере вызывают боль у лиц обоего пола, хотя уровень заболеваемости в этом возрасте у женщин выше, чем у мужчин. Нами выявлено, что патологическая пораженность с 2093,8‰ в возрасте 20-29 лет увеличилась до 2675,4‰ в 50-59 (оба пола), у мужчин – с 1842,5 до 2288,4‰, у женщин – с 2250,5 до 2907,7‰ соответственно [13]. Можно заключить, что на болевые ощущения влияет не количество болезней, а характер патологии.

Показатель по шкале Б у мужчин с 90,5 балла в 20-29 лет статистически значимо снизился до 79,6 в 50-59 лет ($p < 0,001$). У женщин в этих же возрастных группах имеется снижение с 80,1 до 69,2 балла, но без достоверной разности ($p > 0,05$) (см. табл.).

Шкала *общее здоровье* (ОЗ). Субъективно респондентам общее состояние здоровья опросник SF-36 предлагает оценить как “отличное”, “очень хорошее”, “хорошее”, “посредственное” и “плохое”. Кроме этого респонденты должны вынести оценочное суждение по высказыванию «Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых» по пяти градациям и оценить мешало ли их физическое (эмоциональное) состояние за последний месяц проводить свободное время с семьей, друзьями или в коллективе. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже субъективная оценка состояния здоровья респондентом [4].

В субъективной оценке своего ОЗ среди мужчин и женщин трудоспособного возраста статистически значимого различия не выявлено. Показатель оценки ОЗ у мужчин составил 68,1 балла, у женщин – 64,8. В оценке ОЗ также не имеется различий и в половозрастных группах (см. табл.), хотя, как уже было отмечено, заболеваемость женщин во всех возрастных группах выше, чем мужчин [13]. Объяснение схожести в оценке ОЗ мы видим в распространенности социокультурных эталонов здоровья, когда восприятие собственного здоровья подменяется чувством приспособленности, чувством схожести с общепринятыми социальными нормами, культурными стандартами здоровья [2, 3]. К такому подходу к оценке своего здоровья способствует и утверждение «Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых» по которому респонденты высказывают свое суждение. Другой момент. В исследовании, проведенном в Нидерландах опросным методом, выявлено, что структурные факторы (род занятий, уровень дохода, место проживания) воздействуют на оценку состояния здоровья респондентами значительно сильнее,



чем поведенческие (курение, употребление алкоголя, занятие физкультурой) [15]. Структурные факторы наших респондентов не отличаются. Это тоже, видимо, способствует одинаковой оценке ОЗ по половому признаку. Однако возраст влияет на оценку ОЗ. Если в 20-29 лет мужчины ОЗ оценивают в 77 баллов, то в 50-59 лет – только в 60,6 (разница в 16,4 балла (21,7%) статистически значима, $p < 0,001$), женщины – соответственно в 74,2 и 59,8 балла (разница в 14,4 балла (19,4%, $p < 0,001$) (см. табл.).

Шкала *жизнеспособность* (Ж). Жизнеспособность – степень приспособленности человека к жизни, к колебаниям условий жизнедеятельности. По опроснику SF-36 Ж подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы по данной шкале свидетельствуют об утомлении респондента, снижении жизненной активности [4].

Результаты исследования выявили, что Ж мужчин трудоспособного возраста на 5,3 балла выше, чем женщин – соответственно 71,7 и 66,4 балла ($p < 0,01$). По возрастному признаку были получены следующие данные: в 20-29 лет Ж мужчин на 13,8 балла выше (21,5%, $p < 0,001$), чем женщин, в 30-39 – на 11,3 балла (17,5%, $p < 0,001$), после 40 лет статистически значимых различий в Ж мужчин и женщин не выявлено (см. табл.). Таким образом, превышение показателя у мужчин над женщинами по шкале Ж в возрасте 20-59 лет обусловлено более высоким уровнем Ж мужчин над женщинами в возрастном интервале 20-39 лет. После 40 лет мужчины и женщины в равной степени адаптированы к условиям жизни и их жизненный оптимизм выравнивается. Можно высказать суждение, что в большинстве случаев свою жизнь после 40 лет респонденты воспринимают в той реальности, которая сложилась к 40 годам.

Шкала *социальное функционирование* (СФ). СФ определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние респондента ограничивает социальную активность, то есть мешает общению с семьей, друзьями, соседями или в коллективе. Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов (общения) [4].

В целом (20-59 лет) СФ мужчин статистически значимо на 6,5 балла выше (8,2%, $p < 0,01$), чем женщин – 85,8 и 79,3 балла соответственно. СФ мужчин в возрастном интервале 20-39 лет сохраняется на одном и том же уровне, статистически значимое снижение СФ у мужчин происходит в 40-49 лет по отношению к возрасту 20-29 на 13 баллов (13,9%, $p < 0,001$), в 50-59 лет СФ мужчин сохраняется на уровне 40-49 лет (см. табл.). Уровни колебания СФ женщин по возрастному признаку статистически не значимы ($p > 0,05$), то есть СФ женщин сохраняется на одном и том же уровне весь трудоспособный период жизни (20-59 лет) (см. табл.).

В возрастном интервале 20-39 лет СФ мужчин статистически достоверно выше, чем женщин на 11,1-11,7 балла ($p < 0,01$). В возрастном интервале 40-59 лет СФ мужчин и женщин выравнивается за счет приближения СФ мужчин к уровню СФ женщин, так как, как уже было отмечено, СФ женщин величина стабильная (см. табл.).

Таким образом, свои социальные контакты в 20-39 лет мужчины сохраняют на стабильно высоком уровне, на их осуществление не влияют ни физическое, ни эмоциональное состояние. После 40 лет у мужчин наблюдается снижение СФ, что может быть следствием или состояния здоровья, или следствием снижения потребности в социальных контактах. На потребность в социальных контактах (в общении) у женщин возраст не влияет и эта потребность не связывается с



состоянием здоровья, если сопоставить возрастную динамику заболеваемости женщин [13] и возрастную динамику СФ (см. табл.).

Шкала *ролевое эмоциональное функционирование* (РЭФ). РЭФ предполагает субъективную оценку степени, в которой эмоциональное состояние вызывает затруднение в выполнении работы или другой повседневной деятельности. Низкие показатели по данной шкале оцениваются как ограничения в выполнении повседневной деятельности, обусловленное эмоциональным состоянием респондента [4].

В 20-59 лет РЭФ мужчин статистически значимо на 12,8% ($p < 0,01$) выше (86,9 балла), чем женщин (77 баллов), то есть эмоции у мужчин менее значимы в выполнении своей работы. Как у мужчин, так и у женщин РЭФ с возрастом имеет тенденцию к снижению, то есть эмоциональное состояние у лиц обоего пола начинает мешать им в выполнении повседневной работы, но снижение балльной оценки статистически не значимо ($p > 0,05$) (см. табл.). Для шкалы РЭФ статистически значимые различия между мужчинами и женщинами найдены в возрасте 20-29 ($p = 0,01$) и 30-39 лет ($p < 0,001$). В 40-59 лет эмоции в одинаковой мере лицам обоего пола мешают в выполнении работы или другой обычной повседневной деятельности (см. табл.).

Таким образом, эмоциональность женщин в 20-39 лет статистически значимо более часто мешает им в работе, чем мужчинам, а половые различия по данной шкале в трудоспособном возрасте (20-59 лет) обусловлены возрастными различиями до 40 лет.

Шкала *психическое здоровье* (ПЗ). Согласно определению ВОЗ, ПЗ – это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества [10]. ПЗ – очень важная составная часть КЖ человека, связанного со здоровьем. В первую очередь это обусловлено тем, что в организме человека все системы и органы взаимосвязаны друг с другом, взаимодействуют друг на друга и в значительной степени находятся под контролем центральной нервной системы, поэтому ПЗ сказывается на работе каждой из функциональных систем, а состояние последних, в свою очередь, сказывается на ПЗ [11]. Свое ПЗ (самооценка человеком своего психологического статуса) респонденты оценивали понятиями умиротворенный и счастливый. Первый термин означает, что человек спокойный, неомраченный и не испытывает тревоги, второй – человек находится в состоянии душевного комфорта, когда его основные потребности (физические и духовные) удовлетворены. Результаты оценки своего ПЗ мужчин достоверно на 4,1 балла выше, чем женщин. – соответственно 74,5 и 70,4 балла ($p < 0,02$). Сказанное означает, что мужчины трудоспособного возраста как первичные потребности (по Маслоу) – в еде, доходах, медицинской помощи, в сексуальном удовлетворении, так и вторичные – поддержание социальных контактов, самоуважение, самовыражение [9] в совокупности оценивают выше, чем женщины. В более высокую оценку мужчин в целом (20-59 лет) своего ПЗ над женщинами вносят мужчины возрастной группы 20-39 лет. В данной возрастной группе шкала оценки ПЗ у мужчин на 10,0-10,8 балла выше ($p < 0,001$), чем у женщин, в возрастной группе 40-59 лет шкалы ПЗ у мужчин и женщин выравниваются (см. табл.). При этом от 20-39 до 40-59 лет у мужчин шкала ПЗ снижается с 80,0-80,4 балла до 69,0-69,8 (12,8-14,2%, $p < 0,001$), у женщин статистически значимых различий между возрастными группами не выявлено, в первой возрастной группе шкала имеет значение 70,4, в четвертой – 68,1 балла, во 2 и 3 группах – между этими крайними значениями (см. табл.).



Заключение. С возрастом у мужчин происходит заметное снижение показателей КЖ. Наиболее высокие значения КЖ по большинству шкал обнаружены в 20-29 летней возрастной группе. Показатели КЖ в 30-39 лет немного ниже, но статистически значимых различий с предыдущей группой не найдено. В 40-49 и 50-59 лет показатели КЖ существенно ниже (по сравнению с 20-29 и 30-39 возрастными интервалами) и близки друг к другу. В целом мужчины оценивают свое качество жизни высоко независимо от возраста, особенно по шкалам ФФ, РФФ, СФ, РЭФ. Отсутствие различий показателей по шкалам РФФ, РЭФ, СФ между возрастными группами может свидетельствовать о том, что влияние физического и эмоционального состояния на повседневную деятельность у мужчин приблизительно одинаково независимо от возраста.

Женщины оценивают свое качество жизни ниже мужчин, динамика изменений показателей КЖ с возрастом незначительна. Статистически значимые различия найдены лишь для шкал ФФ и ОЗ между возрастными группами 20-29 и 40-49 лет, 20-29 и 50-59 лет, для шкалы Б между возрастными группами 30-39 и 50-59 лет. Отсутствие различий показателей по большинству шкал между возрастными группами может свидетельствовать о стабильной оценке женщинами, независимо от возраста, своего КЖ.

Анализ КЖ в зависимости от пола и возраста показал, что с возрастом показатели снижаются, у мужчин динамика снижения выражена сильнее, выражено и статистически значимое снижение показателей КЖ после 40 лет. Показатели КЖ у мужчин значимо отличаются от показателей у женщин в возрасте 20–29 и 30–39 лет. После 40 лет прослеживается снижение показателей у мужчин и приближение их к показателям у женщин. Значимых различий между показателями КЖ у мужчин и женщин в возрасте 40–49 и 50–59 лет не найдено.

Полученные данные позволяют констатировать, что по показателям КЖ население трудоспособного возраста делится на две большие возрастные группы – 20-39 и 40-59 лет. На данное возрастное разграничение большое влияние оказывает мужская часть населения, у которой 40 лет является возрастом существенного снижения показателей КЖ. Женщины свое КЖ оценивают гораздо более стабильно на всем возрастном интервале 20-59 лет.

Результаты анализа показывают, что каждый 20-ти летний период жизни (20-29 и 40-49; 30-39 и 50-59 лет) статистически значимо приводит к снижению субъективной оценки своего КЖ респондентами в среднем на 10-15% к предыдущему возрастному интервалу в зависимости от шкалы опросника SF-36. Суммарно это приводит к уменьшению ИПКЖ на 18-22% в те же возрастные интервалы (см. табл.).

Литература

1. Большая медицинская энциклопедия: В 30-ти т. /гл. ред. Б.Б. Петровский. – М: Совет. энцикл., 1976. – Т. 3. – С. 294.
2. Васильева О.С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов. – М.: Издат. центр «Академия», 2001. – С. 24-127.
3. Журавлева И.В. Отношение человека к здоровью: методология и показатели / И.В. Журавлева // Социология мед. – 2004. – № 2. – С. 11-17.
4. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/sf36.pdf>, свободный. – Загл. с экрана.



5. Новик А.А. Показатели качества жизни населения Санкт-Петербурга // А.А.Новик, Т.И. Ионова, Б. Гандек [и др.] // Пробл. стандартизации в здравоохран. – 2001. – № 4. – С. 22-31.
6. Новик А.А. Интегральный показатель качества жизни – новая категория в концепции исследования качества жизни / А.А.Новик, Т.И. Ионова // Вестник Межрегионального центра исследования качества жизни. – 2006. – № 7-8. – С.7-8.
7. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова; под ред. академика РАМН Ю.Л. Шевченко. – 2-е изд. – М.: Олма Медиа Групп, 2007. – 320 с.
8. О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года: Указ Президента РФ от 12.05.2009 № 537 // Собрание законодательства РФ. – 2009. – № 20. – Ст. 2444.
9. Пирамида потребностей Маслоу [Электронный ресурс]. -- Режим доступа: http://www.psychologos.ru/articles/view/piramida_potrebnostry_maslou, свободный. – Загл. с экрана.
10. Психическое здоровье: укрепление психического здоровья. ВОЗ. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/ru/index.html>, свободный. – Загл. с экрана.
11. Психическое здоровье человека, его понятие и сохранение. – Режим доступа: <http://www.grandars.ru/college/medicina/psihicheskoe-zdorove.html>, свободный. – Загл. с экрана.
12. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: Руководство /А.В. Решетников. – М.: Медицина, 2003. – С. 105.
13. Стекольников Л.В. Результаты дополнительной диспансеризации и периодического медицинского осмотра работающих граждан / Л.В. Стекольников, Л.И. Герасимова, Ю.Н. Викторов // Здравоохран. Чувашии. – 2014. – № 3. – С. 5-15.
14. Сухонос Ю.А. Особенности популяционного исследования качества жизни: автореф. дис. ... канд. мед. наук [Электронный ресурс]. – СПб., 2003.– 13 с. – Режим доступа: <http://www.dissertat.com/content/osobennosti-populyatsionnogo-issledovaniya-kachestva-zhizni>, свободный. – Загл. с экрана.
15. Stronks K. Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: An empirical analysis / K. Stronks, Van de Mheen H., Loomon, Casper W.N. [et al.] // Sociology of health and illness. – 1996. – № 18. – P. 653-674.

НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ИНВАЛИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Тимончик К.В., Щетко И.И.

Академия управления при Президенте Республики Беларусь, кафедра государственного управления социальной сферой и белорусоведения, Минск

Актуальность. В условиях динамически развивающегося современного общества приобретают особую актуальность, и становится одной из важнейших задач для государства проблема социальной адаптации инвалидов. В течение последних десятилетий в мире существенно изменилось отношение к проблеме инвалидности, все активнее рассматривается вопрос о равноправной совместной деятельности инвалидов с другими членами общества, но предпринимаемые попытки пока слабо подкреплены технически, концептуально и юридически. В настоящее время организация общественно-трудовой жизни в обществе недостаточно ориентирована на равноправие здоровых людей и лиц с



ограниченными возможностями, в первую очередь, имеющих ограничения со стороны опорно-двигательного аппарата. Это ведет к развитию социальной и психологической изоляции людей с ограниченными возможностями. При этом значительная часть общества, как и прежде, не готова принять как равного человека с ограниченными трудовыми либо психическими возможностями, и не все инвалиды психологически не готовы к интеграции в социум. На данном этапе государство и общество должно признать права инвалидов на полноценную жизнь и создать реальные условия для их реабилитации и социальной адаптации. Количество инвалидов неуклонно возрастает и существующая в настоящее время практика социальной адаптации инвалидов имеет весьма существенные недостатки. Появление новых подходов к решению проблем социальной адаптации инвалидов предполагает необходимость их внедрения и адаптацию в современное общество. Все перечисленное обуславливает актуальность изучения потребностей и качества жизни инвалидов и выработки качественно иных методов социальной работы, направленных на процесс адаптации инвалидов в социуме.

Несовершеннолетние инвалиды сталкиваются с такими проблемами как одиночество, потому что их общение ограничивается семьей и ближайшими родственниками, не всегда у них есть возможности продолжить обучение, они имеют ряд бытовых проблем, проблемы в социально-пространственной ориентировке, в профессиональной подготовке и трудоустройстве. Государство, в свою очередь, должно обеспечить социальную защищенность лиц с ограниченными возможностями. Необходимо создавать все необходимые условия для индивидуального развития и реализации творческих и производственных возможностей этих лиц. Соответственно их потребностям предоставить социальную помощь в предусмотренных законодательством видах в целях устранения препятствий в реализации инвалидами прав на охрану здоровья, труд, образование и профессиональную подготовку, жилищных и иных социально-экономических прав.

Целью исследования является изучение путей преобразования и совершенствования системы социальной защиты инвалидов в Республике Беларусь.

Материалы и методы. Анализ данных отечественной и зарубежной литературы позволяет утверждать, что проблема адаптации инвалидов носит актуальный характер и является объектом различных наук - социологии, психологии, медицины, педагогики, правоведения. Для реализации поставленной цели нами была проанализирована законодательная база в сфере социальной защиты лиц с ограниченными возможностями в Республике Беларусь.

Результаты. Главным государственным органом, который осуществляет политику в области охраны труда и социальной защиты инвалидов, является Министерство труда и социальной защиты населения Республики Беларусь, который был создан 24.09.2001 года по Указу Президента Республики Беларусь. Министерство труда и социальной защиты населения – орган государственного управления, который проводит государственную политику, осуществляет управление и контроль над соблюдением законодательства в области труда, занятости и социальной защиты населения, кроме всего прочего, координирует деятельность по этим направлениям других республиканских институтов.

В настоящее время в Республике Беларусь приняты и функционируют следующие законодательные акты об инвалидах:

- Закон Республики Беларусь от 11 ноября 1991 г. № 1224-XII «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь»;



- Закон Республики Беларусь от 14 июня 2007 г. № 239-3 «О государственных социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан»;
- Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 11 декабря 2007 г. № 1722 «О Государственном реестре (перечне) технических средств социальной реабилитации и порядке обеспечения ими отдельных категорий граждан»;
- Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 31 января 2008 г. № 146 «Об утверждении Положения о порядке выплаты денежной помощи на оздоровление отдельным категориям граждан»;
- Закон Республики Беларусь от 23 июля 2008 г. № 422-3 «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов»;
- Указ Президента Республики Беларусь от 14 сентября 2009 г. № 458 «О государственной адресной социальной помощи»;
- Указ Президента Республики Беларусь от 1 марта 2010 г. № 126 «О государственной поддержке инвалидов».

Законодательная база о социальной защите инвалидов в Республике Беларусь строится и опирается на Конституцию Республики Беларусь.

Медицинская, профессиональная, трудовая и социальная экспертиза инвалидности осуществляется путем экспертного обследования в медико-реабилитационной экспертной комиссии (МРЭК) и вынесения соответствующего заключения. Далее, после установления группы инвалидности, инвалидам гарантируется квалифицированная бесплатная медицинская помощь в государственных медицинских учреждениях. Инвалиды I и II группы обеспечиваются лекарствами и перевязочными материалами по специальным льготным рецептам с 90-процентной скидкой, а инвалиды III группы - с 50-процентной скидкой от их розничной стоимости, за исключением случаев, когда человек имеет право на получение медикаментов бесплатно. Все дети-инвалиды в возрасте до 18 лет полностью обеспечиваются медикаментами бесплатно. Кроме всего прочего, инвалиды имеют право на первоочередное обслуживание в амбулаторных и стационарных учреждениях здравоохранения, а также на обеспечение санаторно-курортным лечением в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Всем лицам с ограниченными возможностями государство гарантирует предоставление всех необходимых условий для получения образования и профессиональной подготовки, которые, в свою очередь, осуществляются в различных адаптированных формах, включая обучение на дому и по индивидуальным учебным планам. Исходя из этого, государство обеспечивает подготовку специальных педагогических кадров для обучения и профессиональной подготовки лиц с ограниченными возможностями и содействует их дальнейшему трудоустройству. Специальные меры по трудоустройству инвалидов включают в себя совокупность мероприятий, которые направлены на предоставление возможности трудоустройства инвалидов и законодательное закрепление обязательств по оказанию финансовой помощи и предоставлению льгот нанимателям, создающим рабочие места (в том числе специализированные) для использования труда инвалидов.

Если работник получил инвалидность по вине работодателя, то компенсация вреда выплачивается полностью во всех случаях, в том числе компенсируют и моральный вред, полученный в виде душевных страданий.



Для самореализации инвалидов с учетом индивидуальных возможностей им гарантируется право трудиться в обычных условиях труда, на специализированных производствах, которые используют труд инвалидов. При этом отказ в заключении трудового договора (контракта), либо в продвижении по службе, увольнение по инициативе нанимателя, перевод инвалида на другую работу без его согласия по мотивам инвалидности не допускаются, за исключением случаев, когда по заключению МРЭК состояние его здоровья препятствует выполнению профессиональных обязанностей либо угрожает здоровью и безопасности труда других лиц. Контроль над трудоустройством и защиту прав инвалидов на рабочих местах обеспечивает государственная служба занятости и общественные объединения инвалидов в соответствии с законодательством Республики Беларусь. Органы по трудоустройству совместно с общественными объединениями инвалидов, органами социальной защиты и профсоюзами, ежегодно разрабатывают различные программы трудоустройства инвалидов.

Республиканские органы государственного управления, местные исполнительные и распорядительные органы обеспечивают инвалидам необходимые условия для свободного доступа к объектам социальной инфраструктуры, жилым, общественным, производственным зданиям и сооружениям. Для этого должны быть организованы беспрепятственное пользование общественным транспортом и транспортными коммуникациями, средствами связи и информации, местами отдыха и досуга. Также они обязаны обеспечивать инвалидам необходимые условия для свободного доступа и пользования культурно-зрелищными учреждениями и спортивными сооружениями для занятий физической культурой и спортом, с предоставлением специального спортивного инвентаря.

Действующие средства транспорта, связи и информации и другие объекты социальной инфраструктуры должны быть приспособлены для доступа и использования инвалидами в порядке и на условиях, определяемых соответствующими республиканскими органами государственного управления, местными исполнительными и распорядительными органами. В тех случаях, когда указанные объекты невозможно приспособить для доступа инвалидов, соответствующими службами должны быть разработаны и осуществлены необходимые меры, обеспечивающие удовлетворение потребностей нуждающихся.

Согласно действующему законодательству инвалидам Республики Беларусь гарантирована государственная поддержка в виде денежных выплат, обеспечения техническими средствами, а также путем оказания услуг по их реабилитации и бытовому обслуживанию. Нуждающимся в постороннем уходе, правительство помогает путем развития сети стационарных учреждений социальной помощи инвалидам. Условия пребывания инвалидов в доме-интернате или другом стационарном учреждении социальной помощи создают возможность реализации инвалидами их прав, свобод и законных интересов и содействуют максимальному удовлетворению потребностей личности в соответствии с Конституцией Республики Беларусь

Заключение. Первоосновой социальной политики в отношении инвалидов является совершенствование деятельности государственных и общественных институтов, которая в первую очередь направлена на совершенствование условий и качества жизни лиц с ограниченными возможностями. Это достигается через систему социальной защиты и поддержки населения через нормативно-правовую основу, представленную в социальных программах и законодательных актах.



Законодательство является основным инструментом в Республике Беларусь, при помощи которого реализуется политика в отношении инвалидов.

Выводы. 1. Необходимо расширение институциональных рамок реализации социальной политики в отношении инвалидов, путем включения в число активных субъектов такой политики организаций инвалидов, некоммерческих организаций, работодателей, профсоюзы и других представителей гражданского общества.

2. Социальное законодательство в отношении инвалидов должно строиться на взвешенном подходе и не быть перегруженным социальными льготами и бенефициями, которые не имеют прямого отношения к специфике этой социальной группы.

3. При закреплении за инвалидами системы прав и льгот необходимо также наделить их и равными, по сравнению со здоровыми людьми, нормами, безоговорочно обеспечивающие инвалидов работой и соответствующим, в том числе, профессиональным образованием.

ПОЗИЦИЯ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ВОПРОСАМ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Тимошилов В.И., Сидоров Г.А., Очаковский А.С., Казаченко Ю.И.
Курский государственный медицинский университет, Курск

Актуальность проблемы. Вирусный гепатит В (ВГВ) остается важной проблемой здравоохранения во всем мире, определяя практически всю летальность при вирусных гепатитах: более 1 млн. чел. ежегодно. Более 350 миллионов человек являются постоянными носителями вируса. Экономический ущерб от каждого случая ВГВ превосходит таковой при СПИДе [1].

Динамика заболеваемости ВГВ в Курской области с 1995 по 2011 г. характеризуется двумя этапами. За период с 1995 по 2001 г. число впервые выявленных случаев увеличилось с 210 до 294, то есть на 28,6%; показатель заболеваемости увеличился с 15,8 до 23,2 на 100 000 населения. Современный этап связан со снижением заболеваемости ВГВ: с 2002 по 2011 г. число впервые выявленных случаев снизилось до 22, и заболеваемость в 2011 г. составила 2,0 случая на 100 000 человек. Данный спад находится в прямой зависимости от показателей охвата населения вакцинацией в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, что было доказано в ранее проведенном нами исследовании. При этом в регионе проживает порядка 16 тысяч бессимптомных носителей вируса, а разнонаправленные колебания распространенности носительства в течение 15 лет и высокая латентность данного состояния позволили нам сделать прогноз о возможной повторной волне заболеваемости, причем за счет возрастной категории 15 – 30 лет, подверженной воздействию основных факторов риска заражения [3, 4].

Актуальность выполненной нами экспертной оценки качества профилактической работы связана с необходимостью разработки системы управления качеством профилактики и программы тематического повышения квалификации организаторов превентивной деятельности, внедряемой в настоящее время.

Материалы и методы исследования. По итогам контент-анализа нормативно-правовых документов и действующих методических разработок в сфере профилактики ВГВ нами был сформирован перечень направлений превентивной



деятельности. На предмет оценки качества реализации каждого из направлений нами был проведен опрос 53 человек, работающих в учреждениях образования (в т.ч. дополнительного), спорта, культуры, молодежной политики Курской области. Респондентами по 5-балльной шкале оценивалась эффективность различных разделов работы по профилактике ВГВ среди молодежи. В качестве обобщающей меры использовалось среднее арифметическое полученных оценок (M) и доверительный интервал, при проведении ранжирования учитывалась достоверность разности средних величин, степень разнообразия оценок измерена путем определения коэффициента вариации (Cv).

Результаты и их обсуждение. Из числа мер профилактики парентеральных вирусных гепатитов среди молодежи, наиболее эффективным в сложившихся в настоящее время обстоятельствах респонденты считают вакцинацию (M=3,7±0,05 балла, p≤0,05). Далее с достоверно более низкими оценками (p≤0,05) следует группа мер меньшей эффективности, в которую вошли информационно-образовательная и воспитательная работа (M=3,6±0,11, p≤0,05) и раннее выявление больных и носителей (M=3,5±0,11, p≤0,05). Еще ниже оценена доступность и качество специализированной помощи на ранних стадиях (M=3,5±0,12, p≤0,05), а также подготовка специалистов по вопросам организации профилактической работы (M=3,4±0,13, p≤0,05) – между соседними уровнями данного ряда статистически значимая разность средних оценок отсутствует. Наименее эффективными специалистам показались социальная политика по противодействию факторам риска (M=3,2±0,12) и санитарные нормы, ограничительные меры и контроль за их исполнением (M=3,2±0,11).



Рис. 1. Средневзвешенные оценки эффективности мер профилактики вирусных гепатитов.

В связи с высокой степенью разнообразия оценок по каждой из позиций (Cv от 15,2% при оценке вакцинации до 36,6% по социальной политике по



противодействию факторам риска) представляется необходимым охарактеризовать распределение позиций опрошенных специалистов.

При оценке вакцинации, отмеченной как наиболее действенная мера, оценку в 5 баллов, свидетельствующую о высоком потенциале и качестве данной меры, поставили 22,6%. 4 балла выставили 47,2% опрошенных, что можно оценивать как высокий уровень с незначительными недостатками. Таким образом, уровень эффективности вакцинации как выше среднего в целом оценили 69,8%. Оценку в 3 балла, интерпретируемую как средний уровень, выставили 15,1% респондентов. Более низкие оценки присутствовали в ответах 15,1% молодых специалистов.

При оценке информационно-образовательной и воспитательной работы оценки распределились следующим образом: наибольшее количество респондентов оценила ее качество и потенциал выше среднего (оценки 4 и 5 баллов выставили суммарно 56,6%). Оценка в 3 балла, соответствующая среднему уровню, присутствовала в ответах 33,9% молодых специалистов. Низкое качество санитарного просвещения отметили 9,5% опрошенных.

Раннее выявление больных и носителей имеет эффективность выше среднего по мнению 64,2% опрошенных специалистов, средний уровень эффективности отмечают 18,9%, низкий – 16,9%.

Уровень организации специализированной медицинской помощи на достаточно высоком уровне оценивают 56,6%, на среднем – 26,4%, неудовлетворительную оценку дали 17% молодых специалистов.

При оценке подготовки специалистов по вопросам организации профилактической работы ее высокое качество (5 баллов) отметили 20,8% опрошенных, на наличие отдельных недостатков, не играющих решающей роли, указали 32,1% (оценка 4 балла): в целом, уровень выше среднего отмечают 52,1% респондентов. Средний уровень эффективности отмечают 26,4%, низкий – 20,7% молодых специалистов.

При оценке социальной политики по противодействию факторам риска получена аналогичная картина: уровень выше среднего отмечен в оценках 45,3% молодых специалистов, средний – у 30,2%, ниже среднего – у 24,5%.

При оценке санитарных норм, ограничительных мер и контроля за их исполнением большая часть респондентов оценила уровень эффективности как выше среднего – оценки в 4 и 5 баллов выставили 39,6% опрошенных. Как средний уровень эффективности режимных мер и надзорной практики оценили 43,3% молодых специалистов. Низкую эффективность данного класса мер отмечают 17%.

Заключение. В предупреждении ВГВ наиболее эффективной мерой с достоверной разностью средневзвешенной оценки по сравнению с другими позициями названа вакцинация, в отношении которой также получена наибольшая доля максимальных оценок. Наибольшая доля неудовлетворительных оценок (1 и 2 балла) выставлена молодыми специалистами применительно к социальной политике по противодействию факторам риска.

По результатам исследования установлена высокая актуальность тематического обучения специалистов сфер образования, спорта, культуры, молодежной политики по вопросам профилактики ВГВ среди молодежи. Для активизации прививочной работы и снижения числа отказов от вакцинации целесообразно учесть результаты ранее выполненных нами исследований и вовлечь в тематическую разъяснительную работу не только врачей, но и работников образования (в т.ч. дополнительного), спорта, культуры, молодежной политики, проведя для них тематическое обучение [2 - 4].

Литература:

1. Абдурахманов Д.Т. Специфическая профилактика инфекции вирусного гепатита В. // Врач. – 2010. - №4. – С. 22 – 25.
2. Провоторов В.Я., Сидоров Г.А., Мاستихина Т.А. Анализ знаний и убеждений беременных в вопросах опасности вирусного гепатита В и его вакцинопрофилактики. // Информационный сборник «Социальные исследования в подростково-молодежной среде». – Курск. – 2011. – С. 28 – 32.
3. Провоторов В.Я., Мастихина Т.А., Тимошилов В.И., Сидоров Г.А. Способы мотивации родителей к вакцинации детей против вирусного гепатита В. // Сборник научных трудов «Прикладные исследования в медицине и педагогике». – Курск. – 2011. – С.78 – 83.
4. Провоторов В.Я., Сидоров Г.А., Тимошилов В.И., Мастихина Т.А. Уровень и динамика охвата населения Курской области профилактическими прививками против вирусного гепатита В. // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2012. - №3. – С. 93 – 101.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ АМПУТАЦИЯХ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Ткаченко А.Н.^{1,2}, Мовчан К.Н.¹, Бахтин М.Ю.¹, Жарков А.В.¹, Петрова И.В.²

1. СПб ГБУЗ Медицинский информационно-аналитический центр,
2. СЗГМУ им. И.И.Мечникова, кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, Санкт-Петербург

Актуальность. В лечебно-диагностическом процессе решающее значение принадлежит организационному аспекту, одним из компонентов которого является прогнозирование исходов заболевания. В медицинскую практику прочно вошли системы математического моделирования. Актуальность создания таких систем для прогноза и профилактики осложнений послеоперационного периода велика, так как хирургические вмешательства, особенно выполняемые по поводу критической ишемии нижней конечности, сопровождаются большим количеством послеоперационных осложнений и высокой послеоперационной летальностью.

Декомпенсация кровообращения с развитием критической ишемии нижних конечностей (КИНК) в 20-70% случаев осложняет течение хронических облитерирующих заболеваний периферических артерий [1, 2].

Возможности консервативного лечения и непрямых методов реваскуляризации в случаях КИНК, как правило, уже исчерпаны и необходима только артериальная реконструкция, которая зачастую невозможна или технически очень сложна вследствие мультифокального поражения сосудов, а наличие очага деструкции на стопе создает крайне высокий риск развития послеоперационных гнойных осложнений, в том числе инфицирования сосудистых трансплантатов [3, 4, 5].

Частота больших ампутаций, исходя из крупных популяционных или национальных регистров, варьирует от 120 до 500 на 1 млн жителей в год [6]. В России среднее ежегодное число больших ампутаций сосудистого генеза достигло 300 на 1 млн населения в год [7]. Достаточно высоким остается и процент летальных исходов: в раннем послеоперационном периоде при трансметатарзальной ампутации стопы он достигает 5,6%, при ампутациях голени — 5-10%, бедра — 15-20%. Летальность у больных с КИНК в течение 30 дней после высокой ампутации достигает 25-39%, в течение 2 лет - 25-56%, а через 5 лет 50-84% [8, 9, 10].



Таким образом, несмотря на дальнейшее развитие сосудистой хирургии, многие вопросы, связанные с лечением больных старших возрастных групп с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, остаются нерешенными. Качество диагностических и лечебных мероприятий по-прежнему зависит от профиля лечебного учреждения, наличия в нем отделения хирургии сосудов, субъективного отношения врачей к тем или иным методам лечения, их знаний и опыта в этой области.

Несмотря на детальную разработку методики ампутации нижних конечностей и анестезиолого-реаниматологического обеспечения хирургического лечения больных облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей (ОАСНК), риск развития послеоперационных осложнений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем в раннем периоде после вмешательства остается высоким, что заставляет осуществлять поиск критериев выбора индивидуального подхода при предоперационной подготовке, ведению наркоза и раннего послеоперационного периода у этой категории больных. Данное обстоятельство является побудительным мотивом к специальному научному исследованию по созданию эффективной системы прогнозирования развития неблагоприятного течения послеоперационного периода у пациентов, перенесших ампутации нижних конечностей.

Материалы и методы

На клинической базе кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ в СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» (ГВВ) с 2007 по 2009 гг. выполнено 514 ампутаций по поводу облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей больным пожилого и старческого возраста. Сведения о возрасте пациентов и их половой принадлежности представлены в табл. 1

Таблица 1

Распределение больных с учетом возраста и пола

Возрастные группы, лет	Число пациентов (%)		
	мужчины	женщины	все
60 – 69 лет	54 (10,5)	17 (3,3)	71 (13,8)
70 – 79 лет	120 (23,4)	66 (12,8)	186 (36,2)
80 и более лет	108 (21,0)	149 (29,0)	257 (50,0)
Всего	282 (54,9)	232 (45,1)	514 (100)

Как следует из данных, представленных в табл. 1, большинство пациентов составили мужчины в возрасте старше 70 - 79 лет – 120 человек (23,4 %). Для регистрации сведений о пациентах была разработана специальная карта, включающая 88 параметров: сведения о местном и локальном объективном статусе, данные лабораторных и инструментальных методов обследования, условия проведения ампутации нижней конечности по поводу ОАСНК и др.

Среди 514 больных ОАСНК, перенесших ампутацию нижней конечности, в раннем послеоперационном периоде умерли 132 человека (25,7%). Первую группу составили 382 пациента (74,3%), у которых осложнений не было или послеоперационные осложнения со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем, не привели к летальному исходу.

Вторая группа представлена 132 больными (25,7%) с развившимися в послеоперационном периоде осложнениями, которые закончились летальным исходом.

Данные о больных 1-й и 2-й групп были использованы для формирования обучающей матрицы при создании программы прогноза неблагоприятного течения



послеоперационного периода у пациентов, перенесших ампутации нижних конечностей.

Исследования в целях прогнозирования клинического течения заболевания должны быть клинико-статистическими и удовлетворять требованию универсальной последовательности с учетом этапов обработки данных. Адекватная реализация алгоритма прогнозирования угрожающих жизни осложнений у пациентов, перенесших ампутации нижних конечностей при использовании современной компьютерной техники позволяет предотвратить эвристический подход к проблемам современной медицины.

В работе предпринята попытка создания эффективной системы прогнозирования неблагоприятного течения послеоперационного периода у пациентов, перенесших ампутации нижних конечностей.

При построении программы прогноза применен метод последовательного анализа А. Вальда (1960). Основными преимуществами этого метода являются близость к алгоритму врачебного мышления, выполнение прогноза по комплексу ведущих признаков, возможность прогноза по неполному набору признаков. Согласно этому методу, при наличии А и Б состояний, характеризующихся одними и теми же признаками (симптомами), путем последовательного суммирования логарифмов (l) соотношений вероятности появления отдельных симптомов при состоянии А и вероятности их появления при состоянии Б можно постепенно накопить информацию, позволяющую с заданной точностью дифференцировать эти состояния. Если за величину ошибки при диагностике состояния А принять d , а за величину ошибки при диагностике состояния Б – b , то при сумме логарифмов указанных соотношений, большей, чем $\ln(l - d/b)$, с установленным уровнем надежности можно диагностировать состояние А, при сумме логарифмов меньшей, чем $\ln(d/l - b)$ – состояние Б, при сумме логарифмов внутри указанного диапазона делается вывод о неопределенной оценке для заданного уровня надежности.

Полученные результаты

Изучение клинических, лабораторных и инструментальных данных, отражающих состояние пациентов, перенесших операцию, позволило отобрать 19 параметров (18 из них определяются до операции, 1 – во время вмешательства), наиболее информативных по частоте обнаружения при осложненном и неосложненном течении послеоперационного периода. Это были пол, возраст, вид госпитализации, сведения о текущем состоянии пациента (сведения о наличии сопутствующей патологии, стадии ишемии, курении, данных о давности заболевания), о сроке предоперационной подготовки, условиях проведения оперативного вмешательства по поводу ОАСНК (сезон операции), риске анестезии и виде анестезиологического пособия и др.

Структура распределения признаков с учетом развития общих осложнений в послеоперационном периоде представлена в табл. 2. Анализ генеза осложнений с учетом ретроспективного изучения сведений о клинических наблюдениях позволил выявить тот факт, что ни один из факторов в отдельности не может быть однозначным критерием прогноза развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем у пациентов, перенесших ампутацию нижних конечностей. Вместе с тем установлено, что при обследовании пациентов с ОАСНК целесообразно обращать особое внимание на ряд (как мы считаем – 19) критериев, позволяющих прогнозировать развитие летального исхода в послеоперационном периоде. Выбрав наиболее информативные критерии прогноза, мы рассчитали их весовые коэффициенты. Для каждого из выбранных 19 показателей вычислялся индекс отношения частоты его встречаемости при неосложненном течении



послеоперационного периода относительно осложненного периода, а также натуральный алгоритм этого индекса. Для удобства расчетов дробные значения логарифмов заменялись эквивалентными десятикратно увеличенными целыми числами условных единиц (усл. ед.). Полученные числа представляли весовой коэффициент прогноза для соответствующего признака (табл. 2).

Для прогноза на каждый выбранный признак определяли адекватное значение или диапазон значений и вычисляли соответствующие им весовые коэффициенты. Сумма коэффициентов по всем 19 показателям составляла индекс прогноза (ИП).

Таблица 2

Частота наблюдений и весовые коэффициенты признаков прогноза развития неблагоприятного течения послеоперационного периода у пациентов, перенесших ампутации нижних конечностей.

Признак	Частота наблюдений, %		Индекс Соотношения	Весовой коэффициент прогноза
	с благоприятным исходом (n=382)	с летальным исходом (n=132)		
1	2	3	4	5
Пол:				
Мужской	59	50	1,180	1,7
Женский	41	50	0,820	-2,0
Возраст, лет:				
60 – 69 лет	15	22	0,682	-3,8
70 – 79 лет	40	22	1,818	6,0
80 и более	45	56	0,804	-2,2
Госпитализация:				
Экстренная	78	67	1,164	1,5
Плановая	22	33	0,667	-4,1
Отношение к курению				
Курит	11	26	0,423	-8,6
не курит	89	74	1,203	1,8
Сопутствующая патология: сердечно-сосудистой системы				
НК II А	46	23	2,000	6,9
НК II Б	36	36	1,000	0,0
НК III	18	41	0,439	-8,2
дыхательной системы				
ХОБЛ есть	48	69	0,696	-3,6
нет ХОБЛ	52	31	1,677	5,2
пищеварительной системы				
нет ЯБЖ или ДПК	90	85	1,059	0,6
выделительной системы				
хронический пиелонефрит есть	38	49	0,776	-2,5
хронический пиелонефрит нет	62	51	1,216	2,0
нервной системы				
цереброваскулярная болезнь ДЭ 1	2	1	2,000	6,9
цереброваскулярная болезнь ДЭ 2	57	62	0,919	-0,8
цереброваскулярная болезнь ДЭ 3	42	37	1,135	1,3
Группа крови				



I	20	28	0,714	-3,4
II	38	37	1,027	0,3
III	28	27	1,037	0,4
IV	14	8	1,750	5,6
Резус-фактор				
положительный	85	77	1,104	1,0
отрицательный	15	23	0,652	-4,3
Показания к операции				
ОАСНК				
IIIА стадии	18	16	1,125	1,2
IIIБ стадии	29	32	0,906	-1,0
IV стадии	53	52	1,019	0,2
Риск анестезии по ASA				
3	34	28	1,214	1,9
4	66	72	0,917	-0,9
Вид ампутации				
первичные	78	88	0,886	-1,2
вторичные	22	12	1,833	6,1
ранние	46	51	0,902	-1,0
поздние	54	49	1,102	1,0
Ампутационный сегмент конечности				
бедро: верхняя треть	14	8	1,750	5,6
бедро: средняя треть	73	80	0,913	-0,9
бедро: нижняя треть	7	4	1,750	5,6
стопа	6	8	0,750	-2,9
Давность заболевания				
от 1 до 3 месяцев	17	17	1,000	0,0
от 3 до 6 месяцев	2	3	0,667	-4,1
от 6 месяцев до 1 года	13	11	1,182	1,7
от 1 года до 2 лет	15	14	1,071	0,7
от 2 до 5 лет	15	32	0,469	-7,6
свыше 5 лет	38	22	1,727	5,5
Время проведения операции				
зима	23	30	0,767	-2,7
весна	28	24	1,167	1,5
лето	24	23	1,043	0,4
осень	25	24	1,042	0,4
Срок предопер. подготовки				
от 1 до 23 часов	13	16	0,813	-2,1
от 24 до 47 часов	22	23	0,957	-0,4
от 48 до 71 часов	23	26	0,885	-1,2
от 72 до 95 часов	10	6	1,667	5,1
свыше 96 часов	32	30	1,067	0,6
Длительность операции (мин.)				
20-39	25	12	2,083	7,3
40-59	29	35	0,829	-1,9
60-79	33	33	1,000	0,0
80-99	10	12	0,833	-1,8
100 и более	3	8	0,375	-9,8



Значения ИП рассчитывали для точности заключения в 95 %, при доверительном интервале от -14 до 14 у. е. При ИП большем или равном 14 у. е. с вероятностью более 80 % можно ожидать течение послеоперационного периода без развития осложнений, с риском летального исхода. Если ИП меньше -14 у. е., то с такой же вероятностью можно ожидать летальный исход. При величине ИП от -14 до +14 у. е. прогноз оставался неопределенным, однако существует возможность выявления уровня вероятности положительного или отрицательного прогноза для определения врачом дальнейшей оптимальной тактики лечения больного.

В течение 2010 года в Госпитале для Ветеранов Войн ампутацию нижней конечности по поводу критической ишемии перенесли 180 пациентов пожилого и старческого возраста. Данные об этих клинических наблюдениях легли в основу проспективного исследования. Все пациенты прооперированы как в плановом, так и в экстренном порядке. В раннем послеоперационном периоде умерли 35 больных. Выписаны из Госпиталя для Ветеранов Войн 145 человек.

Апробация программы показала, что из 52 наблюдений с риском развития, который был спрогнозирован математически, в раннем послеоперационном периоде умерли 35 (19,4%) пациентов.

У больных с неблагоприятным прогнозом применяли профилактические мероприятия – коррекция предоперационной подготовки; применение современных кровезаменителей; использование высокотехнологичного мониторинга, обеспечивающего распознавание критических ситуаций, адекватное медикаментозное ведение в раннем послеоперационном периоде, что включало в себя назначение дезинтоксикационных, сосудистых, препаратов, лекарственных средств, улучшающих реологические свойства крови, симптоматическую терапию и др.

Заключение. Проанализированные ретроспективно данные подтверждают правильность выбора прогностических критериев развития летального исхода в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших ампутации нижних конечностей. Прогнозирование осложнений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем у больных, перенесших ампутацию нижней конечности по поводу ОАСНК, возможно до проведения операционного вмешательства. Учет прогностических критериев и предоперационная профилактика позволяют достоверно снизить частоту летальности у этой категории больных.

Разработанная математическая модель прогноза осложненного течения раннего послеоперационного периода у больных старших возрастных групп, перенесших ампутации нижних конечностей по поводу ОАСНК, позволяет не только прогнозировать неблагоприятное течение, но и определять негативные факторы, предрасполагающие к летальному исходу. Она помогает определить пути снижения риска и тяжести послеоперационных осложнений (нормализация показателей гемодинамики, выбор метода анестезии и т.д.). Разработанная на базе алгоритма программа также может быть использована в процессе повышения квалификации хирургов. Путем моделирования различных вариантов исходного состояния пациента и особенностей предоперационного и интраоперационного периодов, отвечая на вопрос, «что будет, если ...», обучающиеся врачи смогут быстрее формировать концепцию ведения больных с критической ишемией нижних конечностей.

Таким образом, ретроспективное изучение данных о больных, перенесших ампутации нижних конечностей по поводу ОАСНК, позволило создать программу прогноза развития неблагоприятных осложнений в послеоперационном периоде. Информационная способность предложенной программы составляет 80%.



Организация лечебно-диагностического процесса с учетом данных математического прогноза позволила снизить уровень летальности с 25,7% до 19,4% (т.е. в 1,3 раза). Полученные данные позволяют прогнозировать развитие летального исхода в раннем послеоперационном периоде у больных старших возрастных групп, перенесших ампутации нижних конечностей по поводу ОАСНК и предпринимать своевременные меры профилактики в каждом конкретном случае.

Список литературы

1. Савельев В.С. Критическая ишемия нижних конечностей / В.С. Савельев, В.М. Кошкин. - М.: Медицина, 1997. - 160 с.
2. Sottiurai V. Extensive revascularization or primary amputation: which patients with critical limb ischemia should not be revascularized? / V. Sottiurai, J. White // Vasc. Surg. - 2007. - Vol.20, №1. - P.68-72.
3. Покровский А.В. Состояние сосудистой хирургии в России в 2008 году / А.В. Покровский. - М.: Медицина, 2009. - 86 с.
4. Desmond D. Pain and psychosocial adjustment to lower limb amputation amongst prosthesis users / D. Desmond, P. Gallagher, D. Henderson-Slater // Prosthet. Orthot. Int. - 2008. - Vol.2, №32. - P.244-252.
5. Bashir E. Aggressive revascularization in patients with critical lower limbs ischemia / E. Bashir // J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad. - 2005. - Vol. 17, №4. - P.36-39.
6. TASC/2 Management of Peripheral Arterial Disease (PAD) Trans-Atlantic Inter-Society, Consensus (TASC) // J. Vascular. Surgery. - 2007. - Vol.31, №1, part 2. - P.287.
7. Дуданов И.П. Критическая ишемия нижних конечностей в преклонном и старческом возрасте / И.П. Дуданов, М.Ю. Капутин, А.В. Карпов. - М.: Петрозаводск: Изд-во Петрозаводского гос. ун-та, 2009. - 160с.
8. Евдокимов А.Г. Болезни артерий и вен / А.Г. Евдокимов, В.Д. Тополянский. — М.: Медицина, 2006. - 157с.
9. Abou-Zamzam A. A prospective analysis of critical limb ischemia: factors leading to major primary amputation versus revascularization / A. Abou-Zamzam, N. Gomez, A. Molkara // Ann. Vasc. Surg. - 2007. - Vol.21, №4. - P.458-463.
10. Baars E. Lower leg amputation due to critical limb ischaemia: morbidity, mortality and rehabilitation potential / E. Baars, C. Emmelot, J. Geertzen // Ned. Tijdschr. Geneesk. - 2007. - Vol.151, №49. - P. 2751-2752.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ЛЕЧЕБНО-РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ

Тягунов Д., Лучкевич В.С., Авдеева М.В., Самодова И.Л.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, Санкт-Петербург

Актуальность. В структуре нежелательных событий стационаров особое место занимают осложнения интенсивной терапии и реанимации.

Как правило, этому способствуют плохое состояние инфраструктуры, износ реанимационного оборудования, дефицит лекарств, несоблюдение санитарно-гигиенических нормативов, недостаточный инфекционный контроль, медицинские ошибки, спровоцированные низкой мотивацией или недостаточной квалификацией медицинского персонала, что серьезно повышает риск нежелательных событий в условиях интенсивной терапии и реанимации и может негативно сказаться на качестве жизни пациентов.



Цель исследования. Оценить социальную эффективность лечебно-реанимационных мероприятий с учётом индивидуального медико-социального профиля хирургических больных, находящихся на лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации городского стационара.

Материалы и методы. С помощью сплошного метода исследования по специально разработанной программе выполнено комплексное медико-социологическое исследование, в котором приняли участие 97 хирургических больных, находившихся на лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации. Программа медико-социологического исследования включала изучение медико-социальных характеристик хирургических больных, анализ качества их жизни и оценку удовлетворённости результатами лечебно-реанимационных мероприятий.

Результаты исследования. Наблюдаемая группа хирургических больных не отличалась по половому признаку (женщины – 51,58%; мужчины – 48,42%; $p > 0,05$). Большинство хирургических больных, находящихся на лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации, старше 60 лет (41,05%), состоят в браке (53,68%), имеют высшее образование (46,32%) и проживают либо в отдельной (35,79%), либо в коммунальной квартире (38,95%).

Потребность работающих (46,32%) и неработающих (49,47%) в интенсивной терапии и реанимации по поводу имеющихся хирургических заболеваний одинакова ($p > 0,05$). Большинство пациентов отделения интенсивной терапии и реанимации сообщили, что лишь иногда нервничают (55,79%), треть из них полагают, что всё хорошо (37,89%) и меньшинство потеряли уверенность в себе (6,32%).

Клинико-статистической корреляционный анализ показал, что возникновение проблем со сном напрямую связано с уровнем психо-эмоционального стресса и тревоги ($r = 0,52$; $p < 0,05$). Для пациентов блока интенсивной терапии и реанимации качество жизни, прежде всего, ассоциируется с доступностью медицинской помощи ($r = 0,8$; $p < 0,05$), отношением медицинского персонала ($r = 0,54$; $p < 0,05$), потребностью в психологической помощи ($r = 0,46$; $p < 0,05$), отсутствием страха за здоровье ($r = 0,42$; $p < 0,05$), уровнем социально-экономического благополучия ($r = 0,39$; $p < 0,05$), чувством общей удовлетворённости ($r = 0,38$; $p < 0,05$) и потребностью в лекарствах ($r = 0,36$; $p < 0,05$). Степень проявления болевого синдрома коррелирует с присутствием страха за своё здоровье ($r = 0,42$; $p < 0,05$). Отношение медицинского персонала к пациентам повлияло на интенсивность болевого синдрома и частоту приёма лекарств ($r = 0,38$ и $r = 0,71$; $p < 0,05$).

Большинство больных проявили полную удовлетворённость проводимыми лечебно-реанимационными мероприятиями (80%). Лишь часть отметили, что удовлетворены лечением, но не удовлетворены диагностикой и меньшинство – удовлетворены диагностикой, но не удовлетворены лечением (8,42%). После лечения у 49,47% больных качество жизни улучшилось, у 33,68% улучшилось, но осталось чувство тревоги и у 16,84% – качество жизни ухудшилось.

Заключение. Индивидуальные медико-социальные параметры больных не оказывают влияния на клиническую симптоматику и удовлетворённость качеством жизни после хирургического лечения и интенсивной терапии.

Однако качество жизни и удовлетворённость результатами лечения зависят от отношения медицинского персонала к своим профессиональным обязанностям и оснащённости отделений интенсивной терапии и реанимации, что требует ужесточения контроля качества медицинской помощи и исполнения порядков оказания медицинской помощи.



КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ОЦЕНКИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НА ЦИКЛАХ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Филатов В.Н., Ризаханова О.А., Мазур З.М.
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение. Совершенствование качества образовательной деятельности в здравоохранении во многом аналогично улучшению качества медицинской помощи, а также опосредовано, и улучшению качества жизни- и там, и там речь идет об оказании услуг, хотя пользователя обычно интересует результат, который в реальности не всегда может быть гарантирован.

Кроме того, следует помнить, что, по крайней мере теоретически, образование создает ресурсы для системы здравоохранения, повышая уровень человеческого капитала.

Для максимального обеспечения постоянно растущих потребностей общества по оказанию качественных услуг в сфере последипломного образования необходимо учитывать удовлетворенность потребителя как обучающегося, так и конечного - работодателя.

Международной организацией по стандартизации качество определяется как совокупность свойств и характеристик изделия или услуги, которые определяют их способность удовлетворять установленные требования.

Материалы и методы:

В нашем случае, кафедра организации здравоохранения смогла путем анкетирования изучить образовательный процесс с разных сторон: производители услуг – преподаватели, непосредственный потребитель услуг – слушатель цикла, конечный потребитель – руководитель медицинской организации.

Для оценки были разработаны три стандартизованных типа анкетных формы для опроса слушателей циклов. Структуры анкеты были удобны для анализа и просты в заполнении, что позволило применить ее для любой категории респондентов. В первой части анкет были указаны цели проведения анкетирования, кроме того, они становились понятны респондентам из задаваемых вопросов. С целью повышения степени надежности полученных данных практически для большинства вопроса был предусмотрен ответ "не знаю".

Комплексное анкетирование осуществлялось на кафедре социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением. Вопросы анкеты первоначально апробировались на преподавателях кафедры.

Анкеты обрабатывались статистически по каждой группе опрошенных и оформлялись в виде обобщенных протоколов.

Всего анонимно было опрошено 538 слушателей по трем типам анкет в период с 2010 по 2013 гг. В итоге, было 485 заполненных анкет. Среди них 383 было заполнено слушателями со стажем работы в качестве организатора здравоохранения 10 лет и меньше, а 101 – со стажем более 10 лет. На этапе предварительного анализа достоверных различий соответственно полу, должности, и, что более примечательно, возрасту опрошенных выявлено не было, что позволило отказаться от последующего представления результатов по этим признакам.

Тем не менее, факт отсутствия различий по третьему из названных параметров сам по себе крайне важен, ибо свидетельствует, что степень принятия или непринятия преподавания новых дисциплин и методов обучения не связана с возрастом обучающихся, хотя казалось бы, общепринято считается наличие возрастного консерватизма при осуществлении нововведений и реформ.



Результаты и их обсуждение.

Подавляющее большинство опрошенных ($77,0 \pm 1,9\%$) считают, что предложенная кафедрой учебная программа соответствует их профессиональным потребностям. Численность респондентов, полагающих, что программа обучения соответствует, но не в полной мере и не соответствует профессиональным требованиям, оказалось достоверно ($p < 0,05$) меньшей ($20,0 \pm 1,8\%$ и $3,0 \pm 0,8\%$ соответственно). Отрадно отметить, что тех, кто не нашел в обучении «практического зерна» достоверно меньше ($p < 0,05$).

Каких-либо существенных различий в представлениях о разделах и тематиках преподаваемых дисциплин между организаторами со стажем более и менее 10 лет ($p > 0,05$). Напротив, при ответе на вопрос о практической и теоретической удовлетворенности предлагаемым обучением, при общей безусловной поддержке в виде $95,6 \pm 0,9\%$ положительных заключений, специалисты с меньшим стажем в организации здравоохранения достоверно чаще ($p < 0,05$) позитивно оценили обучение в целом, чем более опытные управленцы ($98,0 \pm 0,7\%$ и $92,0 \pm 2,7\%$ соответственно). Такой результат вполне объясним: «молодые» специалисты имеют меньший опыт в организации здравоохранения и относительно меньший опыт обучения в последипломном секторе образования.

Согласно опросу по анкетам первого типа, большинство исследуемых дали позитивную оценку соответствию учебной программы своим профессиональным требованиям «в целом соответствует» - $77,4\%$, «соответствует, но не в полной мере» - $14,9\%$. Однако, уже на этом этапе прослеживается неоднозначная тенденция: если респонденты, работающие в муниципальной и государственной системах в большинстве $83,2\%$ полностью удовлетворены программой обучения, то среди представителей частных структур эта составляющая лишь $29,2\%$, а в основном $45,8\%$ «частники» считают, что программа обучения на кафедре «соответствует их профессиональным требованиям не полностью». Хотя и различия статистически не достоверны ($p > 0,05$), естественно, напрашивается вывод о корректировке программы обучения или дифференциальном подходе к обучающимся.

В части составленных опросников были вопросы, касающиеся оценки характеристик преподавания и изложения материала, с точки зрения полезности для образовательного процесса.

Характеристиками качества обучения были выбраны следующие критерии оценки профессиональных компетенций преподавателей: использование наглядных пособий и средств обучения, умение вызывать интерес к изучаемому материалу, доступность и последовательность изложения учебного материала, эмоциональность, практическая ценность, новизна материала, независимость от конспекта, культура речи, специальная эрудиция, внешний вид преподавателя.

Были определены приоритеты предложенных характеристик с точки зрения потребителя образовательных услуг (слушателей).

Наиболее приоритетными критериями качества образовательного процесса, из предложенных характеристик по 5 бальной шкале предпочтений, для слушателей оказались: практическая ценность – $4,7$ балла, доступность и последовательность изложения учебного материала – $4,3$ балла, использование наглядных пособий и средств обучения – $4,1$ балл, умение вызывать интерес к изучаемому материалу – $4,1$ балл.



Выводы.

Согласно опросу слушателей циклов университета в части последипломного образования качество и объем образовательных услуг на кафедре социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением в полной мере отвечают их профессиональным потребностям ($77,0 \pm 1,9\%$ опрошенных) Численность респондентов, полагающих, что программа обучения соответствует, но не в полной мере и не соответствует профессиональным требованиям, оказалось достоверно ($p < 0,05$) меньшей ($20,0 \pm 1,8\%$ и $3,0 \pm 0,8\%$ соответственно).

При оценки компетенций конкретных преподавателей отмечается наиболее высокая степень субъективизма.

Следует отметить, что в реальности многие из предлагаемых показателей не имели причинно-следственной связи, например, такие как внешний вид, логичность и коммуникабельность с аудиторией.

Можно предположить, что, в реальности, слушатели использовали опросные шкалы в обратном порядке - вместо того, чтобы давать оценку преподавателю в соответствии с определенными характеристиками, они выявляли у понравившегося преподавателя основные атрибуты, по которым он отличался от других и использовали их для формирования оценки.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМООПРЕДЕЛЕНИЕ УЧАЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЫ «ЮНЫЙ МЕДИК»

Филиппова Е.А., Еремченко Н.В., Некрасова Л.В.

Пермский государственный медицинский университет
им. академика Е.А. Вагнера, кафедра нормальной, топографической и
клинической анатомии, оперативной хирургии

Актуальность. В начале взрослой жизни перед каждым человеком стоит проблема выбора жизненного пути и будущей профессии. Чтобы не разочароваться в выборе, нужно заранее «примерить» на себя профессиональную деятельность. В этом могут помочь опытные педагоги. Так, в городе Перми для старшеклассников, которые решили стать врачами, во Дворце детского и юношеского творчества создана школа «Юный медик». **Целью** работы является помощь учащимся в профессиональной ориентации и в приобретении практических навыков.

В результате, было основано научное общество учащихся. И практически со дня основания в его составе работали секции «Анатомия человека», «Оперативная хирургия» и «Медицинская биология». С 1999 года секция «Анатомия человека», «Медицинская биология» и «Оперативная хирургия» были объединены в школу «Юный медик». Это позволило дать учащимся более полное представление о медицине как науке, а также создало большие возможности для решения воспитательных проблем. В 1999-2000 гг. была также создана комплексная программа школы. Целью этой программы является создание условий для профессионального самоопределения учащихся через овладение основами медицинских наук и знакомство с медицинскими профессиями. Также учащиеся школы «Юный медик» занимаются научно-исследовательской деятельностью. В школе «Юный медик» занимаются ребята старших классов средних школ города Перми. Образовательная программа рассчитана на два года и включает два образовательных курса: «Анатомия человека», «Медицинскую биологию». Занятия проходят на базе Дворца детского и юношеского творчества города Перми и на кафедрах Пермского государственного медицинского университета им. Е.А. Вагнера.





В секции «Анатомия человека» будущие абитуриенты знакомятся с базовыми понятиями анатомии, особенностями строения и функционирования человеческого организма. Изучение предмета проходит по более расширенной программе, в сравнении со школьным курсом, что помогает учащимся формировать представление о специальности врача.

Однако обучение на секции «Анатомия человека» не ограничено лишь разбором теории. Кроме лекций ребята посещают музей кафедры, где знакомятся с препаратами и макетами, ведь информация, подкрепленная наглядным объектом, лучше усваивается. Также в рамках научной исследовательской работы некоторые старшеклассники принимают участие в реставрации и изготовлении препаратов. Школа «Юный медик» также предлагает школьникам познакомиться с не менее важной дисциплиной медицинских ВУЗов – медицинской биологией. На занятиях школьники повторяют программу школьного курса и углубленно изучают наиболее важные для медицины разделы биологии. Очень познавательны экскурсии в биологические лаборатории, сотрудники которых рассказывают о практической важности полученных знаний на секции «Медицинская биология». Кроме того, каждый учащийся школы «Юный медик» должен публично защитить свою научно-исследовательскую работу или реферат на научной конференции. Студенты, получившие первый опыт научно-исследовательской деятельности в школе «Юный медик», активно принимают участие в студенческих научных обществах на кафедрах ПГМУ им. Е.А. Вагнера. Они выступают на конференциях и публикуют результаты своих работ в сборниках различного уровня.

Большинство выпускников школы «Юный медик» становятся студентами высших и средних специальных образовательных учреждений города Перми и других городов. **Заключение.** Я благодарна школе «Юный медик», потому что я получила необходимые знания и представления как об учебе в ПГМУ им. Е.А. Вагнера, так и о дальнейшей врачебной деятельности.

К ВОПРОСУ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОПАСНОСТИ ПОЛИГОНОВ СКЛАДИРОВАНИЯ ОСАДКОВ СТОЧНЫХ ВОД КАНАЛИЗАЦИИ

Фридман К.Б., Крюкова Т.В., Магомедов Х.К., Романцова В.Л.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра коммунальной гигиены, Санкт-Петербург

Актуальность. Осадки сточных вод (ОСВ), образующиеся в результате переработки городских сточных вод, представляют один из факторов антропогенного негативного воздействия на окружающую среду и среду обитания человека.

С развитием промышленности и ростом городов, объем осадков сточных вод постоянно увеличивается. Годовой объем образующихся в Европе и Северной Америке осадков сточных вод составляет 40 млн. т по сухому веществу, что эквивалентно известной горе Монблан. Объем осадков имеет постоянную тенденцию к росту с интенсивностью до 12% в год.

В Российской Федерации, при численности населения 140 млн. человек, в том числе 100 млн. городского населения, расчетный объем выхода сухого ОСВ оценивается величиной 25 млн. т в год.

В крупных городах, с населением несколько миллионов человек, а именно таким городом является Санкт-Петербург, количество коммунальных стоков исчисляется миллионами кубических метров в сутки, а количество осадков после очистки – сотнями тонн по сухому веществу. В процессе очистки сточных вод



образуется более 1500 м³/сутки обезвоженного осадка, который складировался на специальных полигонах, занимающих общую площадь земельных участков 172 га. Возросшие требования по очистке сточных вод привели к увеличению количества обезвоженного осадка, размещаемого на полигонах, ежегодно для обеспечения размещения таких объемов требовалось 8-10 га дополнительной площади.

Запроектированные и построенные в 60-70-х гг. полигоны, как правило, не имеют промышленных сооружений обработки осадков, поэтому их складировали на больших территориях без выполнения каких-либо специальных технологических мероприятий (часто заливали нестабилизированными осадками).

В связи с развитием городов эти площадки оказывались внутри, либо, городских территорий, как это произошло в Москве, в отношении иловых площадок Курьяновской станции аэрации (Люблинские поля фильтрации), общей площадью 800 га, на которых было накоплено 15 млн м³ осадков, либо же городские постройки, по мере развития, максимально приближались к полигонам, которые представляют собой антисанитарные мусорники отходов четвертого класса опасности, требующие безотлагательного решения вопросов их локализации и санации.

В связи с этим, во всем мире проблема своевременного удаления ОСВ с территории очистных сооружений, их обработка и утилизация относится к числу сложнейших экологических проблем.

В России, с 1997 года, осадки сточных вод включены в Федеральный классификационный каталог отходов как подлежащие инвентаризации с целью составления экологических паспортов и оценки возможного воздействия на сопредельные среды.

В процессе механической, биологической и физико-химической очистки сточных вод образуются различные виды осадков: грубые (отбросы), задерживаемые решетками; тяжелые, задерживаемые песколовками; плавающие (жировые вещества), задерживаемые жироловками или всплывающие в отстойниках; первичные (сырые), задерживаемые первичными отстойниками; вторичные (активные ил, биопленка и шламы), задерживаемые после аэротенков и биофильтров.

Большие объемы, бактериальная зараженность, наличие органических веществ, способных быстро гнить с выделением неприятных запахов, неоднородность химического состава и водоотдающих свойств, осложняют обработку осадков, создают дополнительные эколого-гигиенические проблемы.

Содержащиеся в осадках токсичные вещества и патогенные микроорганизмы, проникая в подземные воды, воздух и почву, вызывают значительное загрязнение окружающей среды, создают эпидемиологическую опасность и ухудшение санитарно-гигиенических условий жизни людей.

До середины 80-х годов прошлого века, образовавшиеся на городских станциях аэрации обезвоженные осадки, использовали в сельском хозяйстве, в качестве органических удобрений, поскольку считалось, что по своим характеристикам они не уступают навозу.

В 1985 г. вывоз их на поля был прекращен из-за повышенного содержания токсичных тяжелых металлов (ТМ), в основном меди, хрома, цинка, никеля, ртути, свинца, кадмия и других токсичных соединений.

Использование осадков сточных вод в качестве удобрений создает ряд проблем, связанных с воздействием их на окружающую среду, попаданием вредных веществ в продукты питания и неблагоприятным влиянием на здоровье человека.

Нежелательные эффекты осадков могут быть кратковременные, в частности, неприятный запах необработанных осадков, присутствие в них патогенных



бактерий, вирусов и гельминтов, опасность загрязнения поверхностных и грунтовых вод фосфатами и нитратами.

Другую группу нежелательных эффектов составляют стойкие эффекты, обусловленные содержанием в осадках тяжелых металлов и токсических трудноразлагающихся органических соединений.

Опасность тяжелых металлов (ТМ) объясняется их способностью накапливаться в растениях и возможностью попадания в организм человека в опасных концентрациях, что грозит опасностью развития отдаленных последствий, нарушением иммунологического статуса, аллергическими реакциями и генетическими нарушениями.

Многие металлы содержатся в осадке в виде микроэлементов (медь, цинк, марганец, фтор, ванадий, бор, никель и др.). Они необходимы для роста и развития растений. В обычных количествах они обеспечивают доброкачественность продуктов питания человека и кормов животных. Отрицательное воздействие проявляется при избыточном количестве их в почвах.

Материалы и методы. Объектом исследований является комплекс иловых площадок Северной станции аэрации ГУП «Водоканал СПб», расположенный в п. Новоселки. Отбор сырого илового осадка из илового накопителя проводился в соответствии с действующими требованиями по методике отбора (НД на метод отбора ГОСТ 17.4.4.02-84).

Метод исследования – санитарно-химический. Для исследования содержания экотоксикантов использована методика выполнения измерений массовой доли элементов в пробах почв, грунтов и донных отложениях методами атомно-эмиссионной и атомно-абсорбционной спектроскопии (М-МВИ-80-2008).

Пробы, анализируемые по данной методике, отбирались и подготавливались к анализу в соответствии с нормативными документами, распространяющимися на почвы (ГОСТ 17.4.4.02, ГОСТ 28168, ПНДФ 12.1:2:2:2:3.2-02-03 и др.), на грунты (ГОСТ 12071), донные отложения (ГОСТ 17.1.5.01, ГОСТ 5180).

Перечень определяемых ингредиентов был выбран на основании многолетних исследований осадков канализационных сооружений ГУП «Водоканал-СПб» с учетом специфики промышленных сбросов в сети канализации и токсикологическими характеристиками (мера опасности) самих экотоксикантов.

Оценка получаемых значений проводилась в сравнении с государственными стандартными образцами каждого исследуемого элемента.

Полученные результаты. Как следует из приведенных данных (таблица № 1) содержание экотоксикантов в виде солей тяжелых металлов, в сыром осадке сточных вод, значительно превышает нормативные значения содержания этих веществ в почвах населенных мест.

Особенно в отношении меди, цинка. Такое положение объясняется общесплавной системой канализации принятой в СПб, сбросом промышленных стоков. Это подтверждает относительно невысоким содержанием экотоксикантов, неиспользуемых в промышленном производстве (мышьяк, кобальт, ртуть).



Результаты санитарно-химических исследований сырого осадка сточных вод

Наименование показателя	Нормативное значение при pH менее 5,5	Иловые осадки из илонакопителя	
		Валовое содержание мг/кг	Подвижные формы мг/кг
Кадмий	2,0	39,0	40,0
Кобальт	-	2,7	3,3
Марганец	1500	181,0	-
Медь	132,0	1206,0	4,1
Мышьяк	5,6	5,6	-
Никель	80,0	37,0	24,7
Ртуть	2,1	1,6	0,0075
Свинец	130,0	98,0	7,3
Хром общий	-	23,0	4,3
Цинк	220,0	516,0	245,0
Суммарный показатель загрязненности		366,4	н/о
Нефтепродукты	<1000	197,0	н/о
бензапирен	0,02	0,59	н/о

Закключение. При складировании осадков на полигонах в тех колоссальных объемах, которые имеются на сегодняшний день, необходимо оценивать не только опасность, связанную с большими концентрациями в сырых осадках сточных вод тяжелых металлов, но и, в комплексе с этим, микробиологическую и радиологическую опасности, в той их совместной нагрузке, вкпе с объемами, которую они оказывают на окружающую среду и проживающее, непосредственно за СЗЗ, население. Кроме того, не стоит забывать, что «бассейн с осадками» - это ещё и потенциальный источник экологической катастрофы.

Дальнейшее строительство полигонов нецелесообразно по нескольким причинам:

- ограниченные возможности по выделению земельных участков для строительства полигонов;
- большие затраты на их строительство и последующую рекультивацию;
- экологические проблемы, возникающие при эксплуатации существующих полигонов как потенциальных источников загрязнения атмосферы и подземных вод.

Единственным решением проблемы в данном случае, и это доказал опыт Санкт-Петербурга, является термическая обработка обезвоженных осадков, то есть его сжигание.



ПРОБЛЕМА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЁЖИ В СОВЕТСКОМ СОЮЗЕ И СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Хомутова Н.Н., Маркова Т.И.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра социально-гуманитарных наук, экономики
и права, Санкт-Петербург

Актуальность. Философия здоровья и здорового образа жизни является одним из актуальных направлений современной философии и социологии. Здоровье нации – одна из государственных ценностей, это один из компонентов национальной безопасности и будущего страны. Благодаря здоровому населению экономика страны динамично развивается и, соответственно, повышается качество жизни людей.

Материалы и методы. В статье были применены исторический, логический и аналитические методы исследования. Материалы отечественных и зарубежных исследователей.

Результаты и обсуждения. Проблема здоровья довольно остро обсуждается среди исследователей, между тем, единого понятия здоровья нет. Так, например, для Б.Г. Юдина здоровье представляется фактом, устанавливаемым в результате медицинских исследований, нормой, естественным феноменом [1]. Тогда как, по мнению В.М. Розина, здоровье является сугубо социальным артефактом, порождённым индивидуальными представлениями личности [2]. Последнее утверждение нашло широкое толкование в особом разделе психологической науки – психологии здоровья [3].

Очевидно, что для более точного определения понятия здоровья необходимо обратить внимание на его противоположность – болезнь. По мнению американского феноменолога Д. Ледера, само понятие здоровья является вторичным по отношению к болезни [4]. Иными словами, только познав болезнь, человек начинает осознавать онтологическую и ценностную сущность понятия здоровья.

Столь же неочевидным является определение здорового образа жизни. С одной стороны, это «социальная стратегия поддержания, укрепления и достижения здоровья». С другой, здоровый образ жизни является своеобразным «культурным феноменом» [5]. В Уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), сказано, что здоровье – это состояние духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. В обобщенном виде здоровье можно определить, как умение человека приспосабливаться к окружающей среде и своим собственным возможностям, противостоять внешним и внутренним отрицательным факторам, болезням и повреждениям, сохранять себя, расширять свои возможности, увеличивать длительность полноценной жизнедеятельности, т. е. обеспечивать своё благополучие.

В данной работе мы будем понимать под здоровым образом жизни «совокупность всех видов и условий человеческой жизнедеятельности, благоприятных для сохранения и укрепления здоровья и поддержания оптимального качества жизни» [5].

В отечественной истории восприятие понятия здорового образа жизни имеет свои культурные особенности. Абсолютное большинство населения России веками занималось земледелием и ремеслами, в целом не наносившими значительного вреда здоровью. Питание, одежда, распорядок дня русского крестьянина были близки к идеальному образу жизни, воспетому в литературных и публицистических произведениях и запечатлённому на полотнах художников. Сила, выносливость и неприхотливость русского солдата из народа вызывала восхищение у его военных



противников и современников. С началом буржуазных реформ второй половины XIX в. начал трансформироваться и привычный уклад жизни крестьян. Повсеместно наблюдался огромный прирост численности жителей городов и, особенно, обеих столиц Российской империи.

При этом, например, Санкт-Петербург обрёл на страницах книг и периодических изданий того времени черты города, который губит здоровые силы народа, так как климат, дороговизна и антисанитария северной столицы довольно часто обрекали на болезни и раннюю смерть. Одни из первых тревогу забили военные, обратившие внимание на очевидное ухудшение здоровья и физической силы призывников. По их инициативе в 1870-х годах, с 1889 и 1908 года в учебных заведениях империи предпринимались попытки внедрения занятий гимнастикой и военным строем [6]. Одновременно усиленную деятельность в части улучшения санитарной культуры, гигиены и медицины осуществляли врачи.

С конца XIX века в Москве, Санкт-Петербурге и других городах начали возникать спортивные и гимнастические общества. Однако следует признать, что в дореволюционный период здоровый образ жизни так и не занял достойного места в системе жизненных приоритетов обычного «среднестатистического» гражданина Российской империи [7]. Несколько иначе дело обстояло в советское время. Пришедшие к власти большевики поставили перед собой гигантскую задачу создания «нового человека»: здорового, сильного, умного индивидуума. Реализации задачи создания «нового человека» потрясает жестокостью, тем не менее, в области защиты и развития здоровья были достигнуты положительные результаты. С начала 1920-х годов началась масштабная «перековка» граждан Советского Союза, причём основное внимание было обращено на юное поколение и учащуюся молодёжь. В Советском Союзе понятие «здоровый образ жизни» довольно рано стало неотъемлемой и значимой для студентов частью более широкого понятия – «образа жизни советского человека». С середины 1920-х годов пропаганда здорового образа жизни, физической культуры и спорта среди детей и молодёжи стала одним из приоритетов новой власти и получала самую активную поддержку советского правительства. Спортивные состязания, праздники, физкультурные парады стали с этого времени своеобразной демонстрацией достижений социализма в деле преобразования и формирования советской личности. Первые попытки исследования здорового образа жизни учащейся и студенческой молодёжи предпринимались уже в конце 1920-х годов. Стандарты для оценки физического развития советских студентов были разработаны сотрудниками лаборатории по научному контролю за физическим развитием, созданной в 1924 году при Государственном Центральном институте физической культуры в Москве [8]. С 1927 года в Советском Союзе начали внедрять систему диспансерного медицинского наблюдения студенческой молодёжи. При некоторых высших учебных заведениях открывались диетические столовые. Развивалась и система медицинских осмотров студентов.

На XVI съезде ВКП (б) в 1930 году И.В. Сталин озвучил одну из ключевых задач партии: возвращение нового поколения здоровых и жизнерадостных людей, способных поднять могущество государства и защитить его от внешних врагов.

В 1931 году был введён всесоюзный физкультурный комплекс «Готов к труду и обороне СССР» (ГТО). Студенческой молодёжи вменялось в обязанность посещение спортивных секций и клубов. В 1937 году в дополнение комплекса ГТО утвердили «Единую всесоюзную спортивную классификацию». Этот нормативный документ определял последовательность роста мастерства во всех культивируемых видах спорта и определял уровень подготовленности спортсменов. Из этой



многомиллионной армии молодых людей, получивших спортивную и начальную военную подготовку, в годы Великой Отечественной войны государство черпало резервы для восполнения боевых потерь. Именно эти ребята, накануне войны занимавшиеся физкультурой и различными видами спорта, получили в истории гордое имя «поколения победителей» [6, С. 88].

Развитие студенческого спорта возобновилось сразу после окончания войны.

В 1957 году в Советском Союзе возникло единое спортивное студенческое общество «Буревестник». Его целью стало завоевания для страны ведущих позиций в мировом студенческом спорте. Общество курировало и организовывало межфакультетские соревнования, спартакиады, турниры, массовые кроссы и другие соревнования.

В 1959 году был создан Международный союз школьной и университетской гигиены СССР [9].

В 1963 году при кафедре гигиены детей и подростков I Московского медицинского института им. М.И. Сеченова была открыта лаборатория для изучения проблем университетской гигиены. Первоначально там проводилась работа по изучению влияния на состояние здоровья студентов факторов окружающей среды, а с 1968 года кафедра начала заниматься исследованием влияния особенностей питания, быта, условий обучения и физического воспитания на здоровье студентов и качество их профессиональной подготовки [10].

В Советском Союзе органично сосуществовали и внедрялись обязательное и добровольное направление развития массовой физической культуры и спорта. К обязательным занятиям привлекались все студенты высших учебных заведений. Занятия проводились по утверждённым государственными органами программам, с обязательной оценкой знаний, навыков и умений. Желающие заниматься физической культурой и спортом в свободное от учёбы время посещали многочисленные клубы, группы и кружки, участвовали в спортивных соревнованиях, спартакиадах и праздниках. По всесоюзному спортивному календарю ежегодно их проводилось до 300.

В 1973 году в Москве прошла первая в нашей истории Универсиада. Из разных стран мира в столицу съехалось около 4 тыс. студентов. Сборная Советского Союза по количеству медалей заняла абсолютное первое место [7, С. 86 – 118].

В СССР пропаганда здорового образа жизни, физической культуры и спорта велась по всем доступным информационным каналам: через периодические издания, литературу, кино, радио, телевидение. Так, например, к 1980 году в программе Центрального телевидения общий объём программ, связанных с физической культурой и спортом, составлял около 900 часов вещания в год, а на Всесоюзном радио – порядка 700 часов. В Советском Союзе одновременно издавалось 30 спортивных журналов и газет с разовым тиражом свыше 10 млн. экземпляров. Половину из них составляли центральные издания, имевшие наибольшую аудиторию подписчиков и ареал распространения. Специализированное издательство «Физкультура и спорт» выпустило в этот период свыше тысячи книг и брошюр общим тиражом около 20 млн. экземпляров [11]. Централизованное регулирование пропагандисткой деятельности в области физической культуры и спорта осуществлялось на уровне руководства ЦК КПСС. Советские спортсмены, наряду с космонавтами, являли собою лицо страны на международной арене.

Неотъемлемой частью повседневной жизни учащейся молодёжи Советского Союза была утренняя гимнастика, транслировавшаяся по телевидению и радио. Важное значение в формировании здорового образа жизни среди студенческой молодёжи играли и антиалкогольные компании. Трезвость была провозглашена



«нормой жизни» для советского человека. Также на широкий экран выходили научно-популярные фильмы, просветительские киножурналы, информировавшие молодёжь о правильном питании, рациональном распорядке дня, необходимости профилактических медицинских обследований, соблюдении гигиены.

Развитием молодёжного спорта в Советском Союзе занимались специально созданные для этого спортивные общества и клубы ДОСААФ. В 1980 году насчитывалось 9 всесоюзных и 30 республиканских организаций общества. Для студентов, желавших заниматься физической культурой и спортом, было организовано свыше 230 тыс. спортивных обществ, открыто около полутора тысяч спортивных клубов, порядка 150 школ высшего спортивного мастерства и Олимпийского резерва, которые одновременно посещали около 30 тыс. человек [11, С. 30]. Государственная политика Советского Союза по укреплению здоровья, физического развития и формирования эффективной организации досуга молодёжи дала положительные результаты. СССР до последних дней своего существования оставался сильнейшей спортивной державой мира.

Р.В. Рывкина приводит статистические данные, подтверждающие наш тезис о том, что в Советском Союзе государство активно содействовало формированию у молодёжи устойчивой привычки к здоровому образу жизни. В стране «развитого социализма» физической культурой и спортом в большей или меньшей степени занимались 80 миллионов юношей и девушек. За годы существования СССР было построено более 3 тыс. крупных стадионов с совокупным числом зрительских мест более чем в 12 миллионов. За этот же период в стране появилось почти 70 тыс. спортивных залов, более полумиллиона футбольных полей и игровых площадок для различных спортивных дисциплин, около 1,7 тыс. плавательных бассейнов, более 29 тыс. стрелковых тиров и порядка 6,4 тыс. лыжных баз [11, С. 32].

В конце 1980-х – начале 1990-х годов страна оказалась в «чёрной полосе» истории. Особенно ощутимые потери страна понесла в области сохранения «человеческого потенциала». Отсутствие внимания властей к поддержанию здорового образа жизни среди подрастающего поколения привело к внедрению в сознание значительной части студенческой молодёжи ложных идеалов, порождённых повсеместно насаждавшимся «западным образом жизни». Точнее, его отражением в «кривом зеркале» киноиндустрии, СМИ, рекламы и т.п. [12] Значимость и ценность здорового образа жизни для студентов в 1990-е годы отошла на второй план, что привело к кризису ценностных ориентаций у значительной части молодых людей. Следствием этого явилось и резкое ухудшение здоровья молодёжи, усугублявшееся алкоголизмом, наркоманией, половой распущенностью, разрушением годами создававшихся систем общественного питания, физической культуры и спорта, развивающего досуга.

Последствия перестройки дали о себе знать уже к началу 1990-х годов. В 1991 году был принят запоздалый Закон СССР «Об общих началах государственной молодёжной политики». На основании данного нормативного акта было выбрано одно из приоритетных направлений президентской программы уже в Российской Федерации «Молодёжь России». Началось возрождение старых и учреждение новых специализированных учреждений: молодёжных клубов и объединений, реабилитационных центров, социально-психологических служб, однако ценностная дезориентированность молодежи способствовала укреплению негативных привычек.

Выводы. Формирование здорового образа жизни молодежи в современной России остаётся важнейшей и актуальнейшей целью. Это объясняется как озабоченностью общества состоянием здоровья будущих специалистов,



выпускаемых высшими учебными заведениями, так и ростом заболеваемости в процессе их профессиональной подготовки, с последующим снижением работоспособности. Особую обеспокоенность вызывает здоровье девушек-студенток – будущих матерей, среди которых обычными явлениями стали алкоголизм, курение, наркомания, болезни, вызванные беспорядочной половой жизнью, абортами и т. п. Очевидно, что в данном случае указанная проблема уже не может затрагивать только индивидуума, а должна рассматриваться с точки зрения общественной морали и государственной безопасности [13].

На сегодняшний день в России закладывается фундамент для полноценного возрождения почти забытых основ здорового образа жизни. В стране восстанавливают стадионы, ещё недавно заброшенные или превращённые в рынки. Правда, значительная доля спортивной инфраструктуры теперь находится в руках частных предпринимателей, которые диктуют свои цены и условия доступа к объектам, когда-то являвшихся народным достоянием. Между тем, для многих студентов дорогостоящие клубы и фитнес-центры недоступны из-за нестабильности собственного материального положения.

В начале XXI века Правительство России начало реализацию национального проекта «Здоровье». Помимо него, была разработана «Концепция модернизация российского образования на период до 2010 года», главная цель, которой, формирование потребности у студенческой молодёжи в здоровом образе жизни. Она основывается на следующих принципах:

- физическое воспитание в вузе является не только учебной дисциплиной, но и важнейшим базовым компонентом формирования культуры здоровья студенческой молодёжи;
- доступность оздоровительных мероприятий для молодёжи;
- непрерывность оздоровительных мероприятий на протяжении обучения в вузе [14].

В 2004 Г.Ю. Козина по итогам социологического исследования «Здоровье в ценностном мире студентов» обнаружила, что 68% опрошенных учащихся ВУЗов считают здоровье одним из главных приоритетов и ценностей жизни. Однако налицо явный диссонанс между провозглашаемой и осознаваемой ценностью здоровья и реальным повседневным поведением молодых людей. Отсюда Г.Ю. Козина сделала вывод, что для современной студенческой молодёжи ценность здоровья стала не терминальной, а инструментальной [15].

Осенью 2008 года в Казани проводились финальные соревнования I Всероссийской летней Универсиады. На неё съехалось около 1000 спортсменов из 81 вуза страны, представлявших 35 субъектов Российской Федерации. В 2013 году в Казани прошла XXVII Всемирная летняя Универсиада. В ней приняло участие 13,5 тыс. студентов [16].

Насколько недостаточным и односторонним на практике оказывается реализация взгляда на здоровый образ жизни, прежде всего как на следствие развития спорта, показывают следующие цифры. В 2009 году по данным общероссийского опроса молодёжи, алкогольные напитки (включая пиво) употребляли 80% молодых людей. По данным Роспотребнадзора, ежедневно в России употребляли алкоголь (включая пиво) 33% юношей и 20 % девушек. В прогнозе ВОЗ по поводу предполагаемой продолжительности жизни выпускников российских школ 2010 года указывается, что до пенсионного возраста из них доживут только 40%. Одной из основных причин этого будет высокая смертность от алкоголя, табакокурения, наркомании [17].

2009 год Президент Российской Федерации Д.А. Медведев объявил в России годом молодёжи. Целью его проведения являлось развитие творческого и научного



потенциала студенческой молодёжи, активного привлечения её к экономическим преобразованиям, формирование в среде молодёжи здорового образа жизни, привития чувства патриотизма и гражданской ответственности за судьбу Родины.

В 2013 году в Ростове-на-Дону прошёл Всероссийский семинар «Актуальные вопросы развития физической культуры и студенческого спорта». Участники конференции сошлись во мнении, что для изменения сложившейся ситуации со здоровьем студенческой молодёжи необходим системный, комплексный подход со стороны государства, спортивных организаций, специалистов физической культуры, медицинских работников, СМИ, деятелей науки, религиозных организаций, армии, вузов, то есть всего российского общества. Российские вузы, в понимании Президента РФ В.В. Путина, должны стать центрами подготовки будущей национальной элиты страны, где «воспитывают личность, граждан страны, впитавших её ценности, историю и традиции, людей с широким кругозором, обладающих высокой внутренней культурой, способных творчески и самостоятельно мыслить» [18].

1 сентября 2013 года вступил в силу новый закон об образовании, где была прямо прописана обязанность руководства вуза содействовать развитию здорового образа жизни и развитию физической культуры и спорта.

Формирование среди студенческой молодёжи России позитивного отношения к здоровому образу жизни как к личному и общественному приоритету, потребности вести здоровый образ жизни, пропаганда ответственного отношения к своему здоровью являются главными направлениями молодёжной политики. В порядке реализации намеченных целей, при поддержке Президента РФ В.В. Путина, в России была создана новая спортивная структура – «Ассоциация спортивных студенческих клубов России» (АССК). В большинстве высших учебных заведениях были созданы студенческие спортивные клубы. Разрабатываются программы по профилактике вредных привычек в студенческой среде, проводятся массовые мероприятия и акции, диспуты, спартакиады и соревнования по различным спортивным дисциплинам. В СМИ на смену рекламы алкоголя и сигарет пришла антиреклама. Общероссийская молодёжная общественная организация «Ассоциация студенческих спортивных клубов России» поставила своей целью сделать спорт доступным для каждого студента. В настоящее время организация включает в себя 23 клуба, функционирующих при вузах по всей России. В целом же по стране зарегистрировано порядка тысячи спортивных клубов, фитнес-центров и спортивных стадионов [19].

Важной вехой в пропаганде здорового образа жизни среди молодёжи явилось возрождение по указу Президента Российской Федерации В.В. Путина от 1 сентября 2014 года физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО). Для полноценного завершения организационных мероприятий в данном направлении уместным представляется и возрождение когда-то любимых учащимися военных игр «Зарница», отрядов «юнармейцев» и «тимуровцев». Причём, необходимо интегрировать наработки прошлых лет и в систему высшего образования. Достаточно вспомнить, насколько популярны в студенческой среде такая молодая военно-спортивная дисциплина, как пейнтбол или волонёрское движение.

Таким образом, здоровый образ жизни молодёжи является одним из важнейших факторов социального благополучия населения России и залогом поступательного развития государства в будущем. На протяжении, по крайней мере, всего XX века здоровый образ жизни учащейся молодёжи находился в сфере особого внимания официальной власти России. На современном этапе забота о сохранении здоровья и пропаганда здорового образа жизни среди молодёжи является одним из



главных приоритетов государственной политики Российской Федерации. Успешность ее реализации зависит и от нравственного состояния общества, ценностных ориентаций молодежи, которые они приобретают в процессе социализации и личностного формирования.

Литература:

1. См.: Юдин Б.Г. Здоровье, факт, норма и ценность // Мир психологии. 2000. № 1 (21). С. 55 – 67.
2. См.: Розин В.М. Здоровье как философская и социально-психологическая проблема // Там же. С. 12 – 32.
3. См. подробнее: Ананьев В.А. Психология здоровья. СПб., 2006.
4. См.: Leder D. The Experience of Health and illness // Health and Disease. Vol. 2. N. Y., 1995. P. 1105 – 1114.
5. Философия здоровья // В.В. Афанасьева, А.Г. Лазерсон, С.П. Позднева (и др.) Под общ. ред. Д-ра философ. н. В.В. Афанасьевой. Саратов, 2012. С. 161.
6. См.: Плешаков И.Н. Из саратовского опыта военного воспитания (XIX - нач. XX в.) // Гражданская война в России (1917 - 1922): взгляды и оценки через 90 лет (Доклады Академии Военных наук. Военная история. № 5 (29). Саратов, 2007. С. 83 - 88.
7. Голощапов Б. Р. История физической культуры и спорта: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. М., 2001. С. 42 – 85.
8. См.: Пряткин П.В. Стандарты основных показателей физического развития студентов. Минск, 1964.
9. См.: Степанов А.Д., Изуткин Д.А. Критерии здорового образа жизни и предпосылки его формирования // Советское здравоохранение. 1981. № 5. С. 6.
10. Кича Д.И. История социально-гигиенических исследований студентов / Д.И. Кича, М.И. Паначина // Советское здравоохранение. 1987. №7. С. 63.
11. Рывкина Р.В. Образ жизни населения России: социальные последствия реформ 90-х годов // Социс: Социологические исследования. 2001. №4. С. 29.
12. Ильинич В.И. Физическая культура студента. М., 1999. С. 116.
13. См.: Марков В.В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней. М., 2001; Назарова Е.Н. Здоровый образ жизни и его составляющие. М., 2007.
14. http://www.edu.ru/db/mo/Data/d_02/393.html (Дата обращения 28.02.2015)
15. Козина Ю.Г. Здоровье в ценностном мире студентов // Социс: Социологические исследования. 2007. № 9. С. 147.
16. Библиотека международной спортивной информации [Электронный ресурс]: <http://bmsi.ru/doc/c0031cc3-c86b-4364-8836-d29334ab759f>
17. Варламова С.П., Седова Н.Н. Здоровый образ жизни – шаг вперед, два назад // Социс: Социологические исследования. 2010. № 4. С. 75; Сохань Л.В. Образ жизни молодежи // Социология молодежи: энциклоп. словарь / Отв. ред Ю.А. Зубок, В.И. Чупров. М., 2008. С. 18.
18. Обзор результатов Конгресс-конференции по теме «Актуальные вопросы развития физической культуры и студенческого спорта» [Электронный ресурс]: <http://www.studentsport.ru/news/o-studencheskom-sporte-ofitsialno/70083/#sthash.vUnuwdH9.dpuf>.
19. Ассоциация спортивных клубов России [Электронный ресурс]: <http://www.studentsport.ru/news/o-studencheskom-sporte-ofitsialno/39540/#sthash.S3FGBAQf.dpuf>.



БИОЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА: НОРМА И ПАТОЛОГИЯ

Черная Ю.В. 231 гр. ЛФ, Андреевская М.В.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра нормальной физиологии, Санкт-Петербург

Одним из основных разделов нейрофизиологии является электрофизиология головного мозга. Спонтанная биоэлектрическая активность (БЭА) головного мозга может быть зарегистрирована непосредственно с коры (электрокортикография, ЭКоГ) или с поверхности головы (электроэнцефалография, ЭЭГ). При регистрации ЭЭГ характер биоэлектрического сигнала изменяется в результате прохождения мозговых оболочек, костей черепа, апоневроза, кожных покровов головы.

В некоторых случаях степень искажения столь значительна, что приводит к качественным изменениям амплитудно-частотных характеристик. В результате могут неправильно интерпретироваться регистрируемые на ЭЭГ компоненты. Так, например, при состояниях, связанных с гиперсинхронизацией нейронных констелляций, выраженное искажение электрического сигнала не позволяет регистрировать на скальповой ЭЭГ соответствующие феномены. Вместо разрядной активности на ЭЭГ регистрируются другие паттерны активности.

Паттерн ЭЭГ по типу вспышек (разрядный характер суммарной активности) может регистрироваться у здоровых людей при психоэмоциональном напряжении, при умственной нагрузке, при формировании произвольного ответа (условно-негативное отклонение). Оценка параметров активности в таких условиях используется для объективной характеристики основных нервных процессов и психических свойств.

В качестве модели для оценки степени искажения разрядной активности на ЭЭГ была выбрана эпилепсия. Данное заболевание характеризуется формированием гиперсинхронного возбуждения больших нейронных констелляций. Таким образом, методологической основой работы выступил принцип, сформулированный И.П. Павловым: «Болезнь – это эксперимент, поставленный самой жизнью».

Цель исследования:

- количественная характеристика искажения параметров биоэлектрической активности головного мозга путем сравнительной оценки амплитуды и длительности разрядов, регистрируемых методом электрокортикографии и электроэнцефалографии у человека.
- сравнительный анализ данных, полученных при измерении ЭЭГ в норме и при патологии

Материалы и методы.

Первая часть работы выполнена в РНХИ им. проф. А.Л. Поленова (Санкт-Петербург). В обследованную группу вошли 7 больных (5 мужчин, 2 женщины) с симптоматической эпилепсией в возрасте 22-37 лет. Биоэлектрическая активность регистрировалась строго по показаниям с согласия больных в ходе обследования и планового лечения.

Всем больным для верификации поражения мозга в условиях операционной имплантировались субдуральные электроды для длительной регистрации электрокортикограммы (ЭКоГ). Скальповая ЭЭГ регистрировалась в стандартных отведениях по системе 10/20. Регистрация ЭКоГ и ЭЭГ для анализа амплитудно-временных параметров осуществлялась одновременно через 3-4 сут после операции по имплантации электродов. Суммарная биоэлектрическая активность регистрировалась в стандартных условиях. Регистрация и анализ амплитудно-частотных параметров БЭА осуществлялись на сертифицированном аппаратно-



программном комплексе «Мицар-ЭЭГ-201» (Россия).

Вторая часть работы проводилась на базе СЗГМУ им. И.И. Мечникова на кафедре нормальной физиологии человека (Санкт-Петербург). В обследованную группу вошли 7 человек (5 студентов, 2 студентки) в возрасте от 18 до 20 лет. Исследования проводились на приборе Вiorас с помощью биполярной методики: ЭЭГ измерялось с использованием пары электродов, крепящихся к голове, третий электрод служил контрольной точкой заземления и прикреплялся к мочке уха.

Результаты.

1. В условиях функционального покоя (расслабленное бодрствование с закрытыми глазами) паттерн ЭКоГ представлял собой полиморфную активность. Средняя амплитуда ЭКоГ составила 256.6 ± 12.2 мкВ. На фоне спонтанной активности регистрировались спорадические гиперсинхронные разряды по типу «пиков». Средняя амплитуда пиков составила 469.6 ± 23.2 мкВ, средняя длительность – 63.6 ± 8.8 мс.

Одновременно с ЭКоГ у больных регистрировалась суммарная ЭЭГ. Для анализа брались параметры активности, регистрируемые под электродом, расположенным в максимальном приближении к корковым электродам. Средняя амплитуда фоновой ЭЭГ составила 65.9 ± 15.2 мкВ. При формировании на ЭКоГ гиперсинхронных разрядов («пиков») анализировалась амплитуда компонентов, одновременно регистрируемых на ЭЭГ. Гиперсинхронным пикам на ЭЭГ соответствовали высокоамплитудные волны. Средняя амплитуда волн составила 98.4 ± 11.5 мкВ, длительность волн – 148.7 ± 22.3 мс.

Таким образом, при формировании гиперсинхронных разрядов в коре сигнал, регистрируемый с конвекситальной поверхности, искажается: амплитуда снижается в 4-4.5 раза, длительность компонентов увеличивается в 1.5 раза. В результате разрядная активность сверхвысокой амплитуды, которая может быть объективно зарегистрирована с коры, на ЭЭГ приобретает характер «полифазной медленной волны».

2. Средняя амплитуда ЭЭГ у бодрствующих покоящихся студентов, составила 52-65 мкВ. Образ альфа-ритма веретенообразный, форма волны синусоидальная; колебания частоты невелики и не превышают 0,5 колеб./с

Что касается ЭЭГ при патологии, то нарушения функционального или морфологического характера сказываются в первую очередь на параметрах альфа-ритма. Критерием патологии при оценке альфа-ритма является изменения количественных параметров: отсутствие стабильности по частоте, повышение свыше 90 мкВ, наличие высокоамплитудных волн (98.4-109.5 мкВ).

Патологические образы электроэнцефалограммы - спайк, пик, медленный спайк, острые волны являются проявлением гиперсинхронного возбуждения больших нейронных констелляций при эпилепсии.

Полученные результаты могут быть использованы при построении нейрофизиологических моделей, объясняющих, например, характер изменения биоэлектрической активности при выполнении операторской деятельности. Так, при проведении пробы с произвольным движением, собственно моторному компоненту предшествует так называемая «негативная волна» (Е-волна), которая, вероятно, является искаженным отражением разряда, обусловленного гиперсинхронной активностью соответствующей популяции нейронов.



ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ В ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Черный А.Ж.^{1,2}, Лихтшангоф А.З.³

¹СЗГМУ им. И.И.Мечникова, кафедра общественного здоровья и здравоохранения, Санкт-Петербург

²РНИИТО им. Р.Р.Вредена, Санкт-Петербург

³СПбГПМУ, кафедра гуманитарных дисциплин и биоэтики, Санкт-Петербург

Актуальность исследования. Оказание помощи пациентам с любой патологией требует от врача не только владения профессиональными знаниями, но и проявления внимания и заботы о своих пациентах, обладание нравственными качествами, которые всегда вкладывались в понятие профессионализма врача. Многие проблемы травматологии и ортопедии имеют этическую составляющую, что обусловлено спецификой клиники и лечения травм и ортопедических заболеваний, длительностью течения многих из них, наличием значительной доли пациентов пожилого возраста и т.д. На всех этапах оказания специализированной помощи должны соблюдаться этические правила: во время сбора анамнеза, сообщения диагноза и прогноза заболевания, назначения лечения, объяснения режима и др.

Цель исследования. Изучить особенности этических проблем и соблюдения деонтологических норм при оказании стационарной медицинской помощи травматолого-ортопедического профиля.

Материалы и методы. С использованием специально разработанной «Анкеты пациента стационара травматолого-ортопедического профиля» было опрошено 408 больных, госпитализированных в связи с травмами и ортопедическими заболеваниями в клинику РНИИТО им. Р.Р.Вредена и травматологические отделения городских больниц Санкт-Петербурга. При составлении анкеты использовались адаптированные к целям настоящего исследования методики, применявшиеся в диссертационных исследованиях Г.В. Бузник и Т.В. Кауровой, выполненных под руководством проф. Г.Л. Микиртчян. Анкетирование было анонимным и проводилось при выписке пациента. Параллельно по специально разработанным анкетам проводился анонимный опрос 267 врачей и 402 средних медицинских работников травматолого-ортопедического профиля амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских учреждений Санкт-Петербурга. Репрезентивность выборочных совокупностей доказана по формуле А.М.Меркова.

Результаты и обсуждение.

Центральной этико-деонтологической проблемой в травматологии и ортопедии, как и в других клинических специальностях, являются взаимоотношения врача и среднего медработника с пациентом. Как показал проведенный нами опрос, 54,5% пациентов, госпитализированных в стационар травматолого-ортопедического профиля, считают, что врач всегда выслушивает все, что они хотят ему рассказать, остальные 45,5% – что выслушивает иногда. По мнению абсолютного большинства опрошенных, их лечащий врач уделяет им недостаточно внимания, хотелось бы больше, лишь 2,6% ответили, что врач всегда вежлив, внимателен, и столько же – что врач всегда спешит, нетактичен, откровенно груб.

Согласно этическому правилу правдивости, одним из обязательных принципов взаимоотношений, является право пациента на полную информацию о состоянии своего здоровья. Прежде всего, по результатам социологического исследования удалось выяснить отношение самих врачей травматологов-ортопедов к проблеме реализации права пациента на полную и адекватную информацию о заболевании. Вопреки требованиям как современной биомедицинской этики, так и





законодательства, почти три четверти врачей (73,6%) считают, что пациент не во всех случаях имеет право получать подробную информацию о диагнозе, прогнозе заболевания и назначаемом лечении, а 8,8% полагают, что пациент такого права не имеет вообще. Группа пациентов разделилась практически поровну между теми, кто признает право пациента на полную информацию о заболевании всегда и не во всех случаях.

На вопрос анкеты о том, какая информация предоставляется пациенту после обследования, 38,8% врачей ответили, что только называют диагноз, 85,2% заявили, что подробно рассказывают о болезни / травме, 72,1% – о возможных осложнениях, 74,3% – о прогнозе, а 68,7% – о методе лечения. Однако, по мнению самих пациентов, врачи травматологи-ортопеды подробно информируют их гораздо реже. Так, более половины респондентов отметили, что врач лишь назвал им диагноз. То есть даже тогда, когда врач рассказывает пациенту о его состоянии, он зачастую делает это недостаточно внятно и подробно. Ясно, что при соблюдении юридических и этическоеонтологических норм, диктуемых доктриной информированного согласия, показатели информирования пациентов о болезни / травме, возможных осложнениях, прогнозе и методе лечения должны стремиться к 100%.

Согласно статье 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ, необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство. Однако лишь две трети врачей травматологов-ортопедов отметили, что всегда получают у больного согласие на назначаемое лечение, в то время как 18,4% врачей получают его не всегда, а 16,4% – только при необходимости оперативного вмешательства. Еще более неблагоприятную картину рисуют данные опроса пациентов: лишь чуть более половины считают, что врачи всегда получали у них согласие на назначаемое лечение, почти треть – что согласие получали у них не всегда, 10,1% – только на операцию, а 5,1% вообще не помнят, чтобы врач когда-либо получал у них согласие на лечение. Большинство врачей (79,5%) всегда сообщают больному правду о его состоянии, однако 17,9% делают это не всегда, кроме неблагоприятных прогнозов, а 2,6% заявили, что правды пациентам не сообщают.

Судя по ответам врачей, большинство из них (80,2%) в своей работе стараются максимально учитывать при беседе с пациентами их индивидуальные психологические особенности, в том числе при предоставлении информации о заболевании и формировании дальнейшей тактики ведения. В то же время, 12,6% врачей отметили, что учитывают психологические особенности пациентов лишь иногда, а 7,2% – что не учитывают их вовсе.

Менее половины опрошенных пациентов (49,9% в отношении врача и 46,9% – медсестры) положительно оценили обращение с ними медработников травмпункта: как вежливое – 41,7% и 36,5%, как сердечное – 8,2% и 10,4% соответственно. 27,5% и 30,9% выбрали варианты «нейтральное» или «другое», а остальные 22,6% и 22,2% оценили обращение с ними медработников травмпункта негативно: как грубое – 8,1% и 7,4%, как резкое – 4,2% и 3,2% или как сухое – 10,3% и 11,6% соответственно. В то же время, часть опрошенных пациентов отметила случаи, когда с ними разговаривали резко, в повышенном тоне: 11,2% – врачи, 23,7% – медсестры, 8,3% – санитарки и 17,2% – другие сотрудники больницы. С другой стороны, две трети врачей (67,8%) и средних медработников (68,4%) травматолого-ортопедического профиля признали, что иногда разговаривают с пациентами резко, в повышенном тоне.



Проблемы в общении в парах «врач-пациент» или «медсестра-пациент» снижают комплаентность пациента, то есть его готовность к кооперации с врачом в процессе лечения, в частности готовность к осознанному и точному выполнению полученных рекомендаций. Как показал опрос, лишь 58,1% пациентов, госпитализированных по поводу ортопедического заболевания, строго выполняют рекомендации врача по лечению, тогда как 37,4% выполняют их только «в основном», а 4,7% практически не выполняют.

Несмотря на то, что медицинская помощь в рамках системы обязательного медицинского страхования оказывается бесплатно для пациента, около половины врачей (43,6%), большинство медицинских сестер (59,6%) и почти половина пациентов (47,5%) считают нормальной недопустимую с точки зрения закона и медицинской этики ситуацию, когда пациент благодарит врача / медсестру деньгами за успешное лечение. Лишь 17,7% врачей, 15,8% медицинских сестер и 2,5% пациентов считают это ненормальным.

Ни один врач не отметил, что получает денежную благодарность от пациентов регулярно, однако 74,2% признали, что получают ее иногда, 14,5% – получали несколько раз, и только 11,3% не делают этого никогда. Из средних медработников регулярно получают денежную благодарность от пациентов 7,0%, иногда – 38,6%, несколько раз – 40,4%, и лишь 14,0% – никогда. В свою очередь, 42,0% пациентов заявили, что уже благодарили медицинский персонал в денежной форме в данном стационаре или планируют это сделать.

Одной из важнейших юридических и этических обязанностей медработника является соблюдение медицинской тайны. Как показал опрос, 44,5% врачей и 33,0% средних медработников травматолого-ортопедического профиля говорят о болезнях своих пациентов, называя их фамилии, с родственниками больных (не считая ближайших), 11,2% и 42,6% – в частных беседах со своими знакомыми, а 46,6% и 71,2% – с коллегами, не лечащими данного больного. Таким образом, отмечаются недопустимые с этической и юридической точки зрения нарушения принципа конфиденциальности, особенно часто средними медработниками. Эти нарушения отмечают и сами пациенты: так, 11,5% из них заявили, что медработники говорили с ними о болезнях других известных им пациентов, в т.ч. 1,8% – неоднократно.

Как тревожный факт следует расценить высокую частоту конфликтов между пациентами и персоналом ЛПУ: 29,3% пациентов конфликтовали с лечащим врачом (в т.ч. 3,0% – неоднократно), 29,4% – с медсестрой (в т.ч. 20,0% – неоднократно), 30,1% – с санитаркой (в т.ч. 12,4% – неоднократно), а 44,4% – с другими сотрудниками ЛПУ (в т.ч. 19,2% – неоднократно). Эти данные подтверждаются также данными опроса врачей (57,6% отметили редкие, а 8,3% – частые конфликты с пациентами) и средних медработников (61,4% и 10,2% соответственно).

Успешная работа коллектива ЛПУ невозможна без здоровых взаимоотношений между медицинскими и прочими сотрудниками всех уровней. Работников. У врачей травматологов-ортопедов чаще складываются хорошие отношения с коллегами, чем у средних медицинских работников (83,2% против 65,5%). Почти треть средних медицинских работников (31,5%) и 15,8% врачей отметили, что у них с коллегами бывают разногласия. Лишь единичные медработники отметили напряженные взаимоотношения с коллегами.

Как показал опрос, у большинства медицинских работников сложились хорошие деловые отношения с руководством учреждения – 85,3% врачей и 83,7% средних медицинских работников. Лишь 1,5% и 1,6% соответственно указали, что с руководством у них напряженные отношения. На наличие разногласий указали 13,2% врачей и 14,7% средних медицинских работников. Опрошенные медицинские



работники в целом высоко оценили психологический микроклимат в коллективе: врачи – в среднем на 4,3 балла, средние медицинские работники – на 4,2 балла.

В качестве основных причин конфликтов с пациентами медработники называют низкую культуру и завышенные требования пациентов, конфликтов с коллегами – профессиональные и организационные вопросы, конфликтов с начальством – профессиональное непонимание, оплата дополнительных нагрузок.

Важное значение имеет вопрос, какие требования к качествам врача травматолога-ортопеда и медицинской сестры предъявляют все участники лечебно-диагностического процесса. Судя по ответам респондентов, в портрете врача и среднего медицинского работника должны гармонично сочетаться профессиональные, этические и человеческие качества. Однако представления о необходимых врачу профессиональных и человеческих качествах у медработников и пациентов сильно различаются. Удивительно, что менее половины респондентов всех трех групп упомянули профессиональную компетентность. Врачи и медсестры часто упоминали такие качества, как аккуратность, скрупулезность, оперативность, не нашедшие отражения в анкетах пациентов. Понимание, сочувствие, участие, милосердие, гуманность, доброту, имеющие большое значение для пациентов, в анкетах медработников заменяют терпение и юмор. В отличие от пациентов, медработники игнорируют коммуникативные навыки – одно из важных составляющих профессионализма врача. И наконец, 40,1% врачей и 23,6% медсестер в качестве необходимого назвали такое «антикачество», как строгость с пациентами.

Указанные различия между медработниками и пациентами прослеживаются и в отношении представлений о желаемых профессиональных и человеческих качествах средних медицинских работников. Врачи и медсестры гораздо чаще, чем пациенты, называют такие качества, как профессионализм, компетентность, а также спокойствие, терпение, зато для пациентов значительно большее значение имеют милосердие, гуманность, доброта, а также вежливость, корректность медсестры. И вновь ряд врачей и медсестер в качестве необходимого назвали «антикачество», выразив его словами «не сердобольничать» с пациентами.

На вопрос о том, обладают ли указанными качествами знакомые им врачи травматологи-ортопеды, около трех четвертей респондентов (77,2% врачей, 70,5% медсестер и 78,2% пациентов) ответили, что обладают все врачи или большинство из них. В то же время, 22,8% врачей, 29,5% медсестер и 16,7% пациентов считают, что необходимые качества имеются лишь у меньшинства врачей, а 5,1% пациентов – что никто из знакомых им врачей данной специальности не обладает нужными качествами.

Мнение пациентов о наличии соответствующих профессиональных и человеческих качеств у медсестер, работающих в травматологии-ортопедии, значительно хуже, чем мнения медработников: ответили, что этими качествами обладают все средние медработники или большинство из них, 72,8% врачей, 75,9% медсестер и 61,8% пациентов. Между тем, 27,2% врачей, 24,1% медсестер и 32,3% пациентов считают, что необходимые качества имеются лишь у меньшинства медсестер, а 5,9% пациентов – что никто из знакомых им средних медработников данной специальности не обладает нужными качествами.

Заключение. Проведенное исследование выявило серьезные этические проблемы в травматолого-ортопедической практике. Значительная часть пациентов не удовлетворена объемом и качеством получаемой информации о состоянии и лечении, считает, что лечащий врач уделяет им недостаточно внимания; ряд пациентов отметил случаи, когда с ними разговаривали резко, в повышенном тоне. Лишь две трети врачей травматологов-ортопедов всегда получают у больного



согласие на назначаемое лечение. Половина участников лечебно-диагностического процесса расценивает как нормальную практику денежной благодарности со стороны пациента.

Встречаются нарушения медицинской тайны. Отмечается высокая частота конфликтов между пациентами и персоналом ЛПУ. Не совпадают представления медработников и пациентов о желаемых профессиональных и человеческих качествах врачей и средних медицинских работников данного профиля. Представляется целесообразным включить в программу профессиональной подготовки и повышения квалификации врачей и средних медработников травматолого-ортопедического профиля обязательный раздел по медико-социальным и этическим проблемам современной травматологии и ортопедии, а также по медицинской психологии.

К СОЦИОЛОГИЧЕСКОМУ ПОРТРЕТУ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Черный А.Ж.

СЗГМУ им. И.И.Мечникова, кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
Санкт-Петербург
РНИИТО им. Р.Р.Вредена, Санкт-Петербург

Актуальность исследования. Травматизм является одной из важнейших медико-социальных проблем современности. Улучшение качества оказания населению медицинской помощи травматолого-ортопедического профиля невозможны без соответствующего кадрового сопровождения.

В последнее десятилетие травматолого-ортопедическая служба претерпела целый ряд серьезных изменений. Основные тенденции в изменении показателей травматизма и заболеваемости костно-мышечной системы, результатов оказания помощи и социальных последствий повреждений, полученных взрослым населением, еще только намечаются. В этих условиях значительную актуальность приобретают исследования динамики, современного состояния и путей оптимизации кадровых ресурсов отрасли.

Цель исследования. Составление медико-социального и профессионального портрета врачей и средних медицинских работников травматолого-ортопедической службы Санкт-Петербурга.

Материалы и методы. С использованием специально разработанной анонимной «Анкеты медицинского персонала травматолого-ортопедического профиля» в 2013 г. было опрошено 316 сотрудников (106 врачей и 210 средних медицинских работников). Около половины респондентов (48,6%) работали в травматологических (травматолого-ортопедических, ортопедических) отделениях городских стационаров, около трети (30,1%) – в городских травматологических пунктах, а остальные 21,3% – в РНИИТО им. Р.Р.Вредена.

Репрезентивность выборочных совокупностей доказана по формуле Юнкерова В.И. и Григорьева С.Г. (2005). Анкета состоит из 62 открытых, закрытых и полуоткрытых вопросов, касающихся общих сведений, профессиональных характеристик), условий и образа жизни респондентов, этических проблем, оценок работы учреждения, где работает респондент, и травматолого-ортопедической службы в целом, а также некоторых других проблем. При составлении данной анкеты были использованы методики, применявшиеся на другом материале в диссертационных работах Н.И.Кабачека (2006) и А.Д.Рубина (2009), выполненных под



руководством проф. В.К.Юрьева и адаптированные к задачам настоящего исследования.

Результаты и обсуждение.

Социологический опрос врачей и средних медицинских работников травматолого-ортопедического профиля амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских учреждений Санкт-Петербурга показал, что среди них преобладают лица средних и старших возрастных групп: средний возраст составляет $43,7 \pm 1,3$ года для врачей и $37,9 \pm 1,1$ года для средних медицинских работников. Половина респондентов принадлежит к возрастной группе 40-49 лет. Медицинский персонал травматолого-ортопедической службы – это опытные кадры: средний общий медицинский стаж среди врачей составляет $20,1 \pm 1,4$ года, среди медицинских работников – $17,2 \pm 1,0$ года, стаж работы в травматологии и ортопедии – $16,5 \pm 1,0$ года $15,2 \pm 1,0$ года соответственно. Среди врачей 89,5% составляли мужчины, 10,5% – соответственно женщины; среди средних медицинских работников соотношение было обратным: 7,2% составляли мужчины, 92,8% – женщины.

На момент опроса 57,5% опрошенных состояли в зарегистрированном браке, 22,4% – в зарегистрированном, и лишь 20,1% в браке не состояли. Большинство медиков (80,6%) имеют детей, в том числе 43,4% врачей и средних медицинских работников – одного, 27,9% – двоих, а 9,3% – троих и более. Среди врачей несколько меньше бездетных за счет большего числа имеющих одного ребенка.

В связи с этим, важно отметить, что размер заработной платы удовлетворяет только 10,3% врачей и 18,8% средних медицинских работников. Все врачи и большинство (96,5%) средних медицинских работников считают, что размер их заработной платы несколько ниже или значительно ниже затраченного труда. Лишь 3,5% средних медицинских работников полагают, что их зарплата полностью соответствует затраченному труду. Ни один респондент не ответил, что она выше.

Низкий размер заработной платы вынуждает медицинских работников совмещать основную работу, как в своем учреждении, так и вне его. Так, 22,5% врачей и средних медицинских работников работают в основном учреждении более чем на ставку, в том числе 3,6% – более чем на 1,5 ставки. Имеют дополнительную работу вне основного учреждения 38,1% опрошенных, в том числе 2,6% совмещают в другом государственном ЛПУ, 15,9% – в негосударственном медицинском учреждении, 10,4% имеют частную практику, а 9,2% дополнительно работают вне медицины.

Таким образом, только 39,4% врачей и средних медицинских работников не совмещают основную работу с дополнительной. В среднем, заработная плата по основному месту работы (включая совмещение внутри учреждения) составляет 78,6% общего дохода врачей и 87,4% – средних медицинских работников.

По мнению 4,4% респондентов, их семье денег не хватает даже на питание, 5,9% – хватает только на питание, большинству (62,2%) денег хватает на питание и промышленные товары первой необходимости, и лишь 27,4% полагают, что им хватает на «нормальную жизнь». Таким образом, почти три четверти медработников считают свой материальный доход низким.

При этом только у четверти средних медицинских работников (26,3%) материальное положение за последний год несколько улучшилось, тогда как у 40,4% оно не изменилось, а у трети (33,3%) – даже ухудшилось. Врачи оценивают годичную динамику своего материального положения еще пессимистичнее: ни у кого оно не улучшилось, у половины (54,4%) не изменилось, а у 45,6% ухудшилось, в т.ч. у 20,6% – значительно. Заработная плата за последнее время незначительно возросла у 36,8% врачей и 37,3% средних медицинских работников, у остальных она не изменилась.



Большая часть бюджета семей врачей и средних медицинских работников уходит на питание (в среднем 49,4% и 53,5%) и на коммунальные расходы (24,9% и 29,5%). Средние медицинские работники, по сравнению с врачами, значительно меньшую часть расходов семьи могут себе позволить потратить на отдых, укрепление здоровья, покупку одежды и товаров первой необходимости. Лишь 12,7% врачей и 31,6% средних медицинских работников полностью удовлетворены своими жилищными условиями.

Возможно поэтому, несмотря на образование и социально значимую профессию, только 61,8% врачей травматологов-ортопедов и 63,6% средних медицинских работников считают себя людьми успешными, 59,6% и 69,8% – самостоятельными в финансовом отношении, 51,8% и 60,0% – уверенно стоящими на ногах.

Более половины респондентов (53,4%) оценивают состояние своего здоровья как хорошее или скорее хорошее, как удовлетворительное – 37,8%, а как плохое или скорее плохое – 8,8%. Средние медицинские работники оценивают состояние своего здоровья несколько ниже, чем врачи, а женщины – чем мужчины.

Естественно, что с возрастом состояние здоровья ухудшается, и в самооценке здоровья медработниками травматолого-ортопедической службы эта тенденция четко прослеживается: до 30 лет оценивают свое здоровье как хорошее или скорее хорошее 82,6%, в возрасте 30-39 лет – 66,6%, в возрасте 40-49 лет – 40,5%, а в возрасте 50 лет и старше – только 19,2%.

В исследуемой группе 61,5% врачей и 75,2% средних медицинских работников указали на наличие у себя хронических заболеваний. Среди врачей с возрастом существенно возрастает удельный вес респондентов, имеющих хроническую патологию: до 30 лет – 25,8%, 30-39 лет – 57,5%, 40-49 лет – 64,4%, 50 лет и старше – 76,0%. Среди средних медицинских работников во всех возрастных группах больше тех, кто отмечает наличие хронических заболеваний, особенно существенна эта разница в возрасте до 30 лет – 64,5% против 25,8%. Больше всего средних медицинских работников, имеющих хронические заболевания, в возрасте 40-49 лет – 82,0%.

При этом большинство медицинских работников травматолого-ортопедической службы – 51,4% врачей и 64,2% средних медицинских работников – отмечают, что за последние 5-10 лет состояние их здоровья ухудшилось, 42,2% и 30,1% отметили, что состояние их здоровья не изменилось, а 6,4% и 5,7% соответственно – что улучшилось. Чаще всего на ухудшение здоровья жаловались врачи в возрасте 50 лет и старше и средние медицинские работники в возрасте 40-49 лет. Ухудшение своего здоровья большинство респондентов связывают с экологическими факторами (49,3% врачей и 50,0% средних медицинских работников), с возрастом (37,4% и 26,9%), с работой (36,5% и 28,1%).

Только 19,3% медицинских работников связывают ухудшение своего здоровья с образом жизни. В то же время, лишь 4,9% врачей и 3,5% средних медицинских работников полагают, что не имеют факторов риска образа жизни. Среди факторов риска чаще всего отмечались: высокая нервно-эмоциональная нагрузка, несоблюдение режима сна и отдыха, низкая физическая активность, нерегулярное и несбалансированное питание, курение, переедание, излишнее употребление алкоголя.

Средние медицинские работники, по сравнению с врачами, реже отмечают высокую нервно-эмоциональную нагрузку, низкую физическую активность, но чаще – несоблюдение режима сна и отдыха, что связано с особенностями их трудовой деятельности. Средние медицинские работники реже курят, но чаще переедают. Весьма показательно, что почти половина опрошенных (46,7%) твердо уверена, что



работа негативно влияет на их здоровье.

Проведенное анкетирование показало, что, несмотря на специальное образование, медицинские работники не вполне ответственно относятся к своему здоровью. Несмотря на то, что в жизни большинства из них есть факторы риска, 59,6% врачей и 80,9% средних медицинских работников не предпринимают никаких мер для того, чтобы улучшить свое здоровье. Среди ответов респондентов, которые предпринимают меры к улучшению своего здоровья, чаще всего встречались следующие: 40,5% – занятия спортом, 39,1% – прием медикаментов, 21,4% – корректировка режима сна и отдыха, соблюдение диеты – 14,1%, ведение здорового образа жизни – 6,1%.

Социологический опрос показал, что лишь 47,1% врачей и 43,9% средних медицинских работников травматолого-ортопедической службы Санкт-Петербурга полностью удовлетворяет выполняемая работа, соответственно 41,2% и 49,1% удовлетворяет не в полной мере, а 11,7% и 7,0% не удовлетворяет. Больше всего неудовлетворенных выполняемой работой среди врачей в возрасте 50 лет и старше и среди средних медицинских работников в возрасте до 40 лет и 50 лет и старше.

В качестве основной причины неудовлетворенности работой медицинские работники называют низкую заработную плату – 59,5% врачей и 63,4% средних медицинских работников. Далее, но со значительно меньшим удельным весом, идут плохие условия труда – 16,0% и 20,8%, а также неудовлетворенность результатами труда – 7,8% и 6,8%, а также плохие взаимоотношения в коллективе – 5,1% и 4,6%. Лишь 72,3% врачей и 60,3% средних медицинских работников идут на работу с желанием, в то время как 25,6% и 37,3% идут без особого желания, а 2,1% и 2,6% – «как на каторгу». Среди средних медицинских работников значительно меньше тех, кто идет на работу с желанием.

Для большинства врачей и средних медицинских работников основным мотиватором к работе по данной специальности является моральное удовлетворение – такой ответ дали 61,6% врачей и 49,8% средних медицинских работников. У врачей далее идут: возможность делать то, что ты умеешь лучше всего (28,9%), заработная плата (25,1%), окружающая атмосфера (17,1%) и шанс сделать карьеру (3,3%). У средних медицинских работников на втором месте – заработная плата (30,6%), на третьем – возможность делать то, что ты умеешь лучше всего (25,6%), на четвертом – окружающая атмосфера (13,1%) и на четвертом – шанс сделать карьеру (2,5%).

Возрастное сравнение основных мотиваторов к работе показывает, что среди медицинских работников в возрасте до 30 лет закономерно больше тех, для кого основным мотиватором к работе являются шанс сделать карьеру и окружающая атмосфера, и значительно меньше тех, для кого основным мотиватором является заработная плата. Среди тех, кому 50 лет и более, большее значение имеет заработная плата и возможность делать то, что ты умеешь лучше всего. Никто из них не планирует делать карьеру.

Более трети врачей (35,6%) и средних медицинских работников (33,4%) считают, что их рабочая нагрузка чрезмерна, более половины (51,7% и 52,8%) испытывают чувство перенапряжения в работе. Лишь 30,6% врачей и 19,4% средних медицинских работников полагают, что имеют достаточно времени для отдыха.

При этом на вопрос анкеты «Как изменился за последнее время объем Вашей работы?» большинство врачей (64,5%) и средних медицинских работников (59,6%) ответили, что он возрос, остальные полагают, что объем работы не изменился, и ни один респондент не отметил его уменьшения.

Несмотря на низкую заработную плату, большую рабочую нагрузку, неудовлетворительное материальное положение, лишь 7,4% опрошенных



медицинских работников считают ошибкой свой выбор профессии – травматологии и ортопедии (и еще 8,9% в этом не уверены), 1,5% твердо намереваются сменить место работы (и еще 26,7% допускают для себя такую перспективу), 0,7% хотели бы сменить медицинскую специальность (и еще 9,6% допускают такую возможность). Тревогу вызывает тот факт, что 13,3% респондентов хотели бы уйти из медицины вообще, причем вместе с колеблющимися этот показатель достигает 38,5%.

Только 10,7% врачей и 5,5% средних медицинских работников считают, что материально-техническое оснащение их учреждения позволяет полностью реализовать их квалификационные возможности, 87,5% и 92,7% полагают, что оно позволяет лишь отчасти, а 1,8% респондентов в обеих группах ответили на этот вопрос отрицательно.

Из опрошенных врачей две трети (69,1%) окончили по травматологии и ортопедии ординатуру, а 58,8% – интернатуру. Весьма тревожным является тот факт, что 17,6% врачей травматологов-ортопедов ни разу за последние 5 лет перед опросом не проходили курсы повышения квалификации. Это является нарушением действующих приказов МЗ РФ. В то же время, 58,8% проходили такие курсы 1 раз, 22,1% – два раза, а 1,5% – даже три раза за последние 5 лет.

Как показал опрос, основными способами индивидуального совершенствования профессиональных знаний у врачей являются: общение с коллегами – 81,0%, чтение периодической литературы – 74,5%, чтение монографий – 65,4% и посещение научных обществ, конференций и т.п. – 55,0%.

Чаще всего повышают знания путем чтения периодической литературы и общения с коллегами врачи в возрасте 40-49 лет, путем чтения монографий – в возрасте 50 лет и старше, путем посещения научных обществ, конференций и т.п. – в возрасте 30-39 лет. Обращает на себя внимание тот факт, что молодые врачи (до 30 лет) реже всего читают монографии, общаются с коллегами на профессиональные темы и довольно редко посещают научные общества, конференции и тому подобные мероприятия.

Следует отметить, что у большинства опрошенных врачей отмечается тяга к знаниям: 90,6% из них хотели бы повысить свою квалификацию. Среди средних медицинских работников таковых меньше – 79,5%. Регулярно знакомятся с новинками литературы по специальности 68,3% врачей и только 19,4% средних медицинских работников.

В то же время, 5,9% врачей отметили, что не прочли ни одной монографии по своей специальности за последние 6 месяцев перед опросом, а если прибавить тех, кто выбрал эвфемистический вариант «не помню», то получится, что более трети врачей травматологов-ортопедов (35,3%) специальных монографий не читают или читают крайне редко. С другой стороны, 32,3% врачей прочли за полгода 1-3 монографии, а 32,4% – 4 и более. Аналогичная картина наблюдается и в отношении знакомства с научными статьями по специальности: 29,5% врачей за последние 6 месяцев перед опросом не прочли ни одной или «не помнят», 22,0% прочли за полгода 1-3 статьи, а 48,5% – 4 и более. Лишь каждый седьмой врач (14,2%) выписывает медицинские журналы и / или газеты. Возможно, это связано не с отсутствием тяги к знаниям, а с низким материальным положением респондентов.

Сегодня трудно оставаться в курсе развития своей специальности без знания иностранного языка (прежде всего, английского).

Однако менее трети петербургских врачей травматологов-ортопедов (30,9%), по их мнению, знают иностранный язык в достаточной степени для того, чтобы свободно читать научную литературу.

Ведущим источником получения свежей профессиональной информации в



настоящее время является Интернет. Как показал опрос, абсолютное большинство врачей (86,8%) регулярно пользуется Интернетом для поиска информации, необходимой для учебы, научной работы; 6,6% делают это изредка и столько же Интернетом в профессиональных целях не пользуются. Респонденты оценивают свои навыки работы на компьютере следующим образом: свободно владеют 69,1% врачей и 33,3% средних медицинских работников, работают, но не очень хорошо, 29,4% и 50,9%, не владеют вовсе – 1,5% и 15,8% соответственно. Таким образом, уровень компьютерной грамотности у петербургских медиков травматологов-ортопедов оказывается для современных специалистов довольно низким, особенно у средних медицинских работников.

Заключение. Таким образом, в возрастной структуре врачей и средних медицинских работников травматолого-ортопедической службы Санкт-Петербурга наблюдается тенденция к росту удельного веса работников старшего возраста. Материальное положение медицинских работников находится на низком уровне; из-за низкого размера оплаты труда многие медицинские работники вынуждены совмещать основную работу с дополнительной, в том числе и вне медицины, что не может не сказываться негативно на основной работе.

Лишь немногим более половины врачей травматологов-ортопедов и средних медицинских работников считают себя людьми успешными, самостоятельными в финансовом отношении, уверенно стоящими на ногах. Хотя большинство врачей и средних медицинских работников имеют хронические заболевания, а также серьезные факторы риска образа жизни, они не предпринимают никаких мер для того, чтобы улучшить свое здоровье. Почти половина опрошенных твердо уверена, что работа негативно влияет на их здоровье.

Основным мотиватором к работе для большинства респондентов является моральное удовлетворение, однако удовлетворены выполняемой работой менее половины врачей и средних медицинских работников. Основными причинами неудовлетворенности являются низкая заработная плата и плохие условия труда. Более половины медицинских работников испытывают чувство перенапряжения в работе, не имеют достаточного времени для отдыха. Лишь отдельные респонденты считают, что материально-техническое оснащение их учреждения позволяет полностью реализовать их квалификационные возможности.

В то же время, лишь немногие считают свой выбор профессии ошибкой и хотели бы уйти из медицины. Большая часть медицинских работников хотела бы повысить свою квалификацию. С целью самосовершенствования и повышения уровня подготовленности врачи чаще используют общение с коллегами, чтение периодических изданий и монографий, посещение научных обществ, конференций и т.п. Основная часть информационных источников саморазвития врачей связана с пассивным восприятием информации, крайне мало используются методы, предполагающие самостоятельный поиск и анализ. Явно недостаточен уровень компьютерной грамотности и знания иностранных языков.

Из полученных результатов явствует необходимость принятия комплекса мер по сохранению и улучшению кадрового обеспечения городской травматолого-ортопедической службы.



СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ОПРОС КАК СПОСОБ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ГЛАУКОМОЙ

Шилова М. А., Говязина Т.Н., Соловьева Л. И
ГБОУ ВПО ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера Минздрава, Пермь

Актуальность. Около 67 млн. людей на нашей планете болеют глаукомой и, по прогнозам, до 2030 года число больных удвоится. [1]. Рассматривая глаукому как тяжелое хроническое заболевание, приводящее к необратимому прогрессирующему снижению зрительных функций и слепоте, следует отметить, что наряду с проведением объективного обследования необходима оценка субъективного компонента состояния больного.

Это обусловлено тем, что зрение не только обеспечивает ориентацию в пространстве, но и в значительной мере влияет на эмоциональное благополучие, другими словами – на качество жизни.. Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психического и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [2].

Исследования зарубежных авторов показывают, что снижение зрительных функций приводит к более значимому ухудшению показателей качества жизни по сравнению с сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями, которые реально представляют угрозу для жизни [3]. Тем не менее, обзор литературы показал, вопрос качества жизни у больных глаукомой в России изучен недостаточно.

Цель работы. Изучить показатели качества жизни среди пациентов с диагнозом глаукома на основе социологического опроса.

Материалы исследования. Исследование проводилось на базе поликлиники № 3 ГБУЗ ПК ГКП № 4 г. Перми. Нами было опрошено 48 рандомизированно отобранных больных, состоящих на диспансерном учете по поводу глаукомы, из числа которых мужчины составили 30%, женщины 70%; больные I стадией заболевания -58%, II ст.-19%, III ст. - 11%, IV ст. - 12%; в возрасте от 45 до 60 лет -7%, от 61до75 лет - 40%, от 76 до 91 года - 53%.

Методом социологического исследования оценивалось качество жизни этих больных. Для этого использовался опросник NEI VFQ, разработанный Национальным институтом глаза (США) (National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire) [4], который методологически создан для оценки влияния зрительных нарушений и других симптомов глаукомы, а также субъективного компонента патологического состояния больного на эмоциональное благополучие, социальное функционирование, сферу профессиональной деятельности, связанную со зрительным напряжением. Надежность, валидность, достоверность психометрических свойств NEI VFQ подтверждены [5].

Из-за отсутствия данного издания на русском языке, нами был переведен и адаптирован данный текст с английского языка. Опросник включил в себя 17 вопросов, составляющих 11 шкал [4]. Для ответов используется многопунктовая шкала Лайкерта. Полученный числовой показатель в каждой из шкал имеет значение от 0 до 100 баллов и отражает процентное отношение к максимально возможному результату [5]. Чем выше балл, тем выше уровень качества жизни. Результаты проведенного исследования представлены графически (рис 1,2).



Рис 1. Оценка неспецифических характеристик качества жизни больных глаукомой с различными стадиями заболевания

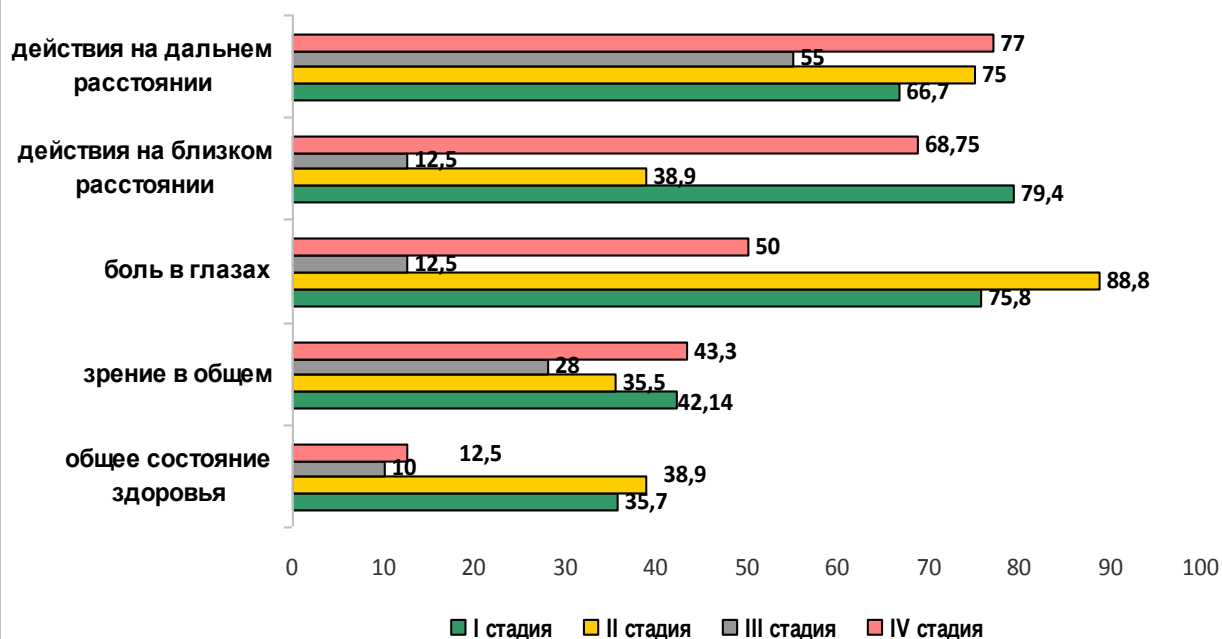
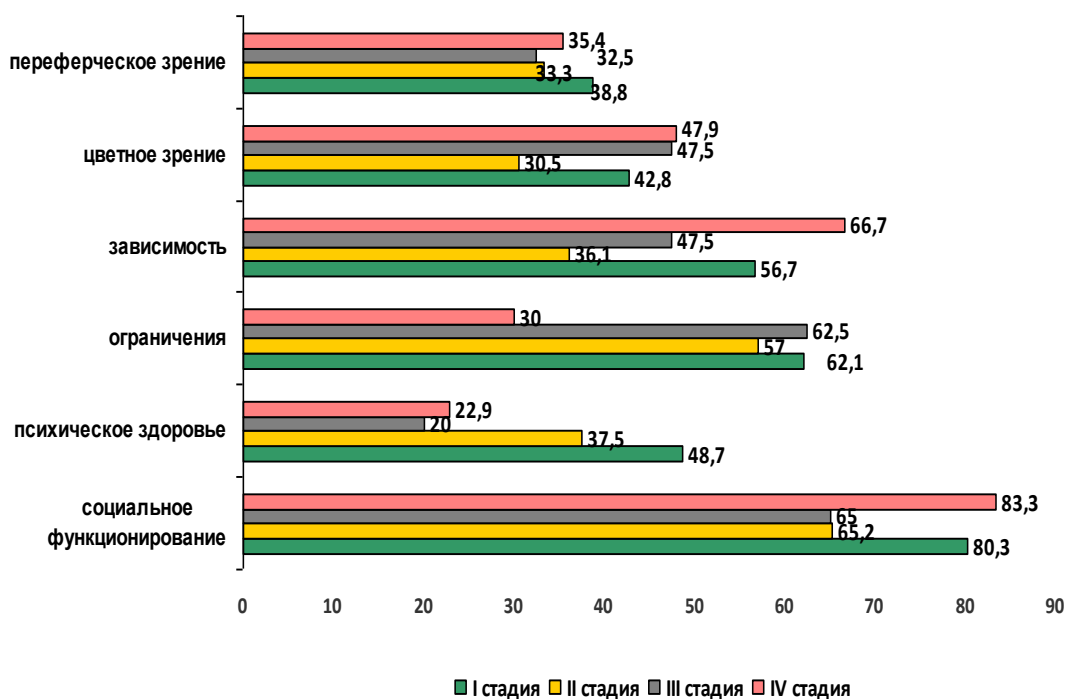


Рис 2. Оценка специфических характеристик качества жизни больных глаукомой с различными стадиями заболевания



Заключение

• Использование опросника NEI VFQ является удобным и доступным способом оценки качества жизни больных глаукомой. Его применение в практике офтальмолога может помочь динамически наблюдать за эффективностью и комплаентностью лечения.

• Качество жизни больных с далеко зашедшей и терминальной (III и IV) стадий глаукомы страдает сильнее, нежели у больных с начальной и развитой стадий глаукомы (I и II) по следующим шкалам: неспецифические: общее состояние здоровья, общая оценка зрения, дискомфорт в глазах, преимущественно связанный с развитием синдрома сухого глаза вследствие длительного применения гипотензивных капель; специфические: психологическое здоровье, связанное с высоким стажем заболевания (в среднем 25 лет).

• Приспособленность к действию на дальнем и ближнем расстоянии у больных терминальной стадии и начальной стадией глаукомы значительно не различается и имеет высокий уровень. Это можно объяснить адаптацией к монокулярному зрению у больных с IV стадией заболевания, т.к. стадия глаукомы определяется по худшему глазу, больной с терминальной стадией заболевания может иметь вполне удовлетворительные зрительные функции единственного зрячего глаза.

• Наибольшие ограничения былых возможностей испытывают пациенты IV стадией заболевания, что должно учитываться при организации помощи этим больным.

Список литературы

1. ПККБ [электронный ресурс]: официальный сайт Пермской краевой клинической больницы Пермь. - Пермь 2004-2014.- режим доступа: <http://pkkb.perm.ru/hirurgiya/Glaukomotoznoye>
2. Луценко. Н.С. Сравнительная оценка качества жизни пациентов с катарактой и после хирургического лечения / Н.С. Луценко, О.А. Исакова, О.А. Рудычева // ReserchGate. г.Запорожье 2014г
3. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине/ Новик А.А. Ионова Т.И.-СПб.:Нева, 2002.-313с
4. PB/SA National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire – 25 (VFQ-25)
5. Mangione CM et al. // NEI VFQ-25 Scoring Algorithm – August 2000.

МАТЕМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА

Шматко А.Д.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова, кафедра медицинской информатики и физики,
Санкт-Петербург

Оценка качества и постоянное ее улучшение является одним из важнейших факторов обеспечения необходимого уровня качества.

Интерес к проблемам качества жизни населения наблюдается среди различного рода наук, к числу которых относятся медицина, экономика, социология, философия, и т.д. Такое разнообразие предполагает также и многообразие методов и подходов к оценке качества. Один из распространённых методов - построение информационных моделей. При этом проектируемая модель должна с максимальной полнотой и достоверностью отражать исследуемый объект, особенно если он является динамической системой. Соответственно главная трудность, с которой мы сталкиваемся при проектировании - это проблема измерения.



Данная проблема состоит в разнородности показателей, используемых при измерении категорий качества жизни населения (КЖН).

Часть показателей не представляет каких-либо особых процедурных сложностей (допускает использование относительно несложных математических преобразований) и, как правило, осуществляется в метрических шкалах. К таким показателям относятся:

- уровень дохода;
- размер заработной платы;
- уровень образования;
- объем ВВП на душу населения и т.д.

Совсем по-другому выглядит проблема, когда в качестве объектов измерения выступают субъективные ощущения человека, уровень значимости различных факторов на уровень жизни, например такие качественные показатели как [3]:

- качество здоровья населения;
- качество экологической ниши;
- качество социальной сферы;
- природно-климатические условия и т.д.

В этом случае для регистрации различных субъективных составляющих качества жизни чаще всего используется ранговые шкалы.

В рамках всего вышеописанного рассмотрим математический подход к оценке КЖН.

Так, для оценки соответствия установленным требованиям можно использовать показатель в виде средневзвешенного.

$$W_i = \sum_{j=1}^m P_j \int_{ij}, \quad (1)$$

где W_i - оценка соответствия оцениваемого объекта установленным требованиям при i -том инспекционном контроле (проверке);

\int_{ij} - относительная оценка j -го требования при i -том инспекционном контроле;

P_j - важность (вес) j -го требования.

Относительная оценка определяется по нормирующей зависимости

$$\int_{ij} = \frac{\varphi_{ij}}{\varphi_{\delta j}}, \quad (2)$$

где φ_{ij} - оценка в баллах (1,2 или 3), выставленная i -тым инспектором (также его можно назвать экспертом) по выполнению j -го требования;

$\varphi_{\delta j}$ - оценка в баллах базового (наилучшего результата) j -го требования,

т.е. $\varphi_{\delta j} = 3$.



Для оценки важности (веса) j -го требования можно использовать два подхода, основанные для двух информационных стадиях:

1. информационная стадия в виде полной неопределенности, когда j -ое требование можно охарактеризовать лишь системой предпочтения;

2. информационная ситуация в виде экспертных оценок φ_{ij} .

Первой информационной ситуации присущ существенный недостаток, а именно для определения веса P_j необходимо провести ранжировку требований по важности. Это связано с большими трудностями и, как правило, вносят субъективизм экспертами при определении важности того или иного требования.

Информационная ситуация в виде экспертных оценок φ_{ij} наиболее предпочтительная. В данном случае неизвестен закон распределения P_j , а известны оценочные значения инспекторов \int_{ij} (см. таблицу 1).

Таблица 1. Потребность систем по элементам

j-ое требование	Оценка требований i-ым экспертом				
	φ_1	...	φ_i	...	φ_n
Θ_1 / P_1	\int_{11}	...	\int_{i1}	...	\int_{n1}
...
Θ_j / P_j	\int_{1j}	...	\int_{ij}	...	\int_{nj}
...
Θ_m / P_m	\int_{1m}	...	\int_{im}	...	\int_{nm}

По физическому смыслу элементы Θ_j множества Ξ могут быть разработанные вопросы характеристики СМК в соответствии с нормативными требованиями. Множество \mathfrak{F}_j является количественной оценкой частных показателей j -го требования i -тым экспертом, характеризующих «выигрыш» или «проигрыш» при оценке экспертами разработанных характеристик (вопросов по требованиям).

В качестве критерия оценки коэффициентов K_j для такой ситуации может быть предложен критерий, базирующийся на так называемом потенциальном распределении вероятностей. Если в качестве множества \mathfrak{F}_j выступает оценка i -тым экспертом j -го требования, характеризующая выигрыш решения при состоянии Θ_j , то в соответствии с принципом потенциального распределения вероятностей необходимо подобрать такое распределение P_j , чтобы при ограничениях:



$$H(P) = -\sum_{j=1}^m P_j \ln P_j \rightarrow \max_{P_j} \quad (3)$$

$$\sum_{j=1}^m P_j = 1 \quad (4)$$

$$P_j \sum_{i=1}^n \int_{ij} = C(\text{const}), j = \overline{1, m} \quad (5)$$

Выражение системы ограничений (4) является условием нормировки, а (5) – нормировки ситуации выбора оценочного функционала φ_i в соответствии с принципом потенциального распределения, который основан на том, что среда «предпочитает» выбор с большей вероятностью (если мы стремимся к получению максимального значения \int_{ij}) такого состояния из множества Ξ , при котором вклад в суммарное значение по всем решениям $\sum \int_{ij}$ имеет меньшую величину по сравнению с другими состояниями среды $\Theta_j \in \Xi$.

Решив задачу на условный экстремум с помощью метода множителей Лагранжа λ_1 и λ_2 :

$$L = -\sum_{j=1}^m P_j \ln P_j + \lambda_1 (\sum_{j=1}^m P_j - 1) + \lambda_2 (P_j \sum_{j=1}^m \int_{ij} - C) \rightarrow \max_{P_j} \quad (6)$$

и выполнив процедуру

$$\frac{\partial L}{\partial P_j} = -1 - \ln P_j + \lambda_1 + \lambda_2 \sum_{i=1}^n \int_{ij} = 0 \quad (7)$$

получим

$$P_j = e^{-1 + \lambda_1 + \ln C + \lambda_2 \sum_{i=1}^n \int_{ij}} \quad (8)$$

Умножим правую и левую части выражения (8) на $\sum \int_{ij}$ и определим λ_2 , т.е.

$$\lambda_2 = \frac{1 - \lambda_1 + \ln C - \ln \sum_{i=1}^n \int_{ij}}{\sum_{i=1}^n \varphi_{ij}} \quad (9)$$



Подставляя выражение (9) в уравнение (7), после преобразований получим

$$P_j = \frac{C}{\sum_{i=1}^n \int_{ij}} \quad (10)$$

Просуммируем соотношение (10) по j и, используя первое уравнение ограничений (4), получим

$$C = \frac{1}{\sum_{j=1}^m \frac{1}{\sum_{i=1}^n \int_{ij}}} \quad (11)$$

Подставляя выражение (11) в (10), после преобразования получим оценку распределения потенциального вектора P_j в виде

$$P_j = \frac{1}{\sum_{i=1}^n \int_{ij}} \frac{1}{\sum_{j=1}^m \frac{1}{\sum_{i=1}^n \int_{ij}}} \quad (12)$$

Таким образом, используя зависимости (12) и (1), можно оценить соответствие анализируемого объекта установленным требованиям, приведенных в соответствующих нормативных документах и оценить его качество.

Наряду с изложенным математическим аппаратом также целесообразно применять математику нечётких множеств и мягких вычислений. Особенно это становится актуальным, когда речь идёт о неопределённости [2].

В частности для получения интегрального фактора качества на основе отдельных частных показателей можно использовать аппарат матричной свёртки с весами Фишберна, более подробно описанный в [1].

Литература

1. Абдулаева З.И., Недосекин А.О. Стратегический анализ инновационных рисков / З.И. Абдулаева, А.О. Недосекин. - СПб.: Изд. СПбГПУ, 2013. - 146 с.
2. Абдулаева З.И., Шматко Ал.Д. Управление рисками инновационной деятельности: анализ проблемной ситуации / З.И. Абдулаева, Ал.Д. Шматко // Сборник научных трудов аспирантов и молодых учёных Института проблем региональной экономики Российской академии наук. - ИПРЭ РАН. СПб.: ГУАП, 2013. - 144 с.
3. Айвазян С. А. Интегральные показатели качества жизни населения: их построение и использование в социально-экономическом управлении и межрегиональных сопоставлениях. / С. А. Айвазян. - М.: ЦЭМИ РАН, 2000. - 118 с.



ОПТИМИЗАЦИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ КАК УСЛОВИЕ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Якубова И.Ш.¹, Поляшова А.С.²

¹СЗГМУ им.И.И.Мечникова, кафедра профилактической медицины и охраны здоровья

²Нижегородская государственная медицинская академия

Актуальность. Успешное развитие общества невозможно без всестороннего учета потребностей человека, создания благоприятных условий для формирования здоровья населения, гармоничного развития каждой личности, и, прежде всего, детей и подростков. Питание является одним из управляемых факторов, оптимизация которого способно повлиять на здоровье, образ и качество жизни человека. Формирование устойчивого здорового пищевого поведения закладывается в период роста и развития ребенка, и формируется уже в школьные годы.

В школьном возрасте выделяют два этапа развития, рассматриваемых в качестве критических – младший школьный возраст и период полового созревания. Дети 6-8 лет характеризуются одновременным изменением базовых механизмов организации всех высших психических функций, усилением метаболических процессов мозга, высокой степенью напряжения гомеостатических механизмов адаптации на фоне резкой смены динамического стереотипа социальных условий среды, воспитания и питания [1,2].

Проблема оптимизации школьного питания является сложно разрешимой. Прогрессивный рост цен на продукты питания приводят к дезорганизации системы школьного питания, и значительному сокращению числа учащихся получающих горячее питание. Это определило серьезные нарушения пищевого статуса младших школьников вследствие изменений в структуре и режиме питания, культуре здорового образа жизни [3]. Необходимость разработки региональных, с учетом сложившегося потребительского рынка, научно – обоснованных гигиенических рекомендаций по рационализации питания детей в условиях общеобразовательной школы обусловили проведение проспективных исследований с комплексным изучением показателей пищевого статуса учащихся младших классов.

Целью настоящего исследования было изучить пищевой статус учащихся младшего школьного возраста и научно обосновать мероприятия по его оптимизации.

В задачи исследования входило:

1. Изучить состояние общественного питания детей младших классов в образовательных учреждениях крупного промышленного центра;
2. Оценить фактическое питание детей 6-10 лет;
3. Исследовать состояние пищевого статуса учащихся младших классов по комплексу показателей (морфофункциональный статус, иммунологические саливарные тесты, показатели естественной колонизации буккального эпителия, активность антиоксидантной системы, микроэлементный баланс, вегетативный и психологический статус).
4. Обосновать, разработать и внедрить эффективные мероприятия по оптимизации пищевого статуса учащихся младших классов на основании результатов проспективного наблюдения.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе общеобразовательных школ, с проведением двухлетнего мониторинга здоровья 241 ребенка 6-10 летнего возраста (дети, посещающие школу будущего первоклассника, учащиеся первых и вторых классов).



Оценку фактического питания детей провели методом суточного воспроизведения питания, рекомендованным ВОЗ для эпидемиологических исследований у 120 детей 6-10-летнего возраста (Батурин А.К., и др., 1998) Анализ химического состава рационов питания по 68 параметрам осуществили по авторской программе "Диет - мастер" (авторы д.м.н. И.Ш. Якубова, программист А.В. Чернов).

Комплексную оценку состояния здоровья провели в соответствии с приказом МЗ РФ и Министерства образования РФ № 186/272 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях» и положениями приказа Минздрава РФ № 60 «Проведение профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов». Полученные данные проанализировали по классам МКБ X пересмотра.

Пищевой статус детей оценивали на основании показателей физического развития, результатов физикального обследования и комплекса иммунологических, биохимических, психологических, функциональных методов исследования.

Диагностика донозологических состояний включала: оценку состояния вегетативного статуса у учащихся первых классов методом кардиоинтервалографии на аппарате Полиспектр-12 (ООО Нейрософт, г. Иваново) с одновременным исследованием психоэмоционального состояния детей с применением цветового теста Люшера.

Многоэлементный анализ волос на содержание 23 минеральных элементов провели в АНО Центре Биотической Медицины методом атомно - эмиссионной спектрометрии с индуктивно - связанной аргоновой плазмой (г. Москва).

Об активности антиоксидантной системы организма детей судили по данным биохемилюминисценции слюварного теста (I_{max} – максимальная интенсивность свечения исследуемой пробы, S – светосумма хемилюминесценции).

В качестве скрининг-теста для оценки неспецифической резистентности организма использовали слюварный иммунологический тест [Дорофейчук В.Г., 1999] и показатели естественной колонизации буккального эпителия (ЕКБЭ) [Маянский А.Н., 2002].

Статистические расчеты провели средствами параметрического и непараметрического анализа с использованием рекомендованного ВОЗ пакета прикладных программ «ANTHRO», а также «EXCEL 2000», «BIOSTAT».

Результаты и обсуждение. Анализ факторов семейного воспитания выявил изменение ряда режимных моментов у детей с началом обучения в школе: сокращение времени ночного сна (у 37.5% детей) и пребывания на свежем воздухе (у 62.5% первоклассников и 49.0% учащихся 2-х классов), преобладание статических видов деятельности в свободное время (62.1%), нарушения режима питания. По мнению родителей 89.0% детей младшего школьного возраста недополучали мяса, 62.6% - рыбу и морепродукты, 83.5% молочные продукты, 76.9% - фрукты, 78.0% - овощи и 70.3% – соки.

Более 70% времени дети проводят в стенах учебного заведения, поэтому правильная организация школьного питания в сохранении и укреплении здоровья школьников играет немаловажную роль.

Интервал между отдельными приемами пищи у школьников не всегда соответствовал рекомендуемым 3,5-4 часа. Учитывая, что многие учащиеся не получают полноценного домашнего питания, они нуждаются в организации дополнительного или промежуточного питания.

Анализ химического состава школьных рационов показал, что у детей имеет место выраженный дефицит потребления пищевых веществ относительно рекомендуемых норм потребления (РНП): по белку дефицит составил 29.5%, в том



числе 26.0% по животному, по жирам – 20.2%, что связано преимущественно с низким потреблением продуктов животного происхождения в целом, а также за счет недостаточного потребления сливочного масла в натуральном виде. Содержание углеводов в рационе соответствовало 59.9% от РНП, дефицит по энергии составил 33.6%. Доля школьного питания в суточном объеме составляла не более 20% против рекомендуемых 55%. В выходные дни у младших школьников питание было менее дефицитно, чем в будние дни.

При анализе морфофункциональных показателей развития детей установлены отклонения в физическом развитии: дефицит массы тела зарегистрировали у 24.8% детей младшего школьного возраста (15.2% первоклассников и 25.0% второклассников), который сочетался с пониженными показателями кистевой динамометрии у 100.0% детей. Доля учащихся с повышенной и высокой массой тела при нормальных значениях длины тела составила 9.2%.

При анализе сопряженности обеспечения детей эссенциальными компонентами питания с показателями их физического развития выявили прямую связь. Так, в будние дни у детей с повышенной массой тела калорийность питания была статистически значимо ($p=0.0128$) выше за счет большего потребления углеводов ($p=0.0931$), белков животного происхождения ($p=0.0074$) и жиров ($p=0.0034$), доля которых оказалась на верхней границе нормы.

По данным углубленного медицинского осмотра установили высокий уровень патологической пораженности в группе обследованных детей, который составил 5700.0‰, из них - морфофункциональные отклонения - 3416.7‰, хронические заболевания - 2225.0‰. Заболеваемость учащихся была обусловлена патологией опорно-двигательного аппарата (1355.4‰), пищеварительной (1322.3‰), эндокринной (867.8‰) систем, болезнями глаз (471.1‰), в меньшей степени нервной (355.4‰), дыхательной (347.1‰) систем, болезнями кожи и подкожной клетчатки (322.3‰).

У всех обследованных детей выявили наличие от 2 до 8 признаков парциальной нутриентной недостаточности: сниженная масса тела, различной степени выраженности, полигиповитаминозы и микроэлементозы (сухость кожных покровов и слизистых оболочек, ломкость костей и волос, запоры и др.) сопровождающиеся астеновегетативным, интоксикационным синдромами (слабость, быстрая утомляемость, головные боли, нарушение сна и т.д.).

По данным психоассоциативного цветового теста Люшера на третьей неделе обучения у 38.2% первоклассников наблюдалось утомление, 27.3% учащихся испытывали стресс, 38.2% - тревогу на фоне артериальной гипертензии по диастолическому давлению и увеличению частоты сердечных сокращений, что указывало на напряжение центральных механизмов регуляции. Выявили, что 63.6% детей имели нормотонический, 30.3% - симпатикотонический, 6.1% - гиперсимпатикотонический исходный вегетативный тонус.

Данные иммунологического скрининг-теста слюны у детей младшего школьного возраста показали снижение показателей неспецифической резистентности организма в обеих возрастных группах: умеренное снижение иммуноглобулинов класса А (sIgA до 0.268 ± 0.016 , IgA до 0.023 ± 0.002) и лизоцима (до 45.9 ± 0.805). Коэффициент сбалансированности (Ксб), соответственно колебался от 2.6 до 3.9 (при норме 0.1-1.1). Наличие иммунного дисбаланса у младших школьников подтверждалось значительным разбросом показателей ЕКБЭ (от 20 до 160).

По содержанию в волосах детей младшего школьного возраста 23 химических элементов выявили микроэлементный дисбаланс разной степени выраженности,



который свидетельствует об эколого – социальной направленности этих нарушений. Наибольшее значение в дисбалансе микроэлементов имел дефицит таких эссенциальных элементов, как селен (у 54.8% детей), кальций (72.3%), цинк (67.4%), магний (66.8%), марганец (48.2%), калий (53.3%), медь (58.3%), фосфор (65.3%), железо (34.7%), кобальт (у 21.1% детей дефицит и у 78.9% - предефицит).

Таким образом, в процессе исследования по совокупности морфологических, физиологических, биохимических показателей было выявлено изменение структуры, функции, резистентности и адаптационных резервов детей в зависимости от их количественной и качественной адекватности питания. В результате установлен недостаточный пищевой статус у 90.0%, избыточный у – 10.0% детей.

С целью оптимизации питания детей начальных классов в условиях общеобразовательной школы был разработан и внедрен 2-х недельный рацион питания, обогащенный микронутриентами. Предлагаемый рацион питания имеет особое значение для детей, проживающих на территориях экологического (природно-климатического, антропогенного) и социального риска, а также при дефиците потребления натуральных овощей и фруктов.

Предложенные рационы завтраков и обедов обеспечивают 55% от суточной физиологической потребности в пищевых веществах и энергии для возрастной группы детей 6-10 лет, обогащены витаминно- минеральными комплексами и продуктами с лечебно - профилактической направленностью из криопорошков «Яичная скорлупа» (источник кальция), «Укроп» (бета – каротин), «Морская капуста» (йод), чайными напитками «Витаминный», «Обменный», «Вечерний» (биофлавоноиды, аскорбиновая кислота).

Предложенные примерные меню практически по всем основным пищевым веществам и энергии соответствуют рекомендуемым нормам потребления, поэтому набор продуктов, использованный в указанных меню, может быть рекомендован как нормативный.

В результате реализации программы лечебно-профилактического питания у младших школьников, проводимой на протяжении всего учебного года (9 месяцев) получили статистически значимые сдвиги: достигли снижения количества дней, пропущенных по болезни ($p=0.057$) и продолжительности одного случая заболевания ($p=0.024$) по отношению к группе контроля.

У детей группы оздоровления показатели физического развития к концу учебного года остались стабильными, в то время как в группе контроля доля детей с нормальным физическим развитием уменьшилась с 66,7% до 50% за счет увеличения доли детей со сниженной и низкой массой тела с 11,8% до 29,4%.

Повышение неспецифической резистентности с нормализацией показателей Ксб (до 1.0; $p=0.00$), лизоцима, sIgA, ЕКБЭ ($p=0.022$) получено у 65,5% детей группы оздоровления, повышение активности антиоксидантной системы у 91,8% ($p=0.000$) детей, в контрольной группе детей статистически значимых различий не получено.

В процессе оздоровительных мероприятий оптимизировать пищевой статус по всему комплексу изучаемых показателей удалось у 50% детей.

Однако у 40% по – прежнему пищевой статус характеризовался недостаточным. Это было связано с наличием у данной группы детей хронических заболеваний, прежде всего со стороны желудочно-кишечного тракта, что затрудняло полное усвоение ряда пищевых веществ и подтверждалось сохранением у некоторых детей дискомфорта со стороны пищеварительной системы, признаков парциальной недостаточности. У этих детей сохранились низкие показатели массы тела,



улучшились, но не стабилизировались показатели неспецифической резистентности, психологического и вегетативного статуса.

Заключение. Полученные результаты убедительно показали необходимость тщательного диспансерного наблюдения и проведения лечебно – реабилитационных мероприятий как у детей с недостаточным, так и избыточным статусом.

В ходе исследования была разработана и апробирована специальная образовательная программа для родителей детей – будущих первоклассников, которая включала курс лекций по здоровому питанию.

Список литературы

1. Баранов А.А. Состояние здоровья детей в современных социально – экономических условиях / Баранов А.А. // Экологические проблемы педиатрии; под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной.- М., 1997.- С.5-15.

2. Воронцов И.М. Диетология развития – важнейший компонент профилактической педиатрии и валеологии детства / Воронцов И.М. //Педиатрия. - №3.-1997.-С.57-61.

3. Конь И.Я Состояние питания и эпидемиология алиментарнозависимых заболеваний у детей России / И.Я. конь, К.С. Ладодо, А.Н. Маринчик, А.А. Баранов // Политика в области здорового питания в России: Сб. материалов международной конф. – М., 1997.-С.15.



КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ

Материалы II Всероссийской с международным участием заочной научно-практической конференции

Электронный сборник материалов II Всероссийской с международным участием
заочной научно-практической конференции/ под редакцией з.д.н. РФ, проф. В.С.

Лучкевича. – СПб., 2015. – 352 с.

http://www.szgmu.ru/rus/pdo/k/60/kafedra_obschestvennogo_zdorowyya