

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОДВИЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

**Материалы V Международной
научно-практической конференции**
(Гомель, 15–16 мая 2014 года)

Выпуск 5

Гомель
ГомГМУ
2014

УДК 614.2

Материалы конференции включают результаты анализа проблем и перспектив администрирования здравоохранения на местном, региональном, национальном и глобальном уровнях, новые технологии формирования здорового образа жизни, проблемы социально-значимых заболеваний, вопросы качества жизни населения, психологии здоровья, сохранения здоровья мужского населения, а также оценки рисков для здоровья и меры профилактики.

Редакционный совет: **А. Н. Лызиков** — доктор медицинских наук, профессор, ректор; **Т. М. Шаршакова** — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; **И. А. Чешик** — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий научно-исследовательским сектором; **В. А. Подоляко** — кандидат медицинских наук, доцент, декан лечебного факультета; **Д. Ю. Рузанов** — кандидат медицинских наук, доцент, проректор по лечебной работе.

Рецензенты: доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения учреждения образования «Витебский государственный медицинский университет» **В. С. Глушанко**, доктор психологических наук, профессор, ведущий научный сотрудник объединенного института проблем информатики НАН Беларуси **Г. В. Лосик**



Мы приветствуем ученых из разных стран, делегатов и участников V Международной конференции «Современные подходы к продвижению здоровья» на Гомельщине и надеемся, что обсуждение актуальных вопросов, связанных с разработкой новых технологий в общественном здравоохранении и профилактике заболеваний, поможет найти новые решения данной проблемы, разработать эффективные пути профилактики социально значимых заболеваний.

С уважением,
А. Н. Лызи́ков
ректор университета
профессор, академик РАЕН

Дорогие коллеги!

Сердечно приветствуем Вас на V Международной конференции «Современные подходы к продвижению здоровья» и благодарим за интерес, который Вы проявили к конференции!

Целью конференции является распространение научных достижений в области организации медицинской помощи, профилактики социально-значимых заболеваний и продвижения здоровья, а также установление международных контактов в сфере общественного здравоохранения и определение области возможного сотрудничества.

Выражаем надежду, что это предоставит возможности и перспективы для эффективной работы в области общественного здравоохранения в Беларуси.

Мы рады приветствовать всех участников!

Тамара Шаршакова
профессор Гомельского государственного
медицинского университета,
координатор конференции





V Международная конференция «Современные подходы к продвижению здоровья» представляет собой важную культурную и научную встречу, в работе которой мне выпала честь принимать участие третий раз.

Для того, чтобы лучше использовать свой потенциал здоровья, мы должны уделять наибольшее внимание таким детерминантам как стиль жизни, социальная сеть, определяемая теплыми, сердечными отношениями который каждый из нас должен стремиться строить с другими людьми в обществе. А это, в свою очередь, оказывает влияние на индивидуальное и коллективное качество жизни, улучшение социальных и экономических условий, как отдельных людей, так и общества в целом, общества, ориентированного на справедливость в удовлетворении потребностей граждан, ориентированного на социальную справедливость. На этой конференции выделены оптимальные направления работы и темы, посвященные охране, защите и продвижению здоровья.

*Никола Комодо,
профессор Флорентийского
государственного университета,
Италия*

Уважаемые коллеги!

Практически в каждой стране мира сталкиваются с проблемами предоставления гражданам качественной медицинской помощи, в которой население так нуждается. И это очень не простая задача для здравоохранения. Конечно, в ходе конференции мы не сможем найти решения абсолютно всех трудностей, с которыми вы сталкиваетесь каждый день. Тем не менее, я надеюсь, что участие в конференции позволит вам найти оптимальные решения некоторых из этих проблем. И, что очень важно — вдохновение, чтобы работать лучше и более эффективно в сфере общественного здравоохранения.

Желаю вам всем плодотворной работы!

*Марцин Кауч,
профессор Ягеллонского университета,
г. Краков, Польша*



УДК 314.144

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ВЫЗОВ ВРЕМЕНИ*Абрамов Б. Э., Подоляко В. А.*

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Человечество стареет все стремительнее. В начале 80-х годов проблема старения населения Земли стала предметом специального рассмотрения ООН. Так, по данным ООН, в 1950 г. в мире проживало приблизительно 200 млн человек в возрасте 60 лет и старше, к 1975 г. их количество возросло до 550 млн человек, в 2006 г. — до 688 млн человек. Сейчас количество людей в мире, возраст которых превышает 60 лет, составляет около 10 % от общего числа жителей планеты. По прогнозам, к 2025 г. численность людей старше 60 лет достигнет 1 млрд 100 млн человек, а к 2050 г. — 2 млрд (21 %). Ожидается, что к 2050 г. в этой возрастной категории будет каждый пятый, а к 2150 г. — каждый третий житель нашей планеты. По сравнению с 1950 г. их численность возрастет более чем в 5 раз, тогда как население планеты увеличится только в 3 раза [1, 10]. К 2050 г. впервые за всю историю человечества пожилых людей в мире станет больше, чем детей. Это значит, что численность населения будет поддерживаться главным образом не за счет рождаемости, а за счет долгой продолжительности жизни. Главные причины постарения населения — снижение рождаемости, увеличение продолжительности жизни лиц старших возрастных групп благодаря прогрессу медицины, повышению уровня жизни населения. В мире наблюдается беспрецедентная тенденция увеличения продолжительности жизни. С 1950 по 2010 гг. ожидаемая продолжительность жизни на общемировом уровне увеличилась с 46 до 68 лет. По прогнозам, к концу нынешнего века она достигнет 81 года [5]. Старение населения сопровождается гендерным дисбалансом. В условиях нашей страны, когда средняя продолжительность жизни женщин более чем на 12 лет больше, чем у мужчин, пожилая семья, чаще всего заканчивается женским одиночеством [3]. Никакая высокая продолжительность жизни не может сохранить нацию или население планеты. Эту функцию выполняет только рождаемость.

Откуда такие перекосы в демографии? Возможно, все дело в «ментальном кризисе». Эпоха роста населения — это пора накопления материальных благ. Если посмотреть динамику роста мирового населения с этапа достижения первого миллиарда в XIX в., то к нынешнему моменту оно увеличилось всего в 7 раз. Доходы людей за тот же период выросли почти в 20 раз. И это, несмотря на две мировые войны [1]. На фатальный демографический процесс человечество отвечает бунтом. Молодежь не желает взрослеть и упивается игрушками. В обществах с низкой рождаемостью уже появился неприятный феномен: молодые люди не умеют и не хотят заботиться о пожилых. Люди постарше увлечены омолаживающими технологиями. Индустрия красоты популяризирует пластическую хирургию и продвигает «младенческий» стиль одежды. Геронтологи переживают звездный час.

Контуры будущего мира видны уже сейчас. По прогнозу американского экономиста Питера Друкера юность в 2050 г. будет продолжаться до 35 лет, взросление наступать в 50, а пенсия — отодвигаться за 70 [2]. Некоторые эксперты считают пенсии в устоявшемся виде неприлично дорогой услугой. Ведь они вводились, когда далеко не все доживали до заслуженного отдыха, а большинство доживших пользовались его благами всего несколько лет. Поколение вступающих на рынок труда было заведомо крупнее выходявшего на пенсию. Сегодня — другая возрастная структура, другие государства, другие экономики, другие обыватели с другими горизонтами желаний. Проблемы похожи. Министр финансов Японии Т. Асso как-то высказался: «Надо позволить людям старшего возраста быстрее умереть. Таким образом они смогут снизить нагрузку на систему социальной помощи...». Вот что значит умереть от стыда — умереть, зная, что твоя жизнь слишком дорого обходится государству [7].

П. Грушник, первый заместитель Министра труда и соцзащиты РБ отметил: «Мы четко видим увеличение нагрузки на экономически активное население страны, систему здравоохранения и систему социальной защиты. Значительные потери трудового потенциала в целом могут привести к дефициту трудовых ресурсов, сдерживанию темпов инновационного развития экономики и территориальному дисбалансу». Есть способ увеличения прироста населения: отключить электричество, отопление. И сэкономить можно, и увеличить человеческие ресурсы [6]. Уже в январе 2013 г. цены на продовольственные товары выросли на 3 % (сразу на четверть годового прогноза), тарифы на отопление — на 5 %, электроснабжение — на 9,5 %, газоснабжение — на 8,6 %, а затем введены дифференцированные тарифы на электроэнергию и водоснабжение, т. е. по итогам февраля мы наблюдаем очередной виток инфляции. Без услуг ЖКХ тарифы на платные услуги населению увеличились в январе на 6,1 %. В частности, на 2,7 % подорожали бытовые услуги, на 4,3 % — пассажирский транспорт, на 12,3 % — медицинские услуги, на 7 % — санаторно-оздоровительные услуги, на 4,9 % — услуги культуры, на 22,2 % — услуги связи, на 5,2 % выросли цены на бензин. За 2012 г. цены на лекарство выросли на 27,8 %. Старики иногда с иронией благодарят правительство «за короткую старость» [8].

Ныне господствует точка зрения, что старики — это обуза для общества. В книге «Мир в 2050 году», написанной журналистами The Economist, говорится об обратном. К 2050 году в большинстве стран госрасходы, связанные с возрастом (пенсии, здравоохранение, долгосрочный уход) сократятся по сравнению с 2010 г. Во Франции с нынешнего 31 % ВВП до 24, в Германии с 29 % ВВП до 18, в США с 18 % ВВП до 10, так как на пенсию тогда будет выходить нынешнее малочисленное поколение, при этом развитые страны будут продолжать притягивать молодых эмигрантов [2]. Эксперты ООН полагают, что старение населения и растущая доля женщин в пожилом населении представляют собой беспрецедентное изменение социальной структуры всех обществ, чреватое далеко идущими последствиями. Все это свидетельствует о том, что особым потребностям и проблемам пожилых людей необходимо уделять особое внимание. Лекарство от демографических «болезней» — укрепление института семьи.

Думается, всем необходимо отчетливо понимать, что демографическими процессами нельзя управлять так же легко, как другими социальными явлениями. В силу исторической длительности решения проблемы демографического кризиса сегодня на первый план должны выходить вопросы более продуктивного использования человеческого потенциала. Не менее важно и то обстоятельство, что большинство людей пожилого возраста могут и должны вносить важнейший вклад в функционирование общества, но для этого им должны быть гарантированы соответствующие условия. Необходимо помнить, что пожилые люди являются мощным ресурсом нашего общества, благосостояние которого во многом зависит от правильного распоряжения данным ресурсом.

Пожилые люди в силу многочисленных причин не могут успешно конкурировать на рынке труда, однако, несмотря на это, используя свое конституционное право на труд, более половины (около 12 %) от общего количества лиц старше трудоспособного возраста продолжают трудиться, пополняя когорту экономически активного населения страны [9]. Сегодня принципиально важным является разработка государственной политики, направленной на создание условий для реализации творческого и трудового потенциала пожилых людей, обеспечение экономических предпосылок достойной жизни в пенсионном возрасте. Поэтому одной из форм социальной защиты пожилых людей должна быть также их трудовая реабилитация, поскольку повышение качества жизни пожилых людей возможно, наряду с другими условиями, лишь при условии достаточного их материального обеспечения.

Основное «достижение», которое можно приписать нашей цивилизации, — это то, что зло приобрело пристойный вид. Для примера: сегодня в мире почти миллиард людей голодают. При этом пищи изготавливается столько, что должно было хватить на всех. И есть какое-то молчаливое соглашение, что это нормально, ибо это цена, которую мы обязаны платить за прогресс и комфорт. Во имя прогресса совершается столько зла, что складывается

впечатление — комфортный конец и есть цель сегодняшней цивилизации. Мы пытаемся перенести ответственность и надежды на некую систему — экономическую, политическую. Однако, это очень шаткие системы, основанные на несправедливости, страхах и слабостях человека. И для того, чтобы все это начало разваливаться, необходим лишь слабый толчок. Еще есть надежда, что мы сможем остановиться и понять, к чему мы движемся, и исправить те существенные отклонения, которые ведут нашу цивилизацию к ее неизбежному концу [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Бунт против старости // Русский дом. — 2013. — № 360. — С. 18.
2. Елисеев, И. Мир геронтократов / И. Елисеев // СБ. Беларусь сегодня. — 2011. — № 54. — С. 10.
3. Женщины и мужчины Республики Беларусь: стат. сборник. — Минск, 2010. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.belstat.gov.by>. — Дата доступа: 18.10.2010.
4. Кручкова, Г. Залаты век / Г. Кручкова // Аргументы и факты в Белоруссии. — 2013. — № 11. — С. 10.
5. Обзор ситуации по старению населения за 2006 год. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://un.by/ru/unfra/rescenter/olderpersons>. — Дата доступа: 18.01.2013.
6. Политика // Аргументы и факты в Белоруссии. — 2011. — № 34. — С. 2.
7. Политика // Аргументы и факты в Белоруссии. — 2013. — № 5. — С. 2.
8. Романовский, К. Если совесть не проснется... / К. Романовский // Аргументы и факты в Белоруссии. — 2013. — № 11. — С. 9.
9. Социальное положение и уровень жизни населения Республики Беларусь: стат. сборник. — Минск, 2010. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.belstat.gov.by>. — Дата доступа: 15.01.2013.
10. Building a society for all ages. Second World Assembly on Ageing. Madrid, Spain. 8–12 April 2002. — UN Department of Public information, DPV2264. — March, 2002.

УДК 159.942:[614.253:618]

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ

Ализарчик Т. А.

Учреждение образования
«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»
г. Гомель, Республика Беларусь

Понятие «эмоциональное выгорание» появилось в психологии сравнительно недавно. Впервые этот термин предложил Х. Фреденбергер (Freudenberger, 1974), на него ссылается Н. Е. Водопьянова, для описания деморализации, разочарования и крайней усталости, которые он наблюдал у работников психиатрических учреждений [1].

Синдром профессионального выгорания — совокупность стойких симптомов, проявляющихся в негативных эмоциональных переживаниях и установках относительно своей работы (профессии) и субъектов делового общения. Согласно модели К. Маслач и С. Джексона (Maslach, Jackson, 1986), выгорание представляет собой трехмерный конструкт, включающий эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию личных достижений. Эмоциональное истощение — чувство опустошенности и усталости, вызванное работой. Деперсонализация — циничное отношение к реципиентам (субъектам делового взаимодействия: клиентам, пациентам, ученикам, коллегам, партнерам). В социальной сфере деперсонализация предполагает бесчувственное, негуманное отношение к клиентам, приходящим для лечения, консультации, получения образования и других социальных услуг. Редукция профессиональных достижений — возникновение у работников чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере или неудовлетворенности результатами своей работы [1].

В. Е. Орел отмечает, что в настоящее время существует единая точка зрения на сущность психического выгорания и его структуру. Согласно современным данным, под «психическим выгоранием» понимается состояние физического, эмоционального и умственного истощения, проявляющееся в профессиях социальной сферы. Этот синдром включает три основные составляющие: эмоциональную истощенность, деперсонализацию (цинизм) и редукцию профессиональных достижений [2].

Выгорание является специфическим феноменом, возникающим на фоне эмоционального взаимодействия с реципиентами под влиянием таких факторов, как степень остроты и глубины их проблем, продолжительность и интенсивность контактов с ними. Кратковременный контакт с несколькими пациентами может быть менее стрессогенным, чем глубокий и продолжительный контакт с одним [2].

Согласно мнения Э. А. Соколовой, «Человек, работающий в системе «человек — человек» создает эмоциональный дискомфорт в своей профессиональной деятельности у людей, зависимых от него. Ведь и ученики в классе, и покупатели в магазине, и пациенты в поликлинике зависимы от специалиста, в чьих профессиональных услугах они нуждаются — от учителя, продавца, медицинского работника» [3].

Возникает обман ожиданий у тех людей, надеясь получить профессиональную помощь, вместо этого сталкиваются с черствостью, бездушием, безразличием. Такое положение дискредитирует общественные институты, представителем которых этот человек является, уменьшая, например, доверие и к медицине, торговле и т. д. [3].

Эмоциональное выгорание в медицине представлено в исследованиях Н. Е. Водопьяновой, Е. С. Старченковой, В. Е. Орла, Т. Ю. Фокиной, Э. А. Соколовой, Н. А. Селищевой.

Несмотря на многочисленность исследований эмоционального выгорания в профессии медицинского работника, особенности его протекания недостаточно изучены в такой важной медицинской профессии как акушер-гинеколог и среди среднего медицинского персонала акушерско-гинекологических отделений. Современная медико-демографическая ситуация требует повышения уровня оказания медицинской помощи женскому населению страны. Важную роль при этом играют врачи акушеры-гинекологи, которые несут ответственность за репродуктивное здоровье женщин. Труд гинеколога требует глубоких знаний в области женской репродуктивной системы, высокого профессионализма, он сопряжен и с физическими трудностями. Труд акушера предусматривает высокий уровень ответственности как за здоровье женщины, так и ее ребенка. Ни в одной из медицинских профессий нет такого высокого уровня ответственности непосредственно за жизнь и здоровье сразу двоих человек — матери и ребенка. Если акушер-гинеколог страдает эмоциональным выгоранием — это становится опасным вдвойне. Деятельность врачей акушеров-гинекологов, как и любой другой специализации в медицине, характеризуется существенной эмоциональной нагрузкой. При осуществлении своей профессиональной деятельности, согласно данным И. Н. Селищевой, 75,1 % врачей акушеров-гинекологов иногда или часто испытывают физическое напряжение, 73,4 % — отмечают часто или периодически психоэмоциональное напряжение и стрессовые ситуации, 52,7 % — испытывают чувство психологической подавленности [4].

Однако, несмотря на сложность и эмоциональную напряженность профессии врача акушера-гинеколога, эмоциональное выгорание представителей этой профессии в настоящее время недостаточно изучено. Все это послужило основанием для проведения исследования эмоционального выгорания в профессии медицинского персонала акушерско-гинекологических отделений.

Для исследования была взята выборка, включающая 30 медицинских работников (женщины). Из них 10 врачей акушеров-гинекологов, 10 акушерок и 10 медицинских сестер, работающих в акушерско-гинекологических отделениях (таблица 1).

В исследовании была использована методика В. В. Бойко, которая выявляла эмоциональное выгорание по трем составляющим: фаза напряжения, фаза резистенции и фаза истощения [5].

В результате исследования установлено следующее: фаза напряжения сформирована у 1 (3,33 %) испытуемого, находится в стадии формирования — у 13 (43,33 %) человек и не сформировалась — у 16 (53,33 %).

Фаза резистенции сформировалась у 5 (16,66 %) человек, находится в стадии формирования — у 20 (66,66 %) и не сформировалась — у 5 (16,66 %).

Фаза истощения сформировалась у 4 человек (13,33 %), находится в стадии формирования — у 16 (53,33 %) и не сформировалась — у 10 (33,33 %) человек.

Большинство испытуемых — 25 (83,33 %) человек находится во второй фазе — резистенции. Она сформировалась у 5 (20 %) человек и находится в стадии формирования у 20 (80 %) человек. У данных испытуемых проявляются черты ригидности (9 испытуемых

из 10, имеющих черты ригидности, находятся в этой фазе), которые предположительно можно связать с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями. Эти люди, изначально заинтересованные в решении деловых проблем и желании как можно лучше выполнить свою профессиональную работу, проявляют попытки облегчить или сократить обязанности, которые требуют эмоциональных затрат. К ним приходит ощущение, что эмоционально они уже не могут помогать субъектам своей деятельности, не в состоянии войти в их положение, соучаствовать и сопереживать. Реагирование без чувств и эмоций — наиболее яркий симптом «выгорания».

Переход реакций с уровня эмоций на уровень психосоматики определяет третью фазу. В третьей фазе эмоционального выгорания находятся 20 (66,66 %) человек. У 16 (80 %) из них фаза формируется, а у 4 (20 %) — она сформировалась.

Таблица 1 — Наличие эмоционального выгорания у медицинских работников акушерско-гинекологического профиля

Фазы эмоционального выгорания	Профессии акушерско-гинекологического профиля		
	врач акушер-гинеколог	акушерка	медицинская сестра
Фаза напряжения	1 (3,33 %) человек	0 %	0 %
Фазы напряжения и истощения	1 (3,33 %) человек	0 %	0 %
Фаза резистенции	0 %	4 (13,33 %) человека	1 (3,33 %) человек
Фаза истощения	1 (3,33 %) человек	2 (6,66 %) человека	1 (3,33 %) человек
Фазы истощения и резистенции	0 %	1 (3,33 %) человек	0 %

Из данных таблицы 1 видно, что нет ни одного испытуемого со сформированными тремя фазами. У 8 (26,66 %) человек сформированы одна и более фаз эмоционального выгорания. У 4 (50 %) из них сформирована только фаза резистенции, у 2 (25 %) — только фаза истощения, у 1 (12,5 %) испытуемого — фазы напряжения и истощения, еще у 1 (12,5 %) — фазы резистенции и истощения.

Проведенное исследование показало:

- специалисты акушерско-гинекологического профиля в медицине нуждаются в исследовании эмоционального выгорания на большей выборке;
- необходима работа психолога с медицинским персоналом акушерско-гинекологических отделений по профилактике и коррекции эмоционального выгорания.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Водопьянова, Н. Е.* Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 336 с.
2. *Орел, В. Е.* Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы / В. Е. Орел // Психологический журнал. — 2001. — № 1. — С. 90–101.
3. *Соколова, Э. А.* Общественный смысл эмоционального выгорания / Э. А. Соколова // Актуальные вопросы теоретической и практической медицины: матер. Респ. науч.-практ. конф. (1–2 декабря 2005 г., Гомель). В 2 т. / сост. С. В. Жаворонок [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2006. — Т. 2. — С. 91–92.
4. *Селищева, И. Н.* Комплексная социально-гигиеническая оценка трудового процесса и условий труда врачей акушеров-гинекологов / И. Н. Селищева // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. — 2011. — № 4. — С. 39–45.
5. *Бойко, В. В.* Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В. В. Бойко. — М.: Филинь, 1996. — 472 с.

УДК 616.98:578.828 Н1V – 053.3:618.4

УСТАНОВЛЕНИЕ ВИЧ-СТАТУСА У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Анищенко Е. В., Красавцев Е. Л.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Наиболее значимая причина заражения ВИЧ-инфекцией у детей до 15 лет — это вертикальная передача ВИЧ от матери к ребенку во время беременности. Частота перинаталь-

ной трансмиссии ВИЧ в развитых странах составляет около 15–25 % в год, в развивающихся — 25–45 %. У большинства ВИЧ-инфицированных детей при рождении отсутствуют клинические проявления ВИЧ. Однако у 78 % ВИЧ-инфицированных детей первые симптомы ВИЧ-инфекции появляются уже на первом году жизни [1].

Все дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных женщин, обследуются согласно протоколам «Оптимизация подходов к наблюдению и лечению детей с ВИЧ/СПИДОМ (инструкция по применению)», и регламентирующими документами Министерства здравоохранения (приказы МЗ РБ № 147 от 05.09.2003, № 61-А от 06.02.2004, № 132 от 17.03.2004 и другие) для установления ВИЧ-статуса детям.

Согласно клиническому протоколу для европейского региона ВОЗ «Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе у детей» 2007 г. диагноз ВИЧ-инфекции считается подтвержденным, если ребенок младше 18 месяцев имеет положительный результат в качественной ПЦР ВИЧ как минимум в двух пробах крови (исключая пуповинную), взятых в разное время [3].

В случае обследования детей по контакту с матерью, которой диагноз ВИЧ-инфекции установили после рождения ребенка, по клиническим показаниям, по причине отказа родителей от обследования ребенка, отсутствия диагностикумов для постановки лабораторных исследований ВИЧ-статус устанавливается в более старшем возрасте.

В Республике Беларусь самым неблагополучным, в плане ВИЧ-инфекции, регионом является Гомельская область [2]. По данным отдела профилактики ВИЧ/СПИД ГУ «Гомельский областной центр гигиены и общественного здоровья» на 1.01.2014 г. от ВИЧ-инфицированных матерей в области родилось 1261 детей. На сегодняшний день 125 детям выставлен диагноз ВИЧ-инфекции.

Цель

Анализ сроков установления ВИЧ-статуса у ВИЧ-экспонированных детей и выявление клинических и иммунологических особенностей ВИЧ-инфекции у детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ клинического состояния и лабораторного обследования 117 ВИЧ-инфицированных детей, родившихся в Гомельской области и состоящих на учете в КДК ВИЧ/СПИД ГОИКБ (8 детей умерли).

Антиретровирусная профилактика для снижения перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду применялась только у 62 (53 %) детей. Она включала полную профилактику (и матери, и ребенку, проведена в 21 (18 %) случае — и неполную профилактику (или только матери, или только ребенку в 41 (35 %) случае).

Для оценки стадий ВИЧ-инфекции использовалась клиническая классификация ВИЧ-инфекции у детей до 15 лет (ВОЗ, 2006 г.). В настоящее время по 23 (20 %) ребенка находятся в 1 и 4 клинических стадиях заболевания, 26 (22 %) детей — во 2 клинической стадии и в 3 стадии — 45 (38 %) детей.

Статистический анализ данных проводился с применением пакета прикладных программ «Statistica», 6.0 (StatSoft, USA), с использованием данных непараметрической статистики. Качественные показатели представлялись в виде абсолютного числа наблюдений и доли (%) от общего числа пациентов в соответствующей группе. Для сравнения частот в квадратах 2×2 использовался точный критерий Фишера. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Установление диагноза ВИЧ-инфекции у ВИЧ-экспонированных в Гомельской области началось с 1999 г., когда диагноз ВИЧ-инфекции был установлен 2 детям. В таблице 1 представлены данные о количестве детей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции по годам наблюдения.

На первом году жизни диагноз ВИЧ-инфекции впервые был установлен ребенку только в 2003 г. Всего на первом году жизни диагноз ВИЧ-инфекции был установлен 22 (19 %) детям. Диагноз у них установлен на основании клинических данных и двух положительных результатов ПЦР. В возрасте после одного года диагноз установлен 95 (81 %) детям.

Таблица 1 — Количество детей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции по годам установления

Год установления диагноза ВИЧ-инфекции	Количество детей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции	Количество детей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции на первом году жизни, n (%)	Количество детей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции после первого года жизни, n (%)
1999	2	0	2 (100 %)
2000	3	0	3 (100 %)
2001	3	0	3 (100 %)
2003	3	1 (33 %)	2 (66 %)
2004	17	2 (12 %)	15 (88 %)
2005	13	0	13 (100 %)
2006	8	0	8 (100 %)
2007	15	2 (13 %)	13 (87 %)
2008	7	1 (14 %)	6 (86 %)
2009	9	2 (22 %)	7 (78 %)
2010	11	4 (36 %)	7 (64 %)
2011	11	5 (45 %)	6 (55 %)
2012	6	2 (33 %)	4 (67 %)
2013	8	3 (38 %)	5 (62 %)

В таблице 2 представлены данные по распределению детей по клиническим стадиям (классификации ВИЧ-инфекции, ВОЗ 2006 г.) при выявлении ВИЧ-статуса. Дети с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции на первом году жизни составили 1 группу наблюдений, в сроки после года — 2 группу.

Таблица 2 — Распределение детей по клиническим стадиям (классификации ВИЧ-инфекции, ВОЗ, 2006 г.) при выявлении ВИЧ-статуса

Клиническая стадия (ВОЗ, 2006 г.)	1 группа, n (%), n = 22	2 группа, n (%), n = 95	Уровень P
1	5 (23 %)	30 (32 %)	0,4
2	1 (4 %)	22 (23 %)	0,04
3–4	16 (73 %)	43 (45 %)	0,02

В группе детей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции в возрасте после года достоверно реже встречаются дети с 3 и 4 клиническими стадиями заболевания (45 %, $p = 0,02$), чем у детей до одного года (73 %), и достоверно чаще со 2 клинической стадией (23 %, $p = 0,04$), чем у детей старше года (4 %).

Данные по уровням иммунодефицита у детей в сравниваемых группах представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Распределение детей по уровням иммунодефицита в сравниваемых группах (ВОЗ, 2006 г.)

Уровень иммунодефицита	1 группа, n (%), n = 21	2 группа, n (%), n = 94	Уровень P
Незначительный	1 (5 %)	26 (28 %)	0,02
Умеренный	3 (14 %)	19 (20 %)	0,5
Выраженный	3 (14 %)	20 (21 %)	0,4
Тяжелый	14 (67 %)	29 (31 %)	0,002

Тяжелый иммунодефицит среди ВИЧ-инфицированных детей в возрасте до одного года встречался достоверно чаще (67 %, $p = 0,004$), чем у детей более старшего возраста (31 %).

Заключение

На первом году жизни диагноз ВИЧ-инфекции был установлен только 22 (19 %) детям. У этих детей достоверно чаще регистрируется 3 и 4 клиническая стадия заболевания (73 %, $p = 0,02$), чем у детей до одного года (45 %) и достоверно чаще встречался тяжелый иммунодефицит (67 %, $p = 0,004$), чем у детей более старшего возраста (31 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. ВИЧ-инфекция у взрослых и детей / Н. В. Магиевская [и др.] // Оппортунистические инфекции и заболевания: пособие для студентов лечебного, педиатрического, мед.-психол. и мед.-диагн. факультетов. — Гродно: ГрГМУ, 2011. — 400 с.
2. Тумаш, О. Л. Анализ летальности ВИЧ-инфицированных в Гомельской области / О. Л. Тумаш, С. В. Жаворонок, Е.И. Козорез // ARSmedica. — 2009. — № 8(18). — С. 16–18.
3. Eramova, I. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе: клинические протоколы для европейского региона ВОЗ / I. Eramova, S. Matis, M. Munz. — Всемирная организация здравоохранения, 2007. — С. 552.

УДК 614.1-614.39

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БАЗЫ ДАННЫХ ГОСУДАРСТВЕННОГО НАУЧНОГО АВТОМАТИЗИРОВАННОГО РЕГИСТРА НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА, ПОДВЕРГШЕГОСЯ ДЕЙСТВИЮ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ, И ЕДИНОГО РОССИЙСКОГО ЧЕРНОБЫЛЬСКОГО РЕГИСТРА

Апсаликов Р. К., Белихина Т. И., Мулдагалиев Т. Ж., Пивина Л. М.

Учреждение образования

«Государственный медицинский университет»

Учреждение

«Научно-исследовательский институт радиационной медицины и экологии»

г. Семей, Республика Казахстан

С 1945 г., когда над Хиросимой и Нагасаки были взорваны атомные бомбы, исчисляется время применения атомного оружия в войне. Испытания ядерного оружия на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне (СИЯП) и других полигонах мира продолжило применение атомной энергии в масштабах, когда территории большинства стран подвергались радиоактивному загрязнению, а население — действию радиации в различных дозах [1, 2]. Трагедия на Южном Урале в середине 50-х годов явилась причиной загрязнения обширных территорий России радиоактивными веществами. Во всех случаях применения атомного оружия в войне, испытаниях ядерного оружия, радиационных авариях и катастрофах перед Правительствами пострадавших стран стояли 4 главные задачи:

- определение территорий, характера и объемов радиоактивных загрязнений;
- количество пострадавшего населения;
- оценка медико-демографических и экологических масштабов последствий;
- проблемы ликвидации последствий и минимизации медико-демографических последствий.

В кругу вышеуказанных проблем особое и наиболее важное место занимает создание базы данных (регистров) численного и возрастно-полового состава облучавшегося населения, расчетов эффективных эквивалентных доз облучения, учет характера и объемов медико-демографических последствий. В этой связи давно существуют и функционируют соответствующие регистры в Хиросиме и Нагасаки, на Южном Урале. В конце 90-х годов в Казахстане сложилась ситуация, связанная с необходимостью оценки последствий деятельности СИЯП и их ликвидации. После радиоэкологической катастрофы на Чернобыльской АЭС также возникла острая необходимость разработки механизма учета пострадавших территорий и населения.

Практически одновременно в Казахстане, России и Беларуси создаются государственные регистры подвергавшегося облучению населения с долговременным учетом лиц, непосредственно подвергавшихся радиационному воздействию и их последующих поколений, расчетам дозовых нагрузок с организацией мониторинга состояния здоровья.

В настоящем исследовании представлены основные характеристики Государственного научного автоматизированного медицинского регистра населения Казахстана, подвергавшегося радиационному воздействию (ГНАМР) и Единого Чернобыльского регистра России и Беларуси, так как современные демографические процессы являются причиной миграции части населения, пострадавшего от деятельности СИЯП и аварии на Чернобыльской АЭС из России в Казахстан и наоборот.

Целью создания ГНАМР является: обеспечение долговременного персонального учета лиц, непосредственно подвергавшихся радиационному воздействию, и их последующих поколений, расчет доз облучения и мониторинг состояния здоровья [3, 4].

ГНАМР создан в НИИ радиационной медицины и экологии с 2002 г. при участии специалистов Хиросимского университета. Программное обеспечение для создания регистра было разработано в отделе информационных технологий Организации по изучению радиационных эффектов (Хиросима). В 2012 г. проведена модернизация программного обеспечения регистра (переработано клиентское приложение, изменена структура баз данных, реализована возможность расширения структуры программы, введено автоматическое обновление сервера); усовершенствованы технические возможности регистра (реализован автоматический поиск регистранта по шести параметрам в различной их комбинации, введены пользовательский учет внесения данных в ГНАМР, отчетно-статистическая выборка по месту проживания и жизненному статусу, реализована возможность автоматического формирования групп лиц по 10 параметрам; расширены пути сбора информации.

На сегодняшний день регистр располагает персональными паспортно-регистрационными, медицинскими и дозиметрическими данными на 278 909 человека, которые представлены в: подрегистре лиц, проживающих в настоящее время — 183 261 человек, подрегистре смертности — 95 648 человек.

Созданная база данных содержит информацию на каждого ее члена: регистрационные данные (ИИН, источник поступления информации, фамилия, имя, отчество, национальность, дата рождения, место рождения, пол), радиационный маршрут, медицинская (диагноз основного, сопутствующего, хронического заболевания, инвалидность, результаты цитогенетических исследований) и дозиметрическая информация (эффективная эквивалентная доза, результаты измерения СИЧ), семейные связи (родители, браки, дети), данные об образовании и профессиональной деятельности, официальные документы (удостоверение личности и полигонное удостоверение, свидетельство о рождении и смерти, трудовая книжка, военный билет, аттестат, диплом и т. п.).

Основной целью создания Единого Чернобыльского регистра России и Беларуси является: осуществление совместного мониторинга состояния здоровья пострадавшего населения и получение достоверных данных о медико-биологических последствиях Чернобыльской катастрофы [5].

Единый регистр обеспечивает:

- информационную поддержку при выработке управленческих решений органами исполнительной власти Российской Федерации и Республики Беларусь по минимизации медицинских последствий аварии на ЧАЭС и повышению эффективности медицинской помощи гражданам Союзного государства, подвергшимся радиационному воздействию;
- создание и поддержку функционирования медико-дозиметрических банков данных по медицинским последствиям аварии на ЧАЭС на территории Союзного государства;
- проведение совместных крупномасштабных радиационно-эпидемиологических исследований по оценке дозовой зависимости и прогнозированию медицинских последствий для облученных граждан Союзного государства.

В задачи Единого регистра входят:

- разработка единых протоколов ввода, анализа и обмена персональными и популяционными данными между Российским государственным медико-дозиметрическим регистром и Белорусским государственным регистром лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС;
- создание объединенных баз данных Единого регистра, содержащих персональную информацию по случаям заболеваний, выявленным в послеаварийный период;
- создание объединенного банка данных медико-демографической информации Единого регистра;
- поддержание в актуальном состоянии всех создаваемых баз и банков данных Единого регистра;

— создание программно-математического обеспечения по статистическому и радиационно-эпидемиологическому анализу данных Единого регистра;

— проведение совместных научно-практических исследований и совместный анализ собранной в базах и банках данных Единого регистра информации.

Таким образом, обе базы данных идентичны по целям и задачам, а их структурное распределение отвечает необходимости выполнения мероприятий по четырем радиационно-гигиеническим и медико-демографическим ситуациям, сложившимся в связи с испытаниями ядерного оружия и аварией на Чернобыльской АЭС: реконструкция и расчет доз облучения населения; установление количественного состава групп радиационного риска; оценка медико-демографических последствий; профилактика индуцированных радиацией заболеваний и реабилитация пострадавшего населения.

Обе базы данных являются адекватными и их основные положения позволяют выполнять комплексы радиационно-гигиенических и медико-демографических мероприятий для групп радиационного риска, сформированных в результате испытаний ядерного оружия и аварии на ЧАЭС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Испытания ядерного оружия и ядерные взрывы в мирных целях СССР, 1949–1990 гг. / под ред. В. Н. Михайлова // Российский федеральный ядерный центр. — 1996.
2. Медицинские последствия деятельности Семипалатинского испытательного ядерного полигона / Т. И. Белихина [и др.] // Радиоактивность и радиоактивные элементы в среде обитания человека: матер. IV Междуна. конф. (Томск, 4–8 июня 2013 г.). — Томск: Томский политехнический университет, 2013. — С. 83–87.
3. Апсаликов, К. Н. О базе данных регистра населения, подвергавшегося радиационному воздействию на территориях, прилегающих к Семипалатинскому ядерному полигону / К. Н. Апсаликов, Т. К. Рахыпбеков // Хроническое радиационное воздействие: эффекты малых доз: матер. IV Междунар. науч.-практ. конф. (Челябинск, 9–11 ноября 2010 г.). — Челябинск, 2010. — С. 63–68.
4. Автоматизированная система персонализированного учета лиц, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, и их потомков / Т. Ж. Мулдагалиев [и др.] // Радиоактивность и радиоактивные элементы в среде обитания человека: матер. IV Междунар. конф. (Томск, 4–8 июня 2013 г.). — Томск: Томский политехнический университет, 2013. — С. 377–379.
5. Интернет-ресурс: <http://www.rosbelreg.org/registry.html>.

УДК 616.36-004-036.22-071(574.41)

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ И НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ В РЕГИОНЕ ПОВЫШЕННОГО РАДИАЦИОННОГО РИСКА ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Баркибаева Н. Р., Жумадилова З. К., Кулмагамбетов А. О., Касым Л.

Учреждение образования
«Государственный медицинский университет»
г. Семей, Республика Казахстан

Введение

Широкая распространенность этиологических факторов [1], прогрессирующее течение и неблагоприятный исход [2] и высокая летальность [3, 5] при циррозах печени (ЦП) обуславливают актуальность проблем хронических заболеваний печени в современной медицине [4]. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 гг. «Саламатты Казахстан» приоритетным направлением [5] устранения причин низкого качества и продолжительности жизни граждан республики, высокой распространенности, поздней диагностики и тяжести течения вплоть до инвалидизации отметила совершенствование диагностики, лечения и профилактики хронических заболеваний печени: вирусных гепатитов с исходом в циррозы и гепатоцеллюлярную карциному.

Цель

Оценка характера течения и прогнозирование тяжести ЦП.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе медицинского центра ГМУ г. Семей и составило 10 лет: с 2000 по 2010 гг. Всего в него было включено 1127 больных, из которых 30,3 % — с хроническими гепатитами, в том числе вирусными — 39,7 %, алкогольными — 44,1 %, неалкогольными стеатогепатитами — 9,3 %, аутоиммунными — 6,7 %, ЦП — 69,7 %. В основу дизайна были положены обсервационные продольные, когортные исследования. Определялись эпидемиологические показатели, клинические проявления, иммуногенетический профиль, оценивалась степень тяжести в зависимости от возраста, пола, этиологических факторов, этнической принадлежности.

Результаты исследования и их обсуждение

Развитие ЦП и течение заболевания имели ряд особенностей в зависимости от этнической и гендерной принадлежности. Так, вирусная этиология ЦП преобладала у женщин казахской национальности и составила 31,33 %, в то время как у славянок — 7,14 %, а у мужчин — 17,93 и 10,0 % соответственно. У больных с вирусной этиологией ЦП преобладало в 2/3 случаев инфицирование VВН и в 1/3 — VСН. Средний возраст женщин составил $52,18 \pm 7,3$ года, с манифестацией клинических проявлений за $8,8 \pm 0,7$ года, у мужчин соответственно — $48,65 \pm 3,5$ и $5,7 \pm 1,2$ года. По классу тяжести согласно критериям Чайльда-Пью у мужчин преобладали «С» в 38,46 % и «В» в 69,23 % случаев, в то время как у женщин класс «С» встречался у 44,68 %, «В» — у 38,30 % и «А» — у 17,02 % больных. То есть ЦП вирусной этиологии у мужчин протекал тяжелее, что может быть обусловлено помимо вирусного дисбиоза поражением печени, сочетающим также токсическую природу.

Из клинических критериев у всех больных наблюдались признаки портальной гипертензии, которые у мужчин-казахов в 87,53 % проявлялись асцитом и в 62,18 % случаев — варикозным расширением вен пищевода. У лиц славянской национальности признаки асцита обнаруживались реже — у 60 %, а варикозное расширение вен пищевода — у 73,33 %, осложнявшиеся в 40 % случаев кровотечением (рисунок 1). Особенностью течения циррозов у женщин являлось преобладание спленомегалии с гиперспленизмом у казашек — 57,21 %, в то время как у славянок он составил 39,93 %. В сравнении признаки гиперспленизма у мужчин обеих этнических групп были сопоставимы (18,33–15,32 %). Вместе с тем у казашек отмечалась высокая частота выраженного цитолитического синдрома (65,06 %). Желтушный синдром с признаками холестаза преимущественно был характерен для больных славян, как женщин (61,54 %), так и мужчин (43,24 %).

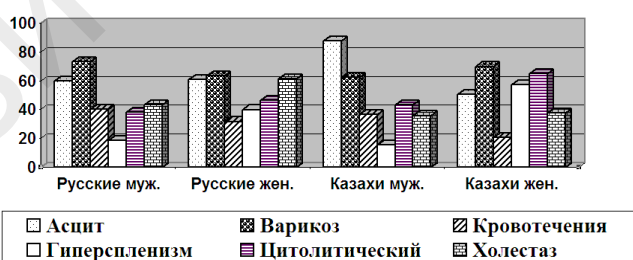


Рисунок 1 — Особенности течения цирроза печени в зависимости от пола и этнической принадлежности

Одной из причин формирования ЦП вследствие развития жировой дистрофии печени может являться сахарный диабет. У женщин, по нашим наблюдениям, признаки цирроза печени разворачивались быстрее, однако тяжесть течения преобладала у мужчин, что заметно отражается в лабораторных критериях. Хотя, в целом циррозы печени данной этиологии реже приводили к осложнениям. Как видно из данных таблицы, признаки цитолитического синдрома и уровень гипербилирубинемии наряду с холестатическим синдромом были более выражены у женщин с вирусным поражением печени. Токсические и метаболические поражения печени у мужчин протекают тяжелее, хотя явления интоксикации у женщин бывают более выражены.

Гематологические показатели ЦП в зависимости от этиологии и гендерного распределения представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Лабораторные показатели циррозов печени

Показатель	Вирусные		Токсические		Метаболические	
	муж.	жен.	муж.	Жен.	муж.	жен.
Нб	70,9 ± 5,5	108,3 ± 3,7	74,15 ± 5,2	123,74 ± 7,2	110,6 ± 7,8	122,8 ± 8,5
Лейкоциты	5,49 ± 0,7	4,5 ± 0,5	9,48 ± 1,1	13,38 ± 1,5	8,12 ± 1,2	5,08 ± 0,7
СОЭ	23,96 ± 3,3	21,53 ± 4,2	42,16 ± 3,7	51,73 ± 2,9	34,6 ± 5,2	16,2 ± 2,9
Билирубин	69,23 ± 5,8	87,23 ± 4,5	116,60 ± 8,5	123,74 ± 7,5	54,54 ± 3,3	22,14 ± 4,5
АлТ	32,21 ± 3,7	43,57 ± 3,7	78,02 ± 5,7	40,4 ± 6,2	57,85 ± 4,7	59,17 ± 3,9
АсТ	38,06 ± 4,5	83,91 ± 2,1	135,85 ± 8,2	63,87 ± 3,4	100,93 ± 7,8	47,1 ± 4,1
Тимоловая	7,91 ± 0,8	8,8 ± 0,2	15,1 ± 1,4	9,6 ± 1,1	11,37 ± 0,9	5,9 ± 0,6

Изучение клеточного и гуморального звеньев иммунного статуса выявило их неоднородность у больных в зависимости от этиологии заболеваний печени. Так, у всех больных с хронической патологией печени нами обнаружены равномерное снижение числа лимфоцитов СД3+, СД4+ (рисунок 2), уровень СД8+ был достоверно выше только у больных с вирусными заболеваниями печени, что свидетельствует о преобладании Т-цитотоксической активности над Т-хелперной. Напротив, количество СД16+ у всех больных было низким, в большей степени наряду с числом В-лимфоцитов они снижались при образованиях печени.

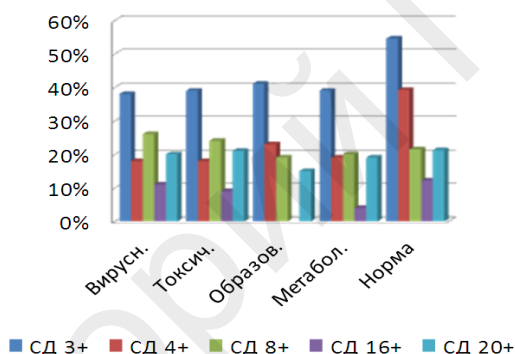


Рисунок 2 — Показатели клеточного иммунитета в зависимости от этиологии заболеваний печени

Между тем, высоко достоверное увеличение количества ЦИК помимо больных с аутоиммунными гепатитами наблюдалось также при образованиях печени в 1,8–1,6 раза, что могло быть обусловлено паранеопластическим синдромом. У больных с вирусными и токсическими гепатитами наряду с сопоставимым повышением концентрации циркулирующих иммунных комплексов было обнаружено увеличение иммуноглобулинов всех классов. Тогда как при аутоиммунных гепатитах вместе с гетерофильными антителами достоверно нарастало лишь количество Ig G. Качественные показатели фагоцитарной активности были снижены при всех хронических заболеваниях печени и в большей степени при аутоиммунных гепатитах, наиболее чувствительным тестом, определяющим качество фагоцитоза, служил РТМЛ (таблица 2).

Таблица 2 — Показатели гуморального звена и фагоцитарной активности

Показатели	Норма	Вирусн.	Токсич.	Аутоиммун.	Образов.	Метабол.
ЦИК	49,7	73,4 ± 12,5	77,8 ± 8,3	90,5 ± 15,2	81,2 ± 13,7	69,5 ± 9,5
Гетероф. АТ	1:8	1:29	1:8	1:148	1:8	1:2
Ig A	0,95	1,82 ± 0,03	2,04 ± 0,01	1,0 ± 0,008	1,35 ± 0,02	2,1 ± 0,07
Ig M	1,90	4,87 ± 0,08	4,25 ± 0,03	2,87 ± 0,007	2,14 ± 0,007	5,24 ± 0,03
Ig G	15,25	17,75 ± 4,1	18,31 ± 6,5	19,87 ± 3,9	16,25 ± 5,2	14,25 ± 3,7
РТМЛ	21,4 %	7 ± 0,9 %	6 ± 0,5 %	6 ± 0,8 %	10 ± 0,6 %	3 ± 0,5 %
ФЧ	2,9	2,0 ± 0,07	2,5 ± 0,09	1,6 ± 0,01	2,1 ± 0,03	2,1 ± 0,08
ФИ	41,5 %	33 ± 8,3 %	36 ± 10,7 %	34 ± 7,2 %	34 ± 9,5 %	35 ± 3,3 %
НСТ-тест	5,3 %	5,5 ± 0,6 %	4,5 ± 0,9 %	5 ± 0,08 %	3 ± 0,1 %	6 ± 0,09 %

Таким образом, на тяжесть течения заболеваний печени, обусловленную иммуногенетическими факторами, помимо продолжительности и этиологии влияют гендерные и этнические различия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров, А. Н. Этиологическая структура циррозов печени по результатам пятнадцатилетнего наблюдения / А. Н. Бобров, С. А. Белякин, С. В. Плюснин // Вестник Российской военно-медицинской Академии. — 2011. — № 1 (33). — С. 76–80.
2. Зайцев, И. А. Лечение хронического вирусного гепатита В нуклеозидными аналогами / И. А. Зайцев // Сучасні інфекції. — 2009. — № 2. — С. 98–101.
3. Рачковский, М. И. Прогнозирование выживаемости при циррозах печени различной этиологии: дис. ... д-ра. мед. наук / М. И. Рачковский. — М., 2009. — С. 220.
4. Ивашкин, В. Т. Клиническая гепатология сегодня и завтра / В. Т. Ивашкин, А. О. Буеверов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колонопроктологии. — 2002. — № 1. — С. 4–9.
5. Организация первичной медико-санитарной помощи населению. Роль ПМСП в реализации государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 гг. / Учебно-методический комплекс. Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Инновационно-образовательный консорциум «АГИУВ-КАЗНМУ-НЦ-НИИ-РМК», Алматы, 2011.

УДК 616.89-008.441.33-053.81-084

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ

Батавина И. А., Тимошилов В. И.

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Курский государственный медицинский университет»
г. Курск, Российская Федерация

Профилактические мероприятия, направленные на борьбу с наркоманией и выявление наркопредрасположенности в подростковой среде, должны подвергаться тщательному контролю со стороны организаций, отвечающих за их проведение, и со стороны вышестоящих инстанций [2, 3]. Анализ самооценки молодежью проведенных мероприятий необходим как в оценке их эффективности, так и для обеспечения преемственности и информационного взаимодополнения [1, 3, 6]. Самооценка молодежью качества профилактической работы основывается на двух взаимодополняющих составляющих: субъективной и объективной удовлетворенности целевой аудитории (рисунок 1).

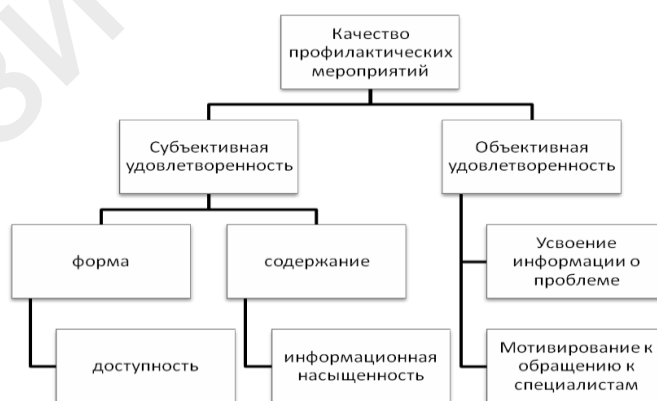


Рисунок 1 — Структура качества профилактических мероприятий

Удовлетворенность формой и содержанием мероприятий, и соответственно насыщенностью и доступностью информации является субъективной мерой оценки качества, по которой лишь косвенно можно судить об эффективности профилактического мероприятия. Наиболее полное представление дает объективная удовлетворенность, которая включает в себя потребности целевой аудитории в информации о проблеме и формирование мотивации обращения к специалистам [4–6].

Одним из эффективных методов оценки качества профилактики является анкетирование. Мы оценивали мероприятия, проводимые ОБУ «Областной центр молодежных программ». Анкета взята из учебно-методического пособия «Наркопредрасположенность молодежи: медико-социальные и психологические аспекты профилактики», рекомендованного УФСКН России по Курской области, комитетом здравоохранения Курской области, комитетом по делам молодежи и туризму Курской области [2].

В пробном исследовании участвовали 134 учащихся сельских школ. Средний возраст участников опроса $14,9 \pm 1,09$ лет. Среди них: 42 (31 %) участника мужского пола, 92 (69 %) — женского.

Из числа ранее проведенных в данной аудитории мероприятий наиболее распространенными были прослушивание лекций специалистов (52,9 %), просмотр тематических видеоматериалов (35,8 %), изготовление плакатов, стенгазет о вреде наркотиков и с призывом к ЗОЖ (32,8 %), чтение специальной литературы (19,4 %), самообразование посредством интернет-сайтов (12,6 %) (рисунок 2).



Рисунок 2 — Охват молодежи профилактическими мероприятиями

Оценивая доступность информации для восприятия мы получили, что 82,8 % опрошенных удовлетворены формой проводимых мероприятий. Напротив, для 17,2 % информация оказалась малодоступной.

Недостаточно информационно насыщенными мероприятия сочли 17 % участников опроса, 83 % считают объем информации достаточным для того, чтобы сформировать представление о проблеме.

Объективно о качестве профилактических мероприятий можно судить по следующим данным:

1. Востребованность информации: 61,9 % участникам опроса приобретенные на мероприятии новые знания помогли заполнить пробелы в ранее сложившихся представлениях о проблеме наркомании. Ничего нового для себя не узнали 29,1 %; 2,2 % впервые узнали о вреде наркотиков. У 1,6 % учащихся возникло желание попробовать наркотики.

2. Информированность о возможностях и методах лечения наркомании: учащиеся в большинстве своем (61,2 %) считают, что лечение наркомании сложный и длительный

процесс и, что излечение возможно только при своевременном обращении за помощью и желании избавиться от зависимости. 23,1 % респондентов считают, что наркомания полностью неизлечима. Ложное представление о легкости и быстроте лечения наркоманий сложилось у 6 %; 9,7 % остались не удовлетворены объемом информации о возможностях медицины.

Готовность обращаться за медицинской помощью: обращаться за помощью в случае возникновения проблемы готовы 39,6 % (рисунок 3). Страх перед обращением к специалистам возник у 10,5 %.

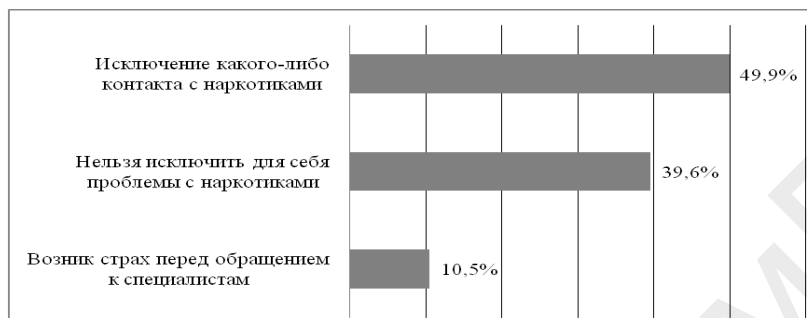


Рисунок 3 — Готовность обращения за медицинской помощью

ЛИТЕРАТУРА

1. Мазур, И. И. Управление качеством : учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений, обучающихся по спец. «Управление качеством» / И. И. Мазур, В. Д. Шапиро. — 7-е изд., стер. — М.: Омега-Л, 2010. — 399 с.
2. Методические рекомендации по участию молодежных парламентских структур в работе по профилактике наркомании среди молодежи: [Одобрены Советом по взаимодействию Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации с Молодежными парламентами субъектов Российской Федерации, молодежными общественными объединениями Российской Федерации (протокол от 23 ноября 2007 г. № 2)] / В. И. Тимошилов [и др.]. — Курск: ООО АПИИТ «Гиром», 2010. — 40 с.
3. Сидоров, П. И. Наркологическая превентология: руководство / П. И. Сидоров. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 719 с.
4. Тимошилов, В. И. Концепция формирования наркопредрасположенности молодежи / В. И. Тимошилов, Г. А. Сидоров // Кубанский науч. мед. вестн. — 2010. — № 3. — С. 183–187.
5. Тимошилов, В. И. Рациональный выбор форм работы по профилактике наркопредрасположенности молодежи / В. И. Тимошилов // Вестник Адыгейского государственного университета. Рецензируемый, реферируемый научный журнал. — 2010. — № 1 (53).
6. Тимошилов, В. И. Наркопредрасположенность молодежи: медико-социальные и психологические аспекты профилактики: учеб.-метод. пособие / В. И. Тимошилов, Д. В. Беспалов, И. В. Пашина. — Курск: ООО АПИИТ «Гиром», 2011. — 80 с.

УДК 330.34.011

ПЕРСПЕКТИВНАЯ МОДЕЛЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Безуглая В. А., Панчук Е. В.

Учреждение образования

«Барановичский государственный университет»
г. Барановичи, Республика Беларусь

В последние десятилетия практически во всех странах мира отмечается рост расходов на здравоохранение, который обусловлен появлением новых дорогостоящих технологий, лекарств, растущими запросами пациентов, не имеющих представления о действительной стоимости медицинских услуг, ростом удельного веса лиц пожилого возраста, имеющих хронические заболевания, поведением многих граждан. К сожалению, сегодня очень часто встречаются люди, которые все еще не осознали необходимость здорового образа жизни.

В этих условиях улучшение деятельности системы здравоохранения и показателей общественного здоровья нации следует искать не только в наращивании государственных расходов на здравоохранение, но и в поиске дополнительных источников финансирования, в качестве которых могут рассматриваться добровольные и обязательные платежи населения на развитие системы здравоохранения и собственное лечение.

Финансирование системы здравоохранения Беларуси в современных условиях составляет 4,1 % государственного бюджета, потому население страны может принять положительное участие в увеличении и пополнении денежных средств, направляемых на развитие системы здравоохранения и собственное лечение.

Для исследования готовности жителей Республики Беларусь участвовать в финансировании здравоохранения был применен метод социометрического анализа, т. е. было опрошено 250 человек из разных регионов Белоруссии. Результаты опроса показали, что 98 % считает необходимым дополнительное финансирование системы здравоохранения структурами подконтрольными государству (рисунок 1). 72,8 % из них готовы ежемесячно отчислять 1–2 % своей заработной платы в специальную структуру, созданную при Министерстве здравоохранения на развитие здравоохранения в Белоруссии и собственное лечение (рисунок 2).

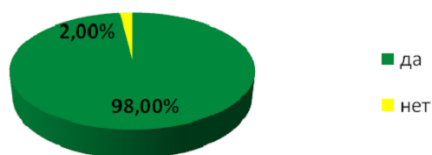


Рисунок 1 — Согласны ли Вы с тем, что белорусская система здравоохранения нуждается в дополнительном финансировании

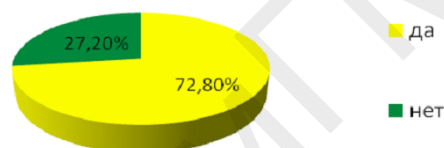


Рисунок 2 — Готовы ли Вы отчислять 1–2 % своей заработной платы (аналогично пенсионным отчислениям) в специальный фонд при Министерстве здравоохранения Республики Беларусь на развитие системы здравоохранения и собственное лечение

В контексте проведенного исследования нами было предложено:

1. Создание фонда медицинского обеспечения при Министерстве здравоохранения Республики Беларусь.

Фонд является внебюджетной структурой с частичным бюджетным финансированием.

Деятельность фонда будет направлена на: аккумулирование денежных средств в отрасли здравоохранения и предоставление возможности работающим гражданам участвовать в развитии системы здравоохранения.

Принцип работы: пополнение фонда предусматривается за счет средств физических лиц, постоянно проживающих на территории Республики Беларусь в виде ежемесячных обязательных отчислений из заработной платы в размере 1–2 % (постоянная часть) в зависимости от уровня заработной платы и дополнительных добровольных отчислений в размере 3–5 % (переменная часть).

Обязательный процент отчисления рассчитан на основании суммы взносов добровольного медицинского страхования и уровня доходов населения. Следует отметить, что стоимость страхового полиса на 1 год, в зависимости от выбранных программ, составляет от 130 до 500 долларов США.

Финансирование затрат на оказание медицинских услуг гражданам Республики Беларусь будет осуществлять государство за счет средств фонда (публичность расходования средств) и государственного бюджета.

Затраты на создание фонда медицинского обеспечения при Министерстве здравоохранения Республики Беларусь включают:

- затраты на заработную плату сотрудников Фонда;
- затраты на разработку программного обеспечения для функционирования системы;
- затраты на эмиссию карт prepaid-услуг.

В структуру Фонда входят областные и Минское городское управления с правами юридического лица, а также городские, районные и районные в городах отделы (далее — территориальные органы). В структуру территориальных органов входят отделы, секторы.

2. Использование карт prepaid-услуг для осуществления безналичных расчетов в системе здравоохранения.

С целью контроля за денежными потоками, а также гарантирования, что средства, направляемые на оплату медицинских услуг, будут потрачены именно на лечение, пред-

полагается введение карточной системы оплаты услуг здравоохранения, что предполагает под собой плату за оказанную медицинскую помощь, медицинские препараты.

Отсутствие наличных расчетов исключает вероятность махинаций с денежными средствами, предназначенными на медицинские расходы. Возможность расходования средств членами семьи.

3. Применение условной франшизы в размере 0,5 базовой величины.

— если гражданином на медицинское обслуживание на 1 страховой случай было потрачено не более 0,5 базовой величины, государство не принимает участия в покрытии данных расходов;

— если гражданином на медицинское обслуживание на 1 страховой случай было потрачено 0,5 базовой величины и более, то страховое возмещение выплачивается в полном объеме.

После реализации предложенных этапов проекта:

1. Создание фонда медицинского обеспечения при Министерстве здравоохранения Республики Беларусь.

2. Разработка программного обеспечения для функционирования Фонда.

3. Эмиссия карт предоплаченных медицинских услуг.

Фонд обеспечит проведение заключительного этапа — информирование граждан о механизме уплаты взносов и преимуществах созданной структуры.

Источниками формирования средств Фонда будут являться:

- средства республиканского и (или) местных бюджетов;
- безвозмездная (спонсорская) помощь юридических лиц и (или) индивидуальных предпринимателей;

- обязательные взносы на медицинское обеспечение;

- добровольные взносы на медицинское обеспечение;

- доходы от капитализации временно свободных средств Фонда;

- доходы от размещения взносов на медицинское обеспечение;

- иные источники, не запрещенные законодательством Республики Беларусь.

Данные средства являются республиканской собственностью, не подлежат изъятию, не облагаются налогами, используются на цели, предусмотренные законодательством о медицинском обеспечении, и зачисляются на единый казначейский счет Министерства финансов. Распределение средств будет осуществляться по направлениям, отраженным в таблице 1.

Таблица 1 — Направления распределения медицинских взносов граждан

Средства, отчисляемые в Фонд по обязательным медицинским взносам	Средства, отчисляемые в Фонд по добровольным медицинским взносам
Финансирование амбулаторного лечения и диагностики; Финансирование проведения лабораторных обследований; Финансирование расходов по предоставлению лекарственных препаратов; Финансирования расходов по предоставлению медицинской помощи в форме скорой (неотложной) медицинской помощи и плановой медицинской помощи; Финансирование расходов по общей госпитализации; Госпитализации рожениц; Психиатрической госпитализации; Госпитализации тяжелых хронических больных; Профилактике опасных заболеваний; Вакцинации несовершеннолетних; Радиологической диагностике; Радиотерапии; Диетологии; Медицинской реабилитации; Финансирование выплат на санаторно-курортное лечение и оздоровление; Финансирование деятельности фонда, в том числе его материально-технического обеспечения; Финансирование иных расходов в соответствии с законодательством о медицинском обеспечении	Операции и лечение за границей; Операции по пересадке органов за границей; Некоторые дополнительные виды анализов и лекарственных препаратов; Участие в оплате операций, проводимых частным образом; Обеспечение медицинского ухода за больными; Скидки на косметические операции.

Таким образом, создание фонда медицинского обеспечения при Министерстве здравоохранения Республики Беларусь позволит достигнуть следующего:

1. Целевое финансирование обеспечит более весомые позиции здравоохранения в системе общественных приоритетов. Взносы идут не в общий бюджет, а непосредственно на нужды охраны здоровья, обеспечивая плательщикам твердую гарантию возвратности этих средств в виде медицинских услуг. Утрачивается анонимность и безадресность.

2. Целевой характер финансирования позволяет более гибко и оперативно реагировать на расширение общественных потребностей.

3. Преимущественно децентрализованный характер финансирования способствует укреплению ресурсной базы отрасли.

4. Гарантирован всеобщий доступ застрахованного ко всем признанным методам лечения, ко всем врачам, имеющим лицензию.

5. В фонде медицинского обеспечения существуют перераспределительные механизмы между взносами различного характера.

6. Устойчивый и значительный приток средств повышает возможности и доходы медицинских работников.

7. Распределение средств из фонда медицинского обеспечения поощряет врачей к увеличению своих доходов и ресурсов.

8. Функционирование фонда медицинского обеспечения способствует внедрению новых технологий.

УДК 616-002.5:615.371/372

ТУБЕРКУЛЕЗ: ОЦЕНКА РИСКОВ И ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Бойко А. В.

Учреждение образования

«Буковинский государственный медицинский университет»

г. Черновцы, Украина

Каждый год массовая вакцинация детей в Украине сопровождается случаями развития осложнений различной степени тяжести, и нет никакой тенденции к снижению их количества. Необходимо понять причины такой тенденции. Если говорить об Украине, то сегодня мы рождаемся, живем, болеем и т. д. в условиях протекания двух взаимосвязанных пандемий: ВИЧ/СПИДа и туберкулеза. Причем обе имеют устойчивую тенденцию к дальнейшему распространению.

Существует одна из удивительных особенностей иммунной системы человека — феномен иммунологического импринтинга, который впервые был описан Francis в 1953 г. Суть его заключается в том, что каждый антиген представляет собой несколько эпитопов (участков антигена, отличающихся между собой). В ответ на попадание антигена в организм человека образуются химические гетерогенные антитела, которые различаются своей специфичностью. Но если клональность антигена ограничена, то он индуцирует малоотличающийся иммунный ответ. При попадании в организм другого антигена, имеющего структурное сходство с первым, иммунная система отвечает синтезом антител не на второй, а на первый антиген. То есть на практике получается, что при попадании в организм вируса, имеющего некоторое, пусть даже минимальное, сходство с предыдущим возбудителем, организм его «не видит», а антитела вырабатывает на уже знакомый антиген. Это приводит к утяжелению инфекционного процесса (ведь антитела на новый патоген не вырабатываются) и более легкому распространению вируса в человеческой популяции. Такой феномен наблюдается при гриппе, лептоспирозе, малярии, ВИЧ-инфекции, лихорадке Денге, энтеровирусной инфекции.

Абсолютно доказано, что в человеке микробного больше, чем плотского, так как количество микроорганизмов (бактерий, вирусов, простейших), населяющих его организм, в

100–1000 раз больше, чем клеток человеческого организма [2]. Освобождение живого организма от бактерий (что многократно подтверждено в опытах на животных) приводит к его гибели, а что касается человека, то даже небольшие отклонения в количестве или составе некоторых представителей микробного мира в его организме приводят к развитию серьезных заболеваний. Вся совокупность микроорганизмов (микробиота), покрывающих тело человека как изнутри, так и снаружи (как рука в перчатке), определяет жизнедеятельность человека и сегодня обозначается как «невидимый орган человеческого организма». Микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности, несмотря на достаточно строгое закрепление каждого из них за определенным местом в человеческом теле, обладают тем не менее способностью перемещаться по всему организму. Так, установлено такое явление, как физиологическая эндотоксинемия, когда из кишечника (место наибольшего скопления микроорганизмов) эндотоксин (представляющий собой компоненты и продукты распада клеток) в нормальных условиях жизнедеятельности организма через кишечную стенку всасывается в кровь. Более того, сами бактерии, в определенном количестве, обладают способностью проникать через слизистую кишечника и посредством клеток иммунной системы или самостоятельно разносятся по всему организму. Свидетельством этого является тот факт, что некоторые бактерии, местом нахождения которых является, например, толстый кишечник, при желании можно найти в крови или на слизистой ротоглотки. Это явление носит название транслокации бактерий. Оба этих явления — физиологическая эндотоксинемия и транслокация бактерий — являются жизненно важными феноменами, но, к сожалению, мало изученными [5].

Количество и состав микроорганизмов у каждого человека индивидуальны. Установлено, что во время разговора микроорганизмы с частицами слюны распространяются на 2 м вокруг больного, при кашле — на 10 м, при чихании — на 15 м. При рукопожатии чистыми руками происходит обмен 32 млн бактерий, поцелуе — 42 млн. Трудно даже представить, какой интенсивный обмен микроорганизмами происходит в кинотеатрах, танцевальных залах, на лекциях, в различных клубах, при посещении зоопарка, конюшен, поцелуях, объятиях и т. д. Среди них есть и патогенные.

Для организма общение с разнообразными микробами, в том числе и патогенными, представляющими опасность для жизни человека, есть обстоятельство не только обычное, но и, по-видимому, необходимое. Предполагается, что попадающие во внутреннюю среду организма не абсолютно патогенные микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности выполняют функцию стимуляторов иммунной системы организма. Но были, есть и будут патогенные микроорганизмы, агрессивные факторы которых легко преодолевают человеческие защитные барьеры, в том числе и иммунную систему, нанося непоправимый вред здоровью человека, вызывая различные по своей тяжести болезни или приводя к гибели.

К настоящему времени многие возбудители (как паразиты человека) изменили свою стратегию выживания в человеческом организме, появились новые возбудители, да и организм стал во многом другим. Существует такой феномен: антителозависимое усиление инфекции, суть которого состоит в том, что вирусоспецифические антитела связывают вирус и посредством взаимодействия с рецепторами, расположенными на поверхности клеток, усиливают не только его проникновение в фагоцитирующие клетки, но в отдельных случаях — и его репликацию. Этот феномен характерен для возбудителей ВИЧ, лихорадки Эбола и Марбурга, гепатита С, кори, желтой лихорадки и др. [4].

Прежде чем подойти к рекомендациям по проведению прививок, помимо реалий, приведенных выше, мы должны учитывать и другие существующие факты, устранить которые, к сожалению, в настоящее время не представляется возможным.

Наиболее важными из них являются следующие:

1. Наличие естественных мутаций, возникающих ежедневно при делении клеток человеческого организма. Деление клеток, составляющих основу нашей жизни, не проходит идеально. Делятся все клетки человеческого организма, в том числе и клетки иммунной системы. Однако если при делении клетки возникают большие расхождения, то обе обра-

зовавшиеся клетки гибнут. Но если во время деления клеток возникают незначительные дефекты, обусловленные заменой одного или нескольких нуклеотидов в пределах одного гена, их называют генными или точечными, то гибели организма не происходит [3, 5]. Однако точечные мутации, вызывая изменения в строении белков, хотя и не приводят к сиюминутной гибели организма, но всегда обуславливают утрату им каких-то своих функций. И если во время репликации хромосомы лимфоцита каким-то образом будут затронуты нуклеотиды в гене, отвечающем за иммунитет, то изменение функции будет проявляться в изменении иммунного ответа на инфекцию, а значит, и на вакцинацию. Другими словами, у сегодняшнего поколения детей мы вправе подозревать наличие точечных мутаций, приводящих к нарушению адекватной реакции иммунной системы на инфекцию и вакцинацию. Но причина этого реагирования заложена в самом ребенке, а не в вакцине, еще более тяжело такой ребенок ответил бы на саму инфекцию.

2. Селективное давление инфекций. Выше мы уже упоминали, что существуют патогены, восприимчивость к которым у человека высокая. Так, называемый индекс контагиозности (возможность заболеть здоровому ребенку при контакте с больным) составляет, например, при ветряной оспе и кори 100 %, при дифтерии — 10–20 % [2]. В XVIII–XIX веках, да и в предшествующее время, когда заслон этим инфекциям практически отсутствовал, большинство высококонтагиозных инфекций оказывали селективное давление на человеческую популяцию, «выбивая» (приводя к гибели) в первую очередь тех индивидумов, генетические дефекты иммунной системы (мутации) которых были или в большем количестве, или наиболее существенными. С развитием науки человечество разработало методы и средства, помогающие защищаться от большинства инфекционных болезней, в том числе и продлевая жизнь людям, имеющим те или иные точечные мутации, прежде всего в иммунной системе. То есть теперь мы не даем таким детям умереть. Поэтому вполне естественно, что, проводя массовую вакцинацию всем детям, очень легко попасть на такого ребенка, у которого обычная вакцина, содержащая, например, тысячную часть от целой бактерии (коклюшный компонент), или вообще инактивированный токсин (дифтерия), или многократно ослабленный вирус (корь, краснуха), и не вызывающая реакцию у десятков и сотен тысяч детей, может вызвать тяжелые осложнения и даже гибель. Но и на полноценный инфекционный возбудитель (в случае заражения) у таких детей реакция будет всегда многократно тяжелее.

3. Влияние микроорганизмов, находящихся в организме человека, на вакцинальный (иммунный) ответ. Человеческий организм насыщен бактериями и вирусами, без которых его существование невозможно. Но есть и такие, само присутствие которых или их активация в определенное время, или в особых условиях закономерно снижает иммунный ответ организма на вакцинацию или делает этот ответ непредсказуемым.

Мир микроорганизмов стремительно эволюционирует. Открываются все новые и новые возбудители (только за последние 25 лет появилось почти 40 новых возбудителей), причем со все более изощренным механизмом поражения человеческой популяции, справиться с которыми человечество пока не в состоянии. Но природа не успокаивается, о чем свидетельствует дальнейшее выделение новых вирусов, обладающих свойствами ВИЧ. Да и старые возбудители инфекционных болезней продолжают свое селективное давление на человеческую популяцию. В этой агрессии микроорганизмов, направленной на человека, нет ни слабых, ни узких мест, нет возрастных ограничений, как нет и перерывов. Процесс этот идет не переставая.

Описаны стратегии паразитизма, иммунологические механизмы, препятствующие «ручному» (упрощенному) регулированию взаимоотношений человека и микроорганизмов [1], но они не только нигде не учитываются, они даже не обсуждаются. Одним из наиболее реальных инструментов в противостоянии тотальной агрессии микроорганизмов может быть вакцинация. Дженнер дал нам идею, все остальное в вакцинации должно строиться только на основании уже открытых сегодня новых иммунологических феноменов с использованием других возможностей, которые имеются сейчас и которые, несомненно, будут открыты в будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Супотницкий, М. В. Неисследованные тупики вакцинации / М. В. Супотницкий // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. — 2011. — Т. 1, № 3–4. — С. 118–127.
2. Супотницкий, М. В. Феномен антителозависимого усиления инфекции при доклиническом изучении иммунобиологических лекарственных препаратов / М. В. Супотницкий // Руководство по проведению доклинических исследований лекарственных средств (иммунобиологические лекарственные препараты). Часть вторая / под ред. А. Н. Миронова. — М.: Гриф и К, 2012. — С. 177–185.
3. Супотницкий, М. В. Феномен антителозависимого усиления инфекции при доклиническом изучении иммунобиологических лекарственных препаратов / М. В. Супотницкий // Руководство по проведению доклинических исследований лекарственных средств (иммунобиологические лекарственные препараты). Часть вторая / под ред. А. Н. Миронова. — М.: Гриф и К, 2012. — С. 185–190.
4. Супотницкий, М. В. Эпидемии и пандемии через 100 лет / М. В. Супотницкий // Новости медицины и фармации. — 2012. — № 13–14. — С. 423–424.
5. Проблемы сегодняшней вакцинологии [Электронный ресурс] / И. В. Богадельников [и др.] // Здоровье ребенка. — 2013. — № 4. — Режим доступа: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Zd_2013_4_24.pdf.

УДК 623.95 – 021.462

ДОНОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Борисова Т. С., Солтан М. М., Занкевич И. Г.

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

Введение

В настоящее время компьютер и Интернет стали незаменимым компонентом жизни. Любой современный человек хоть раз в день, для общения, работы или просто поиска нужной информации посещает сети всемирной паутины. Новые информационные технологии, безусловно, имеют огромное значение как неиссякаемый источник информации, доступный способ приобретения навыков и знаний, как незаменимый помощник в работе и бизнесе, как средство проведения и планирования досуга, как место для знакомств и способ поддержания связи.

Глобальная компьютеризация привносит в нашу жизнь не только положительные, но и отрицательные аспекты. Постепенно в этот процесс все больше вовлекаются и дети, причем возраст пользователей неуклонно снижается. Компьютеры стали активно применяться не только в образовательном процессе средней школы, но и начальной и даже в процессе дошкольного образования, все шире они используются и в домашних условиях. Исподволь многие превращаются в зависимых от компьютера пользователей. По данным разных исследователей, интернет-зависимыми сегодня является от 5 до 14 % пользователей во всем мире, причем, их количество растет прямо пропорционально увеличению доступа и скорости Интернета [1].

Проблема компьютерной зависимости актуальна для всех людей, особенно для лиц подросткового возраста, и не только потому, что они выросли в эпоху Интернета. Подростковый возраст является одним из наиболее кризисных периодов в жизни человека, таким его делают высокая чувствительность к любым внешним влияниям, изменения в формировании нравственных представлений и социальных установок, недостаточное развитие личностных ресурсов и другие особенности пубертатного периода. В этом возрасте различные проблемы и переживания, давление общества ощущаются наиболее остро, что ведет к возникновению необходимости отстраниться от действительности, и они создают собственную реальность в виртуальном мире, где они могут полностью выразить себя [2].

Виртуальная реальность незаметно изменяет личность и сознание пользователя, приводя к росту поведенческих проблем и социальной дезадаптации. Длительное и неконтролируемое времяпрепровождение за компьютером вызывает изменения в сознании и функциональном состоянии головного мозга, постепенно теряется способность обучаться и глубоко мыслить. Нарушения проявляются и со стороны психического статуса: развивается общая усталость, повышается уязвимость к стрессовым факторам, формируются невротические расстройства. С течением времени могут возникнуть физические и функциональные отклонения в различных органах и системах организма: ухудшается аккомодаци-

онная способность глаз и острота зрения, появляется туннельный синдром запястья, заболевания позвоночника и суставов (сколиоз, остеохондроз, артроз), сердечно-сосудистая патология (тахикардия, аритмия, артериальная гипертония, варикоз нижних конечностей), заболевания желудочно-кишечного тракта (гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки) и ряд других заболеваний [3].

Все это указывает на необходимость диагностики риска возникновения и своевременной профилактики развития компьютерной зависимости.

Цель

Оценка вероятности развития и выявление факторов риска компьютерной зависимости у учащихся общеобразовательных учреждений.

Материалы и методы исследования

В исследовании использован метод анонимного анкетирования (специальная диагностическая анкета «Анализ компьютерной зависимости» и методика САН) и метод математической статистики. Анкетно-опросным методом опрошено 330 учащихся 5, 7 и 11 классов общеобразовательных учреждений г. Минска. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью компьютерной программы Excel Windows XP.

Результаты исследования

Почти все опрошенные (99,09 %) имеют компьютер дома, 95,15 % зарегистрированы в социальных сетях, 93,4 % имеют свободный выход в Интернет. Преобладающее количество учащихся отмечают достаточно раннее начало самостоятельной работы за компьютером: 52,3 % — с 5–10 лет, 18,56 % — с 3 лет. Высокий уровень интереса к компьютеру проявляет 43,63 % учащихся.

Выделяют различные формы компьютерной зависимости: бесконечные путешествия по Всемирной паутине в поисках информации (навязчивый веб-серфинг); пристрастие к виртуальному общению и виртуальным знакомствам (большие объемы переписки, постоянное участие в чатах, веб-форумах, избыточность знакомых и друзей в сети); игровая зависимость (навязчивое увлечение компьютерными играми); навязчивая финансовая потребность (игра по сети в азартные игры, ненужные покупки в интернет-магазинах или постоянное участие в интернет-аукционах); пристрастие к просмотру фильмов через Интернет [1]. Опрошенный нами контингент также преследует различные цели компьютерного времяпрепровождения: 28,48 % преимущественно играют за компьютером, 42,72 % — предпочитают не связанный с учебной работой выход в Интернет и социальные сети, порой механический, бесцельный; 19,69 % — находят успокоение за экраном монитора при неприятностях, стрессе и тревоге.

Длительность одномоментной работы за экраном монитора более 1 часа в сутки отмечает 86,96 % учащихся общеобразовательных учреждений. В среднем учащиеся проводят за компьютером 3,34 часа в сутки, с возрастом время работы за компьютером увеличивается.

У большинства респондентов выявлены те или иные признаки формирования компьютерной зависимости, нарастающие по мере продвижения по ступеням школьного образования. Около $\frac{2}{3}$ опрошенных школьников во время работы за компьютером испытывают эмоциональный подъем, при этом у каждого второго появляются неприятные эмоциональные ощущения (злость, разочарование, нервозность, досада, обида) при невозможности воспользоваться компьютером. 44,54 % от числа всех опрошенных систематически кушают за компьютером, многие (38,78 %), увлекшись компьютером, забывают выполнять свои домашние обязанности. Каждый четвертый школьник, даже ложась спать, думает о проделанном за день на компьютере. В среднем, каждый четвертый просиживал хотя бы одну ночь за экраном монитора, отмечая потерю чувства времени («заглянув по делу на несколько минут, зависаю в сети на несколько часов»); 2,73 % забывают покушать или почистить зубы; 4,84 % прогуливают школу ради игры на компьютере. Среди опрошенных 16,36 % предпочитают компьютер другим делам, даже тем к которым наблюдался интерес ранее, 20 % предпочитают общение в социальных сетях живому общению с одноклассниками.

Существуют различные факторы, провоцирующие формирование компьютерной зависимости, однако, как правило, все они замыкаются в социальном аспекте и семейном воспитании. При анализе причин, способствующих уходу в виртуальный мир, установлено, что

лишь 41,51 % опрошенных имеет доверительные отношения с родителями, но при этом только 63,93 % из них сообща решают сложившиеся проблемные вопросы. Почти треть респондентов нуждается в дополнительном внимании со стороны взрослых и указывает на необходимость увеличения времени общения с родителями. Около 1/4 части (23,03 %) подростков испытывает недопонимание со стороны родителей, в том числе и по поводу чрезмерного увлечения компьютером. Родители каждого третьего школьника не контролируют его действия, поступки, не участвуют в решении его проблем, 20,9 % родителей вовсе не знают о проблемах детей в школе и не интересуются ими. Около 1/3 участников опроса испытывают дефицит социального общения, практически не имеют друзей среди сверстников. Неблагоприятные социальные аспекты, предрасполагающие к развитию компьютерной зависимости, одинаково часто прослеживаются во всех группах наблюдения вне зависимости от возраста.

Взаимообусловленность социальных факторов риска и начальных признаков компьютерной зависимости прослеживается у учащихся на протяжении всего периода обучения, однако по мере продвижения по ступеням школьного образования роль этих факторов значительно увеличивается, что указывает на необходимость усиления психологической поддержки подростков данного возрастного периода.

Увлеченность компьютером нарастает одновременно с ростом напряжения психоэмоционального статуса детей. Около 1/4 учащихся 5-х классов, 1/3 семиклассников и 2/3 выпускников школы отмечают частые беспричинные перемены настроения от вялого до приподнятого, нарастающую оппозиционность к родителям и педагогам, болезненную реакцию на их критику, замечания либо советы. У 95 % учащихся, имеющих признаки компьютерной зависимости, регистрируются низкие показатели САН — самочувствия, активности и настроения. Около 51 % имеют хотя бы один из симптомов, связанных с длительной работой за компьютером: общее истощение организма в виде хронической усталости, сопровождающейся головной болью либо болью в области глаз, синдром «сухого глаза», ухудшение остроты зрения, боли в области шеи и спины, онемение кистей рук и боли в руках. С нарастанием признаков компьютерной зависимости диагностируется и возрастающее число лиц с симптомами «компьютерного синдрома» с 45 % в 7-м классе до 52 % — в 11-м. Параллелизм указанных явлений определяет область профилактического и коррекционного воздействия в школьной среде.

Таким образом, компьютерная зависимость является актуальной проблемой для современных школьников, что указывает на необходимость своевременной ее диагностики и организации целенаправленных профилактических мероприятий на базе общеобразовательных учреждений с широкой пропагандой гигиенических знаний, как среди пользователей, так и их родителей. Самый простой и доступный способ решения обозначенной проблемы — это приобретение потребности в ведении здорового образа жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Юрьева, Л. Н. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика: монография / Л. Н. Юрьева, Т. Ю. Большот. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 196 с.
2. Войскунский, А. Е. Актуальные проблемы психологии зависимости от Интернета / А. Е. Войскунский // Психологический журнал. — 2004. — Т. 25, № 1. — С. 90–100.
3. Выгонский, С. И. Обратная сторона Интернета. Психология работы с компьютером и сетью / С. И. Выгонский. — М.: Феникс, 2010. — 320 с.

УДК 616-084(075.8)

ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ТРУДНОМ ПАЦИЕНТЕ У СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Бреус Е. Д., Романенко О. В.

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Южный федеральный университет»
г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Актуальность данной проблемы обусловлена наличием целого ряда видов деятельности, существование которых максимально опосредовано взаимоотношениями в системе

«человек-человек» [4]. Деятельность медицинского персонала как раз и относится к этой системе. При этом, в центре ее внимания находится человек, испытывающий психические и физические страдания, обусловленные болезнью, что уже объективно создает определенные трудности для медицинского персонала во взаимодействии с пациентом. Как известно, взаимоотношения, формирующие доверие пациента к медицинскому персоналу в процессе взаимодействия некоторые исследователи рассматривают в качестве одного из факторов, помогающих пациентам брать ответственность за свое здоровье [2]. И, наоборот, затрудненное, неэффективное общение медицинского персонала и пациента может усугублять состояние пациента и тем самым тормозить процесс выздоровления. В медицинской практике субъектом затрудненного общения являются чаще всего пациенты, которые в силу своих психосоматических состояний могут демонстрировать непонимание, неадекватную оценку физического состояния, потребностей, искажать действительность, проявлять агрессию. Поэтому очень важно медицинскому персоналу учитывать эти особенности пациентов при взаимодействии с ними. Кроме того, затруднения в общении могут быть детерминированы также социально-психологическими особенностями и медицинского персонала, так как процесс общения всегда двусторонен. Поведение, как известно, детерминировано нашими представлениями о партнере общения. Поэтому в данной работе для нас важно было выявить, с чем связаны особенности представлений о трудном партнере (в нашем случае пациенте) у представителей среднего медицинского персонала. В исследовании проверялось предположение о существовании взаимосвязи уровня внутриличностной конфликтности со степенью затруднений в общении и содержанием представлений о трудном партнере. В исследовании использовалась методика В. А. Лабунской «Социально-психологические характеристики субъекта общения», выявляющая формально-содержательные характеристики представлений о трудном партнере общения [3]. Формальные характеристики позволяют получить показатели степени затрудненности в общении различными характеристиками партнера, а содержательные — позволяют получить набор тех характеристик партнера, которые затрудняют общение в наибольшей степени, т. е. получить как индивидуальный, так и групповой портрет трудного партнера. Также использовалась методика А. И. Шипилова [1], направленная на выявление уровня внутриличностной конфликтности. В качестве эмпирического объекта исследования принимали участие медицинские работники МЛПУЗ городской поликлиники в количестве — 25 человек (медицинских сестер) в возрасте 42–50 лет.

Проведем анализ формальных показателей — степени затруднений в общении по всей выборке испытуемых в зависимости от уровня внутриличностного конфликта. Рассмотрим данные таблицы 1.

Таблица 1 — Показатели степени затрудненности общения с пациентами у среднего медицинского персонала с различным уровнем внутриличностной конфликтности

Уровень внутриличностной конфликтности	Степень затрудненности характеристиками общения партнера				
	экспрессивно-речевые (ЭР)	социально-перцептивные (СП)	отношения-обращения (ОО)	навыки взаимодействия (НД)	условия общения (УО)
Низкий	9,6	9,3	9,6	10,1	6,7
Средний	10,5	9,2	10,5	10,4	8,7
Высокий	12,4	10,9	11,8	10,8	11,6

Табличные данные демонстрируют динамику показателей степени затруднений относительно всех групп социально-психологических характеристик общения партнера в сторону увеличения в связи с ростом уровня внутриличностной конфликтности. Проведенный корреляционный анализ по критерию Спирмена позволил выявить значимые корреляционные связи практически между всеми группами характеристик и показателями уровня внутриличностной конфликтности, т. е. с увеличением уровня внутриличностной конфликтности увеличивается и степень затрудненности, вызываемая экспрессивно-речевыми характеристиками ($r = 0,40$, при $p < 0,05$); социально-перцептивными характе-

ристиками ($r = 0,46$, $p < 0,05$); характеристиками отношения-обращения ($r = 0,73$, $p < 0,05$) и условиями общения ($r = 0,54$, $p < 0,05$)

Проанализируем содержательные параметры представлений среднего медицинского персонала о трудном партнере общения. Для этого проанализируем групповые портреты трудного пациента в группах медицинских сестер с низким, средним и высоким уровнями внутриличностной конфликтности. Групповой портрет представляет собой набор характеристик, которые более чем для 50 % респондентов из группы являются наиболее затрудняющими общение. Рассмотрим групповые портреты 2-х групп — с низким и высоким уровнями внутриличностной конфликтности, т. к. групповой портрет со средним уровнем внутриличностной конфликтности, за исключением одной характеристики идентичен портрету первой группы.

Групповой портрет трудного пациента в группе среднего медицинского персонала с низким уровнем внутриличностной конфликтности включает следующие характеристики: ЭР — громкая речь; ОО — подозрительное, неприязненное (враждебное), властное, высокомерное, требовательное, безразличное отношение к другим людям; НВ — привычка перебивать разговор, стремление занимать в общении ведущую позицию, желание больше говорить, чем слушать, неумение аргументировать свои замечания, предложения, желание навязать свою точку зрения (всего 12 характеристик).

Групповой портрет трудного пациента в группе среднего медицинского персонала с высоким уровнем внутриличностной конфликтности включает следующие характеристики: ЭР — громкая речь, застывшая поза, неподвижное лицо, тихая речь; СП — ошибки в оценке чувств и настроения другого человека, стремление относить людей к определенному типу, привычка судить о человеке по его внешности; ОО — подозрительное, неприязненное (враждебное), властное, высокомерное, требовательное, безразличное отношение к другим людям; НВ — привычка перебивать разговор, стремление занимать в общении ведущую позицию, желание больше говорить, чем слушать, неумение выйти из общения, вовремя его прекратить, неумение аргументировать свои замечания, предложения, желание навязать свою точку зрения; УО — должностные различия, половые различия, большие временные промежутки в общении, одновременное общение с группой лиц, длительное общение с одним и тем же человеком (всего 23 характеристики).

Как видим, различия существуют как в количественном, так и в содержательном отношении. Причем, наибольшая разница наблюдается между медицинским персоналом с высоким уровнем внутриличностной конфликтности и остальными двумя группами — с низким и средним уровнями данного параметра (23 и 12, 13 характеристик).

Содержательный анализ позволяет выделить как различия, так и сходства. Так, для медицинского персонала с высокой внутриличностной конфликтностью трудным является пациент с характеристиками из всех групп общения, в то время, как для персонала с низкой и средней внутриличностной конфликтностью в качестве трудных выделяются характеристики только из 2-х групп — отношения обращения и навыков взаимодействия. Примечательно, что характеристики этих 2-х групп затрудняют общение медицинского персонала, не зависимо от уровня их внутриличностной конфликтности. Эти характеристики отличаются тем, что нарушают субъект-субъектный, психологически равный, личностный вид общения (неприязненное, враждебное, властное высокомерное, требовательное отношение). Люди, проявляющие такое отношение общаются со своим партнером с позиции «над», что и вызывает нежелание продолжать общение с ним и создает затруднения. То же можно сказать и о вызывающих затруднения характеристиках из группы «Навыки взаимодействия»: привычка перебивать разговор, стремление занимать в общении ведущую позицию, желание больше говорить, чем слушать, желание навязать свою точку зрения.

Таким, образом, можно констатировать взаимосвязь уровня внутриличностной конфликтности с трудностями в общении. У медицинского персонала с высоким уровнем внутриличностной конфликтности общение с пациентами будет чаще более трудным, чем у персонала с низким уровнем внутриличностной конфликтности. Они будут воспринимать гораздо большее количество проявлений пациентов, как затрудняющих их общение. И, наоборот, у медицинского персонала с низким и средним уровнем внутриличностной конфликтности пациенты не рассматриваются как трудные партнеры в отношении экспрессивно-речевых, социально-перцептивных характеристик и условий общения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анцупов, А. Я. Конфликтология: учеб. для вузов / А. Я. Анцупов, А. И. Шипилов. — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 496 с.
2. Васильева, О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учеб. пособие для студ. вузов / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. — М.: Академия, 2001. — 352 с.
3. Лабунская, В. А. Психология затрудненного общения: Теория. Методы. Диагностика. Коррекция: учеб. пособие для студентов вузов / В. А. Лабунская, Ю. А. Менджерицкая, Е. Д. Бреус. — М.: Академия, 2001. — 288 с.
4. Цуканова, Е. В. Психологические трудности межличностного общения / Е. В. Цуканова. — Киев: Вища школа, 1985. — 158 с.

УДК 159.943:614.8.026.1 (476.2)

**АНАЛИЗ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НАСЕЛЕНИЯ Г. ГОМЕЛЯ
(по материалам социологического опроса)**

Будник Я. И., Шаршакова Т.М., Лапушкин Н. С.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В условиях современного общества с присущими ему особенностями социально-экономического, научно-технического развития и с учетом существенной модификации ценностных установок проблема сохранения и укрепления здоровья населения приобретает первостепенное значение.

Происходящие социально-экономические перемены, процессы усложнения общественной жизни и изменение ее условий, норм, ценностей, резкое возрастание социальных взаимодействий поставили население перед необходимостью изменить отношение к здоровью, взяв на себя ответственность за собственное здоровье, выражаемое в соответствующих поведенческих практиках. В силу отсутствия у населения знаний о возможных способах адаптации к новой ситуации, население оказалось неспособным адекватно реагировать на новые реалии изменением поведения в сфере здоровья. Все это привело к существенному изменению характера заболеваний и преобладанию в их числе «болезней цивилизации» — болезней системы кровообращения, развитие которых в основном определяется образом жизни человека и поведением в отношении здоровья.

В связи с вышеизложенным мы изучили поведенческие факторы риска населения г. Гомеля.

Цель

Изучение особенностей динамики распространенности ведущих поведенческих факторов риска болезней системы кровообращения среди населения г. Гомеля для получения информации, необходимой для корректировки деятельности по формированию здорового образа жизни.

Материалы и методы исследования

Сбор данных осуществлялся методом анкетного опроса. Опрос проводился сплошным методом в отделениях терапевтического профиля стационара и в городских поликлиниках. Анкета (бланк интервью) разработана на основе рекомендаций и методик международной программы ВОЗ (CINDI). Анкета содержит обязательные вопросы, которые должны быть включены при каждом мониторинговом исследовании с целью оценки поведенческих факторов риска среди различных социально-демографических групп, сравнения в динамике полученных показателей.

В опросе приняли участие 272 человека, среди которых было 58,8 % женщин.

Результаты исследования

Согласно полученным данным 61,4 % респондентов ответили, что сегодня модно вести здоровый образ жизни, 21,7 % — не согласны с этим утверждением, 16,9 % — затрудняются ответить.

подавляющее большинство опрошенных (80,5 %) самым главным в жизни считают здоровье, 70,2 % — семью, 54,4 % — детей. Для мужчин (51,8 %) материально обеспечен-

ная жизнь важнее, чем для женщин. Женщины чаще, чем мужчины, самым главным в жизни отмечают здоровье, семью и детей. Представители старшей возрастной группы (старше 50 лет) чаще, по сравнению с другими возрастными группами, главным в жизни отмечают материально обеспеченную жизнь, здоровье, семью и детей.

Опрос показал, что 75,0 % респондентов не удовлетворены состоянием здоровья своих близких, 68,4 % опрошенных не удовлетворены состоянием своего здоровья, 61,7 % — своим материальным положением, 57,7 % — экологическими условиями в месте своего проживания, 55,8 % — качеством своего питания, 51,8 % — качеством медицинской помощи.

Среди опрошенных 37,9 % ответили, что за последние 3 года ухудшилось качество питания, 37,5 % — ухудшилось материальное положение.

Среди респондентов 44,8 % считают, что за последние 3 года ухудшилось качество продуктов питания, 41,5 % — ухудшились экологические условия, 37,9 % опрошенных ответили, что ухудшилось качество лекарственного обеспечения.

Согласно полученным данным, больше половины опрошенных (52,6 %) отметили, что состояние их здоровья за прошедший год ухудшилось. Состояние своего здоровья удовлетворительно оценивает половина опрошенных (53,7 %).

Более половины респондентов (54,8 %) считают, что больше всего в настоящее время ухудшает состояние здоровья материальное положение, 53,7 % — экологические условия, 46,0 % — качество питания.

Согласно полученным данным, за последние несколько лет более внимательно и заботливо стали относиться к своему здоровью 44,0 % опрошенных. Позитивные изменения в отношении своего здоровья чаще отмечают женщины (48,1 %).

Опрос показал, что 64,7 % респондентов недостаточно внимания уделяют своему здоровью, лишь 18,4 % считают, что достаточно внимания уделяют своему здоровью, 16,9 % — затрудняются ответить.

Среди опрошенных наиболее распространенными причинами, не позволяющими в полной мере заботиться о своем здоровье, являются: недостаток материальных средств (62,5 %), дефицит времени (54,7 %), недостаток силы воли (34,5 %), недостаток физических и моральных сил (18,4 %), наличие более важных дел (17,3 %).

Большинство респондентов (74,6 %) отмечают, что в их семье принято заботливо и доброжелательно относиться друг к другу, лишь половина опрошенных (50,4 %) ответили, что в их семье принято соблюдать рекомендации врачей.

Важно отметить, что 45,0 % опрошенных получают наиболее важную информацию о здоровье из Интернета, 34,2 % — из специальных ТВ программ, 28,7 % — от медперсонала лечебных и профилактических учреждений. Женщины в 2 раза чаще, чем мужчины, получают информацию из книг о здоровье. Руководители, служащие чаще получают информацию о здоровье из Интернета.

Согласно данным опроса, 75,4 % респондентов ответили, что заинтересованы в том, чтобы иметь больше информации по вопросам сохранения и укрепления здоровья, 15,0 % — затрудняются ответить, 9,6 % — не заинтересованы.

Несмотря на улучшение возможностей для занятий физической культурой и спортом уровень физической активности населения является крайне низким. Доля тех, кто ежедневно выполняет физические упражнения, составляет всего лишь 16,2 % опрошенных, занимаются спортом (посещают бассейны, тренажерные залы) — 18,0 %. 95,2 % всех опрошенных ответили, что не являются членом спортивного (физкультурно-оздоровительного) клуба и (или) общественной организации, занимающейся пропагандой здорового образа жизни.

Наиболее результативными способами привлечения людей к здоровому образу жизни 86,4 % опрошенных считают воспитание в семье, личный пример родителей, 43,0 % — повышение доступности условий и услуг оздоровления, 29,4 % — массовые физкультурно-оздоровительные мероприятия, 26,4 % — специальные акции за здоровый образ жизни (против табакокурения, наркотиков), 25,5 % — привитие навыков физической культуры в учреждениях образования, 23,9 % — личный пример авторитетных людей, кумиров, 22,4 % — социальная реклама в СМИ, 20,2 % — личный пример медицинских работников.

Результаты исследования показали, что забота о здоровье для значительной части респондентов проявляется в повышенном внимании к вопросам питания.

Ответы респондентов свидетельствуют о том, что качество питания в значительной степени определяет состояние здоровья человека. Позитивным результатом является то, что больше половины опрошенных (52,9 %) следят за маркировкой, сроком годности употребляемых продуктов, употребляют больше овощей и фруктов (41,5 %), стараются употреблять натуральные продукты (без добавок, консервантов) (40,8 %), стараются сделать рацион питания максимально разнообразным (32,7 %). В то же время сохраняется значительная доля респондентов (32,7 %), которые отмечают, что питаются как придется.

Доля респондентов, которые несколько раз в месяц употребляют легкие вина — 43,4 %, крепкие алкогольные напитки — 36,0 %, пиво — 30,8 %.

Согласно данным исследования среди опрошенных курит 21,0 %, из них: постоянно курит — 14,0 %, от случая к случаю — 7,0 %. Доля респондентов, бросивших курить, составила 20,2 %.

Выводы

В целом, данные проведенного исследования позволили выявить наиболее распространенные для населения г. Гомеля факторы риска, связанные с особенностями образа жизни человека: низкая физическая активность населения, нерациональное питание, недостаточное употребление овощей и фруктов, табакокурение, употребление алкоголя.

Настораживающим моментом является то, что практически половина опрошенных (45 %) наиболее важную информацию о здоровье получают из Интернета, лишь 2,9 % опрошенных получают информацию в «школах здоровья» при поликлиниках. Проведенное исследование показало низкий уровень просветительской, обучающей и воспитательной деятельности, направленной на повышение информированности по вопросам здоровья и его охраны, на формирование навыков укрепления здоровья.

Необходимо повышение роли первичного звена здравоохранения в профилактике заболеваний и формировании здорового образа жизни у населения, совершенствование службы медицинской профилактики, создание условий для укрепления здоровья на рабочем месте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Медик, В. А. Анализ медико-социальной ситуации в регионе (по материалам социологического исследования) / В. А. Медик, А. М. Осипов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2004. — № 4. — С. 14–18.
2. Организация оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в Республике Беларусь / А. Г. Мрочек [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2010. — № 3. — С. 9–17.
3. Протокол и практическое руководство. Общациональная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI). ЕБВ. — Копенгаген, 1996.

УДК 616.1-08-084:614.12

ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Будник Я. И., Шаршакова Т. М., Чешик И. А.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Ключевой составляющей процесса депопуляции в Беларуси является высокий уровень смертности, в том числе среди граждан, находящихся в трудоспособном возрасте.

По прогнозу при существующих тенденциях к 2030 г. на 1000 человек трудоспособного возраста будет приходиться 841 человек в нетрудоспособном возрасте (в 2010 г. — 693 человека).

Одной из причин создавшейся ситуации является ухудшение по ряду причин качества амбулаторного наблюдения за пациентами с болезнями системы кровообращения (БСК), хотя известно, что адекватное ведение больных на поликлиническом этапе позволяет значительно улучшить не только качество жизни пациентов, но и увеличить ее продолжительность.

В существующей системе организации медицинской помощи в первичном звене здравоохранения пациентам с болезнями системы кровообращения трудоспособного возраста амбулаторному этапу уделяется особое внимание. Именно в поликлинике осуществляется первичная диагностика БСК, выявляются факторы риска их возникновения и прогрессирования, проводится диспансеризация и реабилитация пациентов.

Мировой опыт показал, что основные неинфекционные болезни в значительной степени могут быть предупреждены с помощью мер, направленных против основных поведенческих факторов риска БСК.

Цель

Проведение оценки лечебно-профилактических рекомендаций при диспансерном наблюдении за пациентами трудоспособного возраста с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца на терапевтическом участке.

Материалы и методы исследования

Экспертная оценка лечебно-профилактических рекомендаций при диспансерном наблюдении за пациентами с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца проводилась по карте-схеме, разработанной авторами в соответствии с инструкцией о порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь постановления МЗРБ от 12 октября 2007 г. № 92 (в редакции Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2011 г. № 51).

Необходимые сведения выкопировывались из формы N 025/у-07 «Медицинская карта амбулаторного больного» в экспертную карту-схему и переносились в электронную базу данных. Всего проанализирована медицинская документация 300 пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца, которые находились на амбулаторном наблюдении в городской поликлинике г. Гомеля (200 пациентов) и г. Петрикова (100 пациентов).

Статистический анализ результатов исследования проводился на персональном компьютере с использованием программы «Statistica» 7.0. Количественные переменные представлены в виде среднего значения. Достоверность различий количественных признаков определяли с помощью t-критерия Стьюдента для сравнения независимых выборок. Результаты сравнения рассматривали как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Среди пациентов г. Петрикова, находившихся на диспансерном учете по поводу артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, преобладали мужчины — их было 53,0 %, среди пациентов г. Гомеля — женщины, 58,7 %. Средний возраст мужчин составил $43 \pm 5,6$ года, средний возраст женщин — $49 \pm 5,5$ года. При этом артериальной гипертензией страдало 81,7 % пациентов, сочетанной патологией (АГ + ИБС) — 14,3 %. Достоверных различий по возрасту, полу, отягощенности сопутствующей патологией между жителями Петриковского района и г. Гомеля не было ($p > 0,5$).

Важным разделом работы участкового врача — терапевта является заполнение первичного эпикриза взятия на диспансерный учет пациента с БСК, включающего не только необходимые лабораторные и инструментальные исследования, но и программу оздоровления медикаментозными, физиотерапевтическими и другими методами.

Проведенный анализ карт амбулаторного больного показал, что уже при постановке на диспансерный учет у пациентов с БСК был недостаточно собран анамнез, не у всех выявлялись причины и факторы риска рецидивирования заболевания. Осмотр участкового врача-терапевта отсутствовал у пациентов с АГ в 2009 г. в г. Петрикове у 24 %, в г. Гомеле — 10,2 % ($p < 0,05$), в 2011 г. — 13,9 и 9,2 % соответственно, что противоречит инструкции о порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь.

При диспансерном наблюдении пациентов с БСК важным аспектом является оценка динамики состояния и эффективность предупреждения рецидивирования болезни. Однако по записям городских и районных участковых врачей-терапевтов в амбулаторных картах составить полную картину об эффективности проводимого лечения не представлялось возможным (таблица 1).

Таблица 1 — Оценка лечебно-профилактических рекомендаций при диспансерном наблюдении за пациентами с БСК, %

Отсутствие медикаментозных рекомендаций, %						
Годы	г. Петриков (n = 100)		г. Гомель (n = 200)		всего (n = 300)	
	АГ	АГ + ИБС	АГ	АГ + ИБС	АГ	АГ + ИБС
2009	62,7	38,1	37,9	38,1	45,2	38,1
2010	54,8	29,2	30,1	18,2	37,3	23,9
2011	43,1	48,8	26,6	16,0	31,4	32,0
Отсутствие немедикаментозных рекомендаций, %						
	АГ	АГ + ИБС	АГ	АГ + ИБС	АГ	АГ + ИБС
2009	86,7	71,4	76,3	61,9	79,4	66,7
2010	76,7	83,3	66,5	50,0	69,5	67,4
2011	84,7	84,0	70,5	48,0	74,7	66,0
Отсутствие оценки риска по шкале SCORE, %						
	АГ	АГ + ИБС	АГ	АГ + ИБС	АГ	АГ + ИБС
2009	97,3	76,2	73,4	52,4	80,6	66,7
2010	95,9	87,5	66,5	54,5	75,1	70,0
2011	91,7	80,0	55,5	72,0	74,7	70,0

В 2011 г. у 43,1 % пациентов с АГ г. Петрикова, которые были осмотрены врачом — терапевтом, отсутствовали записи в амбулаторных картах о медикаментозном лечении, у 26,6 % пациентов — г. Гомеля ($p < 0,05$). У трети всех наблюдаемых пациентов с сочетанной патологией в 2011 г. отсутствовали медикаментозные рекомендации.

Антигипертензивная терапия современными препаратами (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина II), комбинированная терапия назначалась крайне редко и контроль за ее выполнением участковыми врачами-терапевтами не проводился. Почти во всех дневниках наблюдения не указывалась дата следующей явки пациента.

В 2011 г. у 84,0 % пациентов с сочетанной патологией районной поликлиники отсутствовали немедикаментозные рекомендации, у 48,0 % — городской поликлиники, у 84,7 % пациентов с АГ районной поликлиники, 70,5 % — в г. Гомеля ($p < 0,05$). Крайне редко отмечены рекомендации по ведению здорового образа жизни: у 1,2 % пациентов с АГ в районной поликлинике, 2,7 % — в городской поликлинике. В 2011 г. у всех пациентов отсутствовали рекомендации по коррекции стрессовых ситуаций, очень редко назначались рекомендации по отказу от курения и употребления алкоголя.

Диетические рекомендации присутствовали у пациентов с АГ в 2009 г. в г. Петрикове лишь у 18 %, в г. Гомеле — 27,4 %, в 2011 г. — 15,3 и 31,9 % ($p < 0,05$) соответственно, рекомендации по двигательной активности в 2011 г. у 3,5 % пациентов с АГ г. Петрикова, 8,8 % — пациентов г. Гомеля.

У 70 % пациентов с сочетанной патологией в 2011 г. оценка риска смерти по шкале SCORE не проводилась.

У всех пациентов трудоспособного возраста с БСК городской и районной поликлиник отсутствовали рекомендации по ранней реабилитации.

Следует отметить более внимательное отношение к пациентам с БСК со стороны городских участковых врачей-терапевтов, которые достоверно чаще отражали профилактические рекомендации в медицинской документации.

Выводы

У большинства пациентов в дневниках наблюдения отсутствуют рекомендации по диетической коррекции, модификации образа жизни.

Регулярная противорецидивная терапия назначалась лишь у двух третей городских пациентов и у половины районных пациентов. В городской и районной поликлиниках врачами-терапевтами не проводился контроль за назначением лечебно-профилактических рекомендаций пациентам с БСК.

Среди пациентов диспансерной группы в 2011 г. 26,6 % пациентов с АГ в городе и более трети в районном центре не получали противорецидивного лечения вообще.

Таким образом, результаты экспертной оценки лечебно-профилактических рекомендаций при диспансерном наблюдении за пациентами трудоспособного возраста с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца на терапевтическом участке свидетельствуют о недостаточной работе с этой группой пациентов.

Если врачи не верят в необходимость контроля факторов риска, то больные тем более не используют эти доказанные и эффективные методы лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Щавелева, М. В. Роль всеобщей диспансеризации в повышении качества жизни населения / М. В. Щавелева, Т. Н. Глинская, Э. А. Вальчук // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2010. — № 3. — С. 65–69.
2. Организация оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в Республике Беларусь / А. Г. Мрочек [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2010. — № 3. — С. 9–17.
3. Протокол и практическое руководство. Общенациональная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI). ЕБВ. — Копенгаген, 1996.

УДК 613.62

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Бусалаева Е. И., Тарасова Л. В., Опалинская И. В., Васильева Н. П.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова»
г. Чебоксары, Российская Федерация**

В современном мире человек вынужден жить в условиях хронического стресса, негативное воздействие которого может сказаться в любом возрасте. Термин «синдром эмоционального выгорания» (СЭВ) был предложен американским психиатром Фрейденом в 1974 г. для характеристики психического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном общении с другими людьми в эмоциональной атмосфере. Особенности трудовой деятельности и сложившегося индивидуального стиля работника, влияя на свойства его личности, могут иногда привести к так называемой «профессиональной деформации» [1].

В соответствии с современными понятиями СЭВ — это процесс постепенной утраты эмоциональной, познавательной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы [2].

Симптомы СЭВ можно (в некоторой степени условно) разделить на группы:

- 1) физические — усталость, физическое утомление, истощение, недостаточный сон;
- 2) эмоциональные — пессимизм, безразличие, агрессивность;
- 3) поведенческие — малая физическая нагрузка, безразличие к еде;
- 4) интеллектуальные — уменьшение интереса к новым идеям в работе;
- 5) социальные — все контакты ограничиваются работой.

Наиболее «мягкими» признаками стрессового состояния (человек их легче корректирует) являются поведенческие признаки, а наиболее «жесткими» — физиологические (физическое состояние). Примерно так же они проявляются под воздействием стрессовых факторов: сначала происходят изменения в поведении и общении (которые трудно осознаются), затем проявляются эмоциональные и физиологические (физическое состояние) признаки.

Люди, занятые в медицинской сфере, подвержены развитию СЭВ. Это побудило нас к изучению распространенности СЭВ среди студентов-медиков.

Наличие и выраженность СЭВ может быть выявлена с помощью опросников и шкал [3]. Используемая нами шкала позволяет оценить три основные сферы жизнедеятельности — общение, профессиональная деятельность и физическое состояние. Максимальное количество баллов по каждой из трех сфер — 60. Сумма от 0 до 10 баллов характеризует благополучное состояние; от 11 до 20 — нормальное; от 21 до 30 — допустимое; от 31 до 40 — настораживающее; от 41 до 50 — неблагоприятное; от 51 до 60 — весьма неблагоприятное. Для выявления пограничных психических нарушений мы использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии, которая состоит из 14 вопросов, подразделенных на субшкалу тревоги и субшкалу депрессии. При сумме от 0 до 7 баллов тревога/депрессия отсутствует, 8–10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 и более баллов — клинически выраженная тревога/депрессия.

Всего обследовано 100 студентов, средний возраст которых составил $21 \pm 1,52$ год. Первое обследование проведено в период обучения на 2 курсе, затем этих же студентов опрашивали в период их обучения на 5 курсе. При сравнительном анализе было выявлено, что распространенность тревоги/депрессии на начальном этапе обучения достоверно ниже, чем у старшекурсников. То есть нарушения психологического состояния нарастают по мере «взросления» студента и приближения к окончанию вуза.

Среди нынешних пятикурсников была выделена группа студентов с клинически выраженными тревожно-депрессивными нарушениями (более 11 баллов по госпитальной шкале). Численность этой группы 36 человек, т. е. больше чем 1/3 студентов 5 курса имеют пограничные психические нарушения. В этой группе 13 человек (т.е. каждый третий) имеет СЭВ различной степени выраженности. Как составляющие этого синдрома лидируют нарушения в сфере профессиональной деятельности (11 человек, причем у 4 студентов эти отклонения относятся к градации неблагоприятных), и в сфере общения (8 человек: у половины из них — неблагоприятные). Изменения в физическом состоянии встречались реже — у 5 человек, причем их можно отнести к группе настораживающих. Следует отметить, большинство студентов (20 человек) этой группы проживают в общежитии или на съемной квартире.

Группа студентов с субклинически выраженными тревожно-депрессивными нарушениями (8–10 баллов) состоит из 23 человек, т. е. каждый пятый. В этой группе 4 человек имеет СЭВ различной степени выраженности. Имеются нарушения в сфере общения у одного человека, в сфере профессиональной деятельности у 2 человек, в сфере физического состояния у 1 студента, причем их можно отнести к группе настораживающих. В этой группе проживают в общежитии или на съемной квартире 11 человек.

Подводя итоги нашего исследования, можно сказать, что у каждого второго студента 5 курса имеются тревожно-депрессивные нарушения различной степени выраженности с тенденцией к развитию СЭВ. В чем же причина?

1. Деятельность студента-медика относится к числу напряженных в эмоциональном плане видов труда, что отражается на уровне их психического и соматического здоровья. Высокая интенсивность «знаниевых» нагрузок, монотония, частые стрессогенные ситуации зачетов и экзаменов с одной стороны, а с другой — низкий уровень психологической культуры, личностные девиации, психофизиологические и вегетативные особенности, недостаточное развитие коммуникативных способностей, навыков саморегуляции приводит к тому, что значительная часть студентов-медиков страдает стресс-индуцированными расстройствами.

2. В то же время выгорание рассматривается и как механизм психологической защиты в ситуации трудностей в обучении с высоким уровнем личностной вовлеченности.

3. Специфическими для студентов-медиков факторами, приводящими к хроническому стрессу и выгоранию являются: организационные причины, неадекватная учебная среда (не оправдавшие себя ожидания освоения профессии уже на младших курсах, высокий уровень учебных нагрузок, напрямую не связанных с медициной, ограничения в проявлении творческих способностей), а также личностные и ролевые факторы (неопределен-

ность в своей будущей специальности, личностные особенности — нейротизм, эгоцентричность, интровертированность и др.).

4. В ряде исследований показано, что одним из важнейших стрессорирующих факторов для студентов-медиков на протяжении всего периода обучения являются периоды сдачи курсовых экзаменов. При этом даже в дни между сдачей экзаменов у студентов регистрируются повышенные значения артериального давления, симпатической активации регуляции сердца, психологические девиации — тревожность, бессонница и прочие, что характеризуются как состояние хронического эмоционального напряжения. При повторных стрессогенных ситуациях закономерно возникают психологические и поведенческие отклонения, соответствующие ранним стадиям (активации) развития СЭВ. Важно, что подобные сдвиги в эмоциональном поведении закрепляются на уровне неотрегулированных эмоций с комплексом вегетативно-гуморальных перестроек, что в дальнейшем приводит к «соматизации» поведенческих расстройств, появлению не только жалоб психо-эмоционального характера, но и соматических расстройств. Интерес представляет также и тот факт, что изменения в учебной программе с введением элементов преคลินิกских и клинических исследований (то есть адаптация программ к запросам студентов) значительно снижает проявление выгорания у студентов-медиков, делает обучение более привлекательным, повышает уровень ответственности, заинтересованности в освоении материала предмета [2, 3, 4].

Как следует из теоретического обзора и результатов собственных исследований, эмоциональное выгорание студентов-медиков является результатом сложного взаимодействия комплекса личностных особенностей обучающегося, его межличностных отношений с образовательной ситуацией, в которой он находится. Полученные в ходе исследования результаты убедительно свидетельствуют о том, что обучение студентов медицинского вуза может быть связано с формированием у них эмоционального выгорания. Студенты с явными признаками СЭВ не удовлетворены условиями обучения, отношениями с преподавателями и сокурсниками, отношениями в коллективе, часто испытывают разочарование в изучаемом предмете (выбранной профессии в целом). Фактор, опосредующий выгорание — это не только коммуникативная нагрузка (интенсивность, продолжительность и когнитивная сложность обучения по предмету), но и связанная с этим неудовлетворенность качеством жизни: переживание социальных несправедливостей и незащищенности, потеря ролевого статуса.

Учитывая сложность понятия эмоционального выгорания при планировании профилактических мер СЭВ следует учитывать комплекс личностных и организационных факторов, способствующих выгоранию, что довольно удачно постулируется в подходе К. Маслач и М. Лейтер [3]. Он основан на идее рассмотрения взаимодействия личностных и ситуационных факторов в возникновении выгорания и заключается в том, что выгорание — результат несоответствия между личностью и работой (учебой, профессиональной средой). Увеличение этого несоответствия повышает вероятность возникновения выгорания. В профилактике синдрома эмоционального выгорания можно использовать различные подходы: личностно-ориентированные методики, направленные на улучшение способностей личности противостоять стрессу через изменение своего поведения, отношения; и меры, направленные на изменение рабочего окружения (предупреждение неблагоприятных обстоятельств).

ЛИТЕРАТУРА

1. Свеницкий, А. С. Социальная психология управления / А. С. Свеницкий. — Л.: ЛГУ, 1986. — С. 7.
2. Психологические тесты: в 2 т. / под ред. А. А. Карелина. — М., 2002. — Т. 1.
3. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. — 2-е изд. — СПб.: Питер, 2008. — 338 с.
4. Глазачев, О. С. Синдром эмоционального выгорания студентов: поиски путей оптимизации педагогического процесса / О. С. Глазачев // Вестник международной Академии наук (Русская секция). Специальный выпуск. — 2011. — С. 26–45.

УДК 616.1-053-10

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У СТУДЕНТОВ

Бусалаева Е. И., Васильева Н. П., Опалинская И. В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова»
г. Чебоксары, Российская Федерация

Введение

Выделение метаболического синдрома (МС) имеет большое клиническое значение, поскольку при соответствующем своевременном лечении можно добиться исчезновения или, по крайней мере, уменьшения выраженности его основных проявлений. Наиболее важными факторами внешней среды, способствующими формированию МС, является избыточное потребление жирной пищи и низкая физическая активность [1, 2, 3]. Артериальная гипертония (АГ) — один из основных симптомов, объединенный в понятие МС [2, 3, 4]. Дислипидемия (ДЛП) также является одним из основных и наиболее часто встречающихся нарушений у пациентов с МС. По данным I Российского исследования взрослого населения города Чебоксары (n = 1800, случайная выборка) показано, что с возрастом распространенность МС увеличивается [2]. Однако в данную выборку не вошли лица моложе 30 лет.

Цель

Изучить распространение факторов риска формирования МС у лиц молодого возраста

Материалы и методы исследования

Для этого нами обследовано 100 человек, мужчин 45 и 55 женщин в возрасте от 17 до 27 лет, студентов медицинского факультета. Определялись антропометрические показатели с расчетом индекса массы тела, уровень артериального давления (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС), проводилась ортостатическая проба, снималась ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, оценивался вегетативный статус, изучались особенности пищевого поведения, уровень физической активности и распространенность тревожно-депрессивных нарушений анкетным методом. Состояние липидного обмена оценивалось по данным липидограммы.

Результаты исследования

Некоторые результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Основные показатели исследуемой группы

Возраст, годы	20,4 ± 2,6 (17–27)
Индекс массы тела, кг/м ²	21,1 ± 2,8 (16,5–30,5)
АД систолическое, мм рт. ст.	118 ± 15,8 (90–155)
АД диастолическое, мм рт. ст.	74,7 ± 9,3 (55–105)
ЧСС в покое, ударов/мин	80,9 ± 11,9 (42–125)
ХС общий, моль/л	4,4 ± 0,66 (2,87–5,82)
ХС ЛПВП, моль/л	1,44 ± 0,01 (0,69–2,7)
Триглицериды, моль/л	0,67 ± 0,1 (0,3–2,48)

Одним из важнейших условий здоровья, трудовой и социальной активности является полноценное в качественном и достаточное в количественном отношении питание, а также режим питания, его регулярность [1, 5]. Методом анкетирования мы изучили особенности питания студентов, которые представлены в таблице 2.

Анализ данных опроса показал, что питание обследуемых не соответствует нормам рационального питания ни по количественным ни по качественным характеристикам. Нерегулярно питается 58,4 ± 2,1 % опрошенных, у 40,2 ± 1,2 % интервал между приемами пищи составляет более 6 часов. В рационе преобладают продукты с большим количеством легкоусвояемых углеводов (56,9 ± 2,2 %), лишь 1,38 ± 0,2 % придерживаются растительной

диеты. Определено, что включает в свой рацион напитки, положительно влияющие на здоровье (кисломолочные продукты, натуральные соки), только $30,5 \pm 1,1$ % опрошенных, большая же часть студентов употребляет крепкий чай, кофе ($69,4 \pm 2,6$ %). $50 \pm 2,5$ % студентов не удовлетворены своим питанием, хотя у $72 \pm 1,2$ % выбор рациона обусловлен личным вкусом. При этом у большинства опрошенных выявлены те или иные отклонения в пищевом поведении.

Таблица 2 — Особенности питания студентов

Питание рациональное	20,8 %
Кратность приема пищи:	
— менее 3 раз в день	19,4 %
— 3–4 раза в день	70,8 %
— более 4 раз в день	9,7 %
Интервал между приемами пищи:	
— менее 4 часов	5,5 %
— 4–6 часов	54,1 %
— более 6 часов	40,2 %
Питание регулярное	41,6 %
В рационе преобладают:	
— легкоусвояемые углеводы	56,9 %
— растительные продукты	1,38 %
— мясомолочные продукты	41,6 %
— кисломолочные напитки	20,8 %
— соки	9,7 %
— крепкий чай, кофе	69,4 %
Рацион обусловлен:	
— финансовыми возможностями	25 %
— личным вкусом	72,2 %
— желанием изменить вес	2,7 %
Довольны своим питанием	50 %
Тип пищевого поведения:	
Экстернальный	59,7 %
Эмоциогенный	25 %
Ограничительный	16,6 %

Гиподинамия — второй по значимости после переизбытка фактор внешней среды, способствующий развитию ожирения и инсулинорезистентности [2–5]. Физическая активность студентов недостаточная. Путем опроса выявлено, что малоподвижный образ жизни ведут $75 \pm 2,2$ % студентов, при этом у мужчин этот показатель несколько ниже, но недостоверно.

Избыточная масса тела выявлена в $6,3 \pm 0,7$ %.

Дислипидемия — одно из основных и наиболее часто встречающихся при МС нарушений. Наиболее характерными является при МС являются гипертриглицеридемия, повышение уровня ЛПНП и снижение ЛПВП. Среди обследованных ДЛП выявлена в $12 \pm 0,7$ % — гиперхолестеринемия и (или) пониженное содержание ХС ЛПВП (последние обладают антиатерогенным свойством). Снижение уровня ЛПВП достоверно чаще встречалось у мужчин ($p < 0,05$).

Достаточно широко распространена отягощенная наследственность по АГ — $25 \pm 1,5$ %. АГ диагностирована у каждого 5-го ($18,05 \pm 1,1$ %) обследуемого студента.

Согласно современным клиническим рекомендациям, краеугольным камнем в лечении МС являются: снижение массы тела, изменение стереотипов питания, отказ от вредных привычек, таких как курение и злоупотребление алкоголем, повышение физической активности [2, 4]. Немедикаментозное лечение является более физиологичным, доступным и не требует больших материальных затрат. Среди лиц молодого возраста преобладают модифицируемые факторы. Своевременная их коррекция, преимущественно немедикаментозная, позволит предотвратить или значительно отсрочить формирование МС.

Выводы

1. Питание студентов нерациональное, несбалансированное, нерегулярное, у большинства студентов имеются нарушения пищевого поведения.

2. Из факторов, способствующих формированию МС, среди молодых людей преобладают гиподинамия, ДЛП, нарушение пищевого поведения.

3. Эти факторы могут быть скорректированы немедикаментозно, что позволит предотвратить или значительно отсрочить формирование МС.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вербовой, А. Ф.* Метаболический синдром: науч.-практ. пособие / А. Ф. Вербовой. — Самара: Волга-Бизнес, 2010. — С. 10–26.
2. Национальные Рекомендации по диагностике и лечению метаболического синдрома (второй пересмотр, 2007) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2007. — № 6 (6). — Приложение 2.
3. *Чазова, И. Е.* Профилактика, диагностика и лечение метаболического синдрома: пособие для практикующих врачей / И. Е. Чазова, В. Б. Мычка. — М., 2005. — С. 4–48.
4. *Оганов, Р. Г.* Профилактическая кардиология: руководство для врачей. — М.: Media 77, 2007. — С. 34–60.
5. Метаболический синдром у детей и подростков / под ред. Л. В. Козловой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 96 с.

УДК 613.644:613.5

**МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РАЗРАБОТКЕ ГИГИЕНИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ
ОЦЕНКИ КОМБИНИРОВАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ШУМА И ВИБРАЦИИ
НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ ПРОЖИВАНИЯ**

*Быкова Н. П., Щербинская И. П., Соловьева И. В.,
Кравцов А. В., Гринцевич Д. В.*

Республиканское унитарное предприятие
«Научно-практический центр гигиены»
г. Минск, Республика Беларусь

Состояние здоровья человека зависит от множества различных факторов. К основным факторам, определяющим вероятность развития нарушений состояний здоровья человека, относятся образ жизни и поведение, окружающая среда, генетические факторы, качество жизни. Комфортные условия среды обитания во многом определяются выраженностью физических факторов. Деятельность человека в современных условиях, направленная на повышение комфортности условий проживания и первоначально ориентированная на повышение качества жизни, приводит к увеличению специфической нагрузки на организм человека. Так, транспорт, являясь важной составляющей инфраструктуры современных городов, по оценке ВОЗ вносит решающий вклад в формирование риска здоровью населения на урбанизированных территориях. Задача перевозки населения в крупных городах сегодня может быть решена с помощью внедрения использования комплексных систем общественного транспорта, включающих подземный, наземный рельсовый и безрельсовый транспорт. Каждый из перечисленных видов общественного транспорта имеет свои преимущества и недостатки, определяющие целесообразность его использования в том или ином случае.

Увеличение плотности застройки и пассажиропотока и, как следствие, рост интенсивности движения на транспортных магистралях, строительство новых участков метрополитена мелкого заложения привели к тому, что транспортные потоки стали основными источниками шума и вибрации на улицах городов, а также виброакустического дискомфорта в жилье.

Изучение субъективной оценки населением степени воздействия на комфортность проживания позволила ранжировать неблагоприятные факторы по степени значимости. Шум поставлен на пятое, а вибрация на шестое место, определяя их значимую роль в формировании неблагоприятных условий для проживания.

По данным научных медицинских исследований высокие уровни шума замедляют психические реакции, вызывают раздражительность, ускоряют процесс утомления, изменяют скорость дыхания и пульса, нарушают обмен веществ. Шум во время работы мешает концентрации внимания и тем самым снижает продуктивность работы. Шум негативно воздействует на нервно-психическую сферу людей, способствуя возникновению так называемого шумового синдрома, характерного для некоторых заболеваний. Шум может приводить к нарушению секреторной и моторной (двигательной) функции желудка; такие болезни, как гастрит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, чаще всего встречаются у людей, живущих или работающих в шумной обстановке. Шум может провоцировать преждевременного старения в 30 случаях из 100 и сокращает жизнь людей в крупных городах на 8–12 лет [2].

В последние годы наблюдается тенденция к увеличению контингента лиц, подвергающихся воздействию вибрации в условиях быта и отдыха. Она обусловлена все возрастающим количеством источников вибрации в городской среде и ее распространением на селитебную территорию и жилые здания. Источниками вибрационных колебаний в жилых и общественных зданиях могут выступать отдельные промышленные объекты, различные виды городского наземного и подземного транспорта, инженерно-техническое оборудование зданий (лифты, водонапорные, вентиляционные системы) и инженерно-технологическое оборудование встроенных предприятий. Зоны неблагоприятного влияния вибрации на население могут достигать 150 м от источника, и зависят от специфики назначения и особенностей эксплуатации.

Проживание людей в зоне воздействия вибрации приводит к ухудшению самочувствия, неблагоприятному влиянию на центральную нервную и сердечно-сосудистую системы, увеличению уровня неспецифической заболеваемости. Научно установлено сочетанное воздействие на здоровье людей шума и вибрации в условиях проживания, которое приводит к достоверным, в 1,5–2,5 раза более выраженным изменениям физиологических показателей центральной нервной и сердечно-сосудистой систем по сравнению с действием на население каждого фактора в отдельности. Это вызывает замедление адаптационных реакций, что способствует снижению резистентности организма человека, сопутствующим заболеваниям [3].

В настоящее время гигиеническое нормирование шума и вибрации в бытовых условиях производят раздельно, хотя они имеют общую физическую природу и свойства, совместно генерируются и распространяются, а в последствии и воздействуют одновременно. Поэтому разработка гигиенических критериев оценки неблагоприятного комбинированного воздействия физических факторов в условиях урбанизированной жилой среды на состояние здоровья человека представляют собой важнейшим направлением здоровьесбережения в части гигиены и экологии человека.

С целью изучения комбинированного воздействия шума и вибрации в условиях проживания населения была разработана методология, в основу которой положен принципиально новый категорийный метод анализа. Указанный метод анализа неблагоприятного комбинированного воздействия шума и вибрации в условиях проживания населения представляет собой метод присвоения фактически измеренным уровням шума и вибрации баллов влияния, при котором один балл — научно обоснованная условная единица неблагоприятного комбинированного воздействия шума и вибрации в условиях проживания населения.

Категорию неблагоприятного воздействия согласно разработанной методике определяют из принадлежности рассчитанного балла диапазону определяемого воздействия, а именно:

- 0 баллов — категория оптимального воздействия — категория комбинированного воздействия, характеризующаяся уровнями шума и вибрации, значения которых находятся ниже порога чувствительности восприятия человека;
- 1–5 балл(ов) — категория приемлемого воздействия — категория комбинированного воздействия, которое не вызывает у человека значительного беспокойства и существенных изменений показателей функционального состояния систем и анализаторов, чувствительных к виброакустическим воздействиям;
- 6–10 баллов — категория апосематического воздействия — категория комбинированного воздействия, способного вызывать у человека значительное беспокойство и существенные изменения показателей функционального состояния систем и анализаторов, чувствительных к виброакустическим воздействиям.

На данном этапе в результате проведенных исследований по отраслевой научно-технической программе «Современные условия жизнедеятельности и здоровьесбережение» впервые разработана методология гигиенической оценки неблагоприятного комбинированного воздействия шума и вибрации в условиях проживания населения. Конечной целью выполняемых исследований являются разработки гигиенического критерия и инструкции по применению «Гигиеническая оценка комбинированного воздействия шума и вибрации в условиях проживания населения», которые позволят проводить комплексную гигиеническую оценку условий проживания с учетом взаимного влияния шума и вибрации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шандала, М. Г. Определение роли отдельных факторов в комплексном влиянии окружающей среды на здоровье человека / М. Г. Шандала, Я. И. Звизняцковский // Гигиена и санитария. — 1981. — № 12. — С. 16–19.
2. Губернский, Ю. Д. Экология и гигиена жилой среды: учеб. пособие / Ю. Д. Губернский, С. И. Иванов, Ю. А. Рахманин. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 204 с.
3. Худницкий, С. С. Оценка совместного влияния шума и вибрации на организм человека в условиях проживания / С. С. Худницкий // Современная методология решения научных проблем гигиены: сб. науч. тр. — Минск: Беларуская навука, 1997. — С. 253–262.

УДК 613.7:378.018

ЦЕННОСТНОЕ ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ К ЗДОРОВЬЮ*Вайберт М. И.*

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова»
г. Чебоксары, Российская Федерация**

В ряду приоритетных ценностей здоровью безоговорочно отводится первостепенное значение. Сам процесс формирования ценностного отношения к здоровью происходит через самопознание, самосохранение, саморазвитие личности, через гармонизацию отношений человека с самим собой, с окружающими людьми, с природой, через постоянный духовно-нравственный поиск, обращенный и к себе, и к миру.

Здоровье является одной из всеобщих ценностей в системе мировоззрения каждого человека, независимо от пола, возраста, семейного положения, профессионального уровня, социального статуса, национальной и религиозной принадлежности [2].

Известно, что на состояние здоровья оказывают влияние следующие факторы: экологическая обстановка, социально-экономические условия (в том числе качество медицинского обслуживания), генотип (или врожденные особенности организма), а также образ жизни.

Как показал анализ исследований, существуют половозрастные особенности отношения к здоровью, в частности, следующие. Доминирующей потребностью в системе терминальных ценностей женщин является здоровье (у 65 % женщин эта ценность занимает первую позицию), у мужчин — работа, карьера (50 % мужчин) [1].

В случае ухудшения здоровья у женщин уровень тревожности увеличивается, а у мужчин, наоборот, снижается. Женщины более чувствительны к изменениям своего самочувствия, они чаще испытывают чувство страха, узнав об ухудшении своего здоровья, а мужчины более спокойно относятся к ухудшению здоровья. Возможно, что полученные результаты связаны с социально-одобряемыми стереотипами мужского и женского поведения, в соответствии с которыми мужчина должен всегда быть сильным и ничего не бояться, а женщина вполне может позволить себе слабость. Подводя итоги рассмотрения гендерных особенностей отношения к здоровью, можно отметить следующее: в целом, для женщин характерен более высокий уровень адекватности отношения к здоровью по сравнению с мужчинами [1].

В исследовании проверялась гипотеза: отношение к здоровью студенческой молодежи детерминировано гендерными различиями. Респондентами являлись 80 студентов экономического факультета ЧГУ им. И. Н. Ульянова в возрасте 19–22 лет. Среди них 55 девушек и 25 юношей. Был использован комплекс методов: наблюдение, беседа, опросные методики.

По результатам методики «Самооценка состояния здоровья» (Д. Н. Давиденко) было установлено, что свое состояние здоровья оценивают как «хорошее» 66,2 % девушек и 33,8 % юношей; как «плохое» — 6,2 % девушек и 10 % юношей. То есть, большинство испытуемых определяют свое состояние, характеризующееся хорошим самочувствием и настроением, отсутствием болезненных ощущений, физическим и моральным благосостоянием.

Для изучения аспекта психологических особенностей отношения человека к своему здоровью была использована методика «Отношение к здоровью» [3]. С помощью данной

методики было установлено, что к «здоровью» респонденты относятся по-разному. Факторами, которые оказывают наиболее существенное влияние на состояние своего здоровья они указали следующие: вредные привычки (37,5 %), образ жизни (31,2 %), экологическая обстановка (25 %), качество медобслуживания (12,5 %), недостаточная забота о своем здоровье (15 %), особенности питания (38 %). Для поддержания своего здоровья испытуемые: занимаются физическими упражнениями, посещают спортивные секции (50 %); придерживаются диеты, следят за своим весом (15 %); посещают врача с профилактической целью (12,5 %); избегают вредных привычек (66,2 %); закаляются (12,5 %).

В целом, ценностно-мотивационный, поведенческий и когнитивный уровни (значимости здоровья в индивидуальной иерархии ценностей, степень сформированности установки на сохранение и укрепление здоровья; понимание роли здоровья в обеспечении активной продолжительности жизни; соответствие действий человека требованиям здорового образа жизни) низки. Уровень же эмоционального компонента (оптимальный уровень тревожности по отношению к здоровью, умение наслаждаться состоянием здоровья и радоваться ему) высок. Возможно, это связано с возрастными особенностями.

Анализ определений понятия «здоровье» показал, что 37,5 % респондентов определяют здоровье как хорошее самочувствие (ощущение комфорта, благополучия, спокойствие и уверенность), 15 % — когда оно есть, не замечаешь; 12,5 % испытуемых считают, что это отсутствие болезненных ощущений; 10 % — это гармония психического и физического; 10 % — гарантия успеха во всех делах; 18,5 % — это полная активная жизнь, вкус к жизни; 6 % считают, что это основа всей деятельности человека; 10 % — когда не задумываешься, что это такое и 25 % респондентов определяют здоровье как радость и счастье.

Для изучения аспекта жизнестойкости был использован тест «Жизнестойкости» (адаптация опросника Hardiness Survey, разработанного американским психологом С. Мадди) Д. А. Леонтьев, Е. И. Рассказова. Получены следующие результаты: жизнестойкость как основу психического здоровья оценивают 82,2 % респондентов, вовлеченность — 37,5 %, контроль — 25 %, принятие риска — 15 %.

Для изучения ценностно-мотивационной сферы человека была применена методика «Ценностные ориентации» (М. Рокич). Система ценностных ориентаций определяет содержательную сторону направленности личности и составляет основу ее отношений к окружающему миру, к другим людям, к себе самому, основу мировоззрения и ядро мотивации жизненной активности и основу жизненной концепции.

Результат исследования показал, что у девушек наблюдается более высокая самооценка по сравнению с юношами. Установлено, что терминальная ценность здоровья девушек выше, чем у юношей (высокая ценность здоровья характерна для 50 % юношей и 66,2 % девушек).

По результатам нашего исследования была выявлена прямая зависимость (положительная) следующих признаков: хорошее здоровье и отсутствие вредных привычек ($r = +0,73$ при $p = 0,001$), поэтому с уверенностью можно сказать, что отсутствие вредных привычек благотворно влияет на здоровье человека. Положительный эффект, как показала корреляция, на здоровье оказывают и хорошее питание ($r = +0,66$ при $p = 0,001$), здоровый образ жизни ($r = +0,66$ при $p = 0,001$), диета ($r = +0,87$ при $p = 0,001$), регулярное профилактическое посещение врача ($r = +0,67$ при $p = 0,001$), закалка ($r = +0,86$ при $p = 0,001$) и наличие терминальных ценностей ($r = +0,60$ при $p = 0,001$). Положительную зависимость имеют неблагоприятные экологические условия и «плохое» здоровье ($r = +0,73$ при $p = 0,001$), что говорит о том, что живя в неблагоприятных экологических условиях, человек должен тщательнее заботиться о своем здоровье.

Наше исследование выявило также и обратную (отрицательную) зависимость: регулярное профилактическое посещение врача и «плохое» здоровье ($r = -0,66$ при $p = 0,01$) — если человек будет регулярно посещать врача, то риск снижения здоровья уменьшается. Отрицательную зависимость имеют, в свою очередь, наличие вредных привычек и ориентация на термальные ценности ($r = -0,90$ при $p = 0,01$).

Исходя из вышесказанного, можно сделать следующие **выводы**:

1) формирование ценностного отношения к здоровью является важнейшей проблемой современности;

2) здоровье индивида есть динамическое состояние, процесс сохранения и развития его биологических, физиологических и психических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности при максимальной продолжительности жизни;

3) критерии здоровья носят несбалансированный и негармоничный характер, в нем явно смещен акцент в сторону физического здоровья, имеет место «соматизация» понятия здоровья, а девушки обнаруживают большее понимание роли психических и социальных признаков в оценке здоровья;

4) несмотря на то, что здоровье как ценность занимает достаточно высокое место в иерархии индивидуальных ценностей, как у юношей, так и у девушек, для тех и других характерен, в целом, достаточно низкий уровень активности поведения, направленного на сохранение и укрепление здоровья; однако следует отметить, что отношение девушек к своему здоровью более деятельно и в большей степени соответствует требованиям здорового образа жизни: они раньше начинают заботиться о своем здоровье, уделяют больше внимания правильному питанию;

5) большинство девушек в отличие от юношей, при самооценке своего здоровья рассматривают его как «хорошее»;

6) факторами, которые оказывают наиболее существенное влияние на состояние своего здоровья, большинство указали следующее: вредные привычки, образ жизни, экологическая обстановка, качество медобслуживания, недостаточная забота о своем здоровье, особенности питания; испытуемые также выделили следующие факторы, поддерживающие здоровье: занятие физическими упражнениями, посещение спортивных секции, соблюдение диеты, посещение врача с профилактической целью, отказ от вредных привычек, закалка — в целом, здоровый образ жизни.

На основе полученных данных можно дать следующие рекомендации:

— для профилактики переутомления необходимо отводить время для отдыха (с целью восстановления работоспособности), личностного развития, занятия спортом и участия в оздоровительных мероприятиях;

— выделять и развивать все те многообразные тенденции, которые способствуют формированию здорового образа жизни и содержатся в самых различных сторонах жизни человека;

— стремиться к гармонизации отношений с социальным окружением, с самим собой, с природой;

— не поддаваться действию деструктивных факторов, которые влияют на здоровье (алкоголизм, табакокурение, наркомания, нерациональное питание).

ЛИТЕРАТУРА

1. Никифоров, Г. С. Психология здоровья: учеб. для вузов / Г. С. Никифоров. — СПб.: Питер, 2006. — 607 с.
2. Николаев, Е. Л. Психическое здоровье на евразийском пространстве культур: клинические, психологические и социальные реалии / Е. Л. Николаев, Ю. В. Игнатьев, Д. М. Мухамадиев. — Чебоксары: изд-во Чуваш. ун-та, 2013. — 378 с.
3. Практикум по психологии здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. — СПб.: Питер, 2005. — 351 с.

УДК 159.9:61+616.89

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Васильева Н. В.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова»
г. Чебоксары, Российская Федерация**

Рассеянный склероз (РС) — самое распространенное демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы (ЦНС), тяжелое заболевание с полиморфной неврологической

симптоматикой, часто сопровождающееся выраженными психологическими нарушениями, поражающее лиц молодого трудоспособного возраста и быстро приводящее к инвалидизации.

По распространенности среди неврологических заболеваний ЦНС РС занимает четвертое место после острых нарушений мозгового кровообращения, эпилепсии и паркинсонизма, а в молодом возрасте — второе место после эпилепсии (R. A. Rudick, D. E. Goodkin, 2000).

Заболеваемость РС увеличивается в среднем с 2,0–2,2 до 3,4 случаев на 100 тыс. населения в год; в некоторых странах Северной Европы — до 5–8 новых случаев. В настоящее время отмечается рост заболеваемости не только в традиционных для РС областях и этнических группах, но и в зонах, ранее свободных от него.

По данным ВОЗ, среди неврологических заболеваний РС является основной причиной стойкой инвалидизации лиц молодого возраста. Через 10 лет от начала заболевания 30–37 % больных способны передвигаться только с посторонней помощью, 50 % больных имеют трудности в выполнении профессиональных обязанностей, более 80 % больных вынуждены сменить работу. Через 15 лет только 50 % больных сохраняют способность работать, обслуживать себя и свободно передвигаться.

Как показывает имеющийся в научной литературе данные, в последнее десятилетие в мире сформировался принципиально новый подход к лечению РС. Широкое распространение получила практика создания при крупнейших научных неврологических учреждениях специализированных центров, в которых опытные врачи, используя современные методы диагностики и активное лечение (особенно на ранних стадиях заболевания), включающее использование препаратов, симптоматической медикаментозной и немедикаментозной терапии, психотерапевтических методик, оказывают высокоэффективную помощь данной группе пациентов.

В Чебоксарах на базе неврологического отделения № 1 Республиканской клинической больницы Минздравосоцразвития Чувашии проходят лечение больные РС. В процессе психотерапевтического лечения пациентов чаще используются техники в рамках рецептивного психотерапевтического подхода по Е. Л. Николаеву (2006).

Такой подход предусматривает менее активное участие пациента в лечебном процессе, в ходе которого психотерапия может применяться наряду с фармакотерапией и другими методами биологического воздействия (физиотерапией, рефлексотерапией, мануальной терапией), часто имеющими большее значение для самого пациента. Врач самостоятельно определяет порядок и объем лечения и полностью принимает на себя ответственность за ход и результаты лечения.

Само воздействие чаще всего осуществляется в директивной форме. Однако при этом психотерапевту важно сохранять позитивность отношения, открыто проявляя эмпатию и дружелюбие. Больной здесь часто ожидает конкретных советов, что необходимо учитывать и в приемлемой форме удовлетворять эту потребность. От пациента требуется регулярное посещение специалиста, точное выполнение инструкций и заданий. Внимание на личной активности пациента обычно не фокусируется. Предпочтительной формой работы является индивидуальная, но допускается и совместная работа в группе с другими больными для индуцирования положительного эффекта. Поскольку глубокое межличностное взаимодействие при этом не предусмотрено, групповая динамика в таком процессе не развивается.

Собственно групповая психотерапия в рамках такого подхода обычно проблематична, т.к. больные часто не в состоянии выйти на уровень доверительных отношений с другими участниками и больше ориентируются на авторитетную фигуру психотерапевта.

К рецептивному подходу можно отнести классические гетеросуггестивные техники, рациональную психотерапию, методы поведенческой терапии, арт-терапию, музыкотерапию, терапию творческим самовыражением и др.

Не затрагивая роли личности в формировании патологической ситуации, психотерапия в рамках рецептивного подхода дает пациенту весомое ощущение поддержки и позволяет добиваться положительных изменений в его состоянии. Данный подход апеллирует к природной способности человека искать, находить и воспринимать помощь, адекватную сложности конкретной ситуации (Е. Л. Николаев, 2006).

Пациенты получают знания об адаптивных стратегиях преодоления болезни. В ранние сроки после постановки диагноза пациенту разъясняются особенности течения болезни РС, планы обследования и лечения, обсуждаются вопросы приверженности терапии. В психотерапии пациентов с большей длительностью заболевания большее внимание уделяется обсуждению новых, доступных в двигательном плане видов деятельности, пациенты обучаются строить по-новому взаимоотношения с людьми, не стесняются принимать помощь со стороны.

Большое психотерапевтическое значение имеет обсуждение типичных бытовых проблем (температурный режим, диета, режим нагрузок, физкультура и пр.), разъяснение пациенту социальных и юридических вопросов, связанных с болезнью и утратой трудоспособности. При работе с больными молодого возраста большое значение уделяется помощи в социализации: обсуждаются проблемы общения со сверстниками, поиска спутника жизни или перспективы рождения детей, общение через Интернет и т. д.

Результатом терапии является достоверное снижение уровня тревоги, сглаживание депрессивных проявлений, уменьшение страха неизвестности. Данные подтверждаются результатами динамического нейропсихологического тестирования по шкалам. Вышеприведенные данные показывают, что комплексное реабилитационное лечение, приводит к улучшению психологического состояния пациентов, повышению их самооценки, и, как следствие, способствует повышению качества жизни больных рассеянным склерозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Николаев, Е. Л. Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры / Е. Л. Николаев. — Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006. — 384 с.
2. Протокол ведения больных рассеянным склерозом. — М., 2005.
3. Столяров, И. Д. Рассеянный склероз: диагностика, лечение, специалисты / И. Д. Столяров, А. Н. Бойко. — СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2008. — 320 с.

УДК 159.96

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТРЕССА ПЕДАГОГОВ В СФЕРЕ ШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Васина Н. В., Комаров А. И.

Учреждение образования

«Финансово-технологическая академия»

г. Королёв, Московская область, Российская Федерация

Введение

Профессиональный стресс представляет собой многомерный феномен, выражающийся в физиологических и психологических реакциях на сложную рабочую ситуацию.

Количество стресс-факторов, вызывающих сложные психологические состояния, чьи последствия осложняют профессиональную деятельность, в современных социокультурных условиях стремительно возрастает. Профессия педагога школьного образования является стрессогенной, так как требует от специалиста высокого уровня развития таких характеристик, как саморегуляция и самообладание. Труд педагога является одним из наиболее напряженных в эмоциональном плане видом деятельности [1].

Актуальность данного исследования обусловлена тем, что профессиональная и социальная активность педагогов в современном обществе все более и более насыщается множеством связей и отношений. Высокая динамичность и интенсивность взаимодействий людей в социальной и профессиональной сферах, так характерные для сегодняшнего профессионального мира, насыщают трудовую деятельность учителя все большим количеством стрессогенных факторов, увеличивая и без того высокую эмоциональную напряженность.

Цель

Исследование уровня выраженности профессионального стресса и толерантности к нему у педагогов школьного образования.

Задачи:

- 1) исследование уровня выраженности профессионального стресса у педагогов школьного образования;
- 2) исследование уровня толерантности к профессиональному стрессу у педагогов школьного образования;
- 3) выявление взаимосвязи между уровнем толерантности к профессиональному стрессу и уровнем его выраженности у педагогов школьного образования.

Объект исследования

Профессиональный стресс у преподавателей школьного образования.

Предмет исследования

психологические особенности профессионального стресса у преподавателей школьного образования.

Гипотеза

В виду постоянного нахождения педагогов в стрессовых ситуациях уровень профессионального стресса возрастает, а уровень толерантности к профессиональному стрессу, напротив, снижается.

Профессия педагога является на сегодняшний день одной из стрессогенных. Возникновение стресса у педагогов связано с высоким эмоциональным напряжением, социальным напряжением (выстраивание индивидуальной модели общения с воспитанником и коллегами, координация общения в коллективе), а также информационными перегрузками в процессе профессиональной деятельности [5].

Данное состояние напряжения создает барьеры в профессиональной деятельности педагога; последствия блокируют его коммуникативную активность (нарушают взаимодействие с воспитанником и педагогическим коллективом), влияют на физическое и психическое здоровье и в целом на адаптацию (стрессоустойчивость) педагога. Таким образом, проблема стрессоустойчивости выступает как проблема обеспечения сохранения и повышения продуктивности труда педагога в условиях резкого возрастания нагрузок.

Нами было проведено исследование по выявлению уровня выраженности профессионального стресса и уровня толерантности к нему. Исследуемую выборку составили педагоги, работающие в школах городов Московской области. Возрастной критерий варьируется от 23 до 52 лет. В среднем педагогический стаж выборки от 2 до 25 лет. Так же испытуемые были разделены на две группы. В первую группу вошли 13 педагогов в возрасте от 21 до 28 лет, со стажем работы от года до 5 лет. Вторую группу составили 17 педагогов в возрасте от 30 до 52 лет и педагогическим стажем от 7 до 25 лет.

В исследовании использовались следующие методики:

1. Шкала организационного стресса.
2. Тест на профессиональный стресс (Т. Д. Азарных, И. М. Тыртышников).
3. Шкала психологического стресса PSM-25.
4. Метод ранговой корреляции Спирмена.

По результатам проведенного исследования нами были сделаны следующие **выводы:**

1. По шкале организационного стресса для испытуемых первой группы характерен умеренный уровень толерантности к профессиональному стрессу, тогда как для испытуемых второй группы характерен низкий уровень толерантности к нему (рисунки 1, 2).

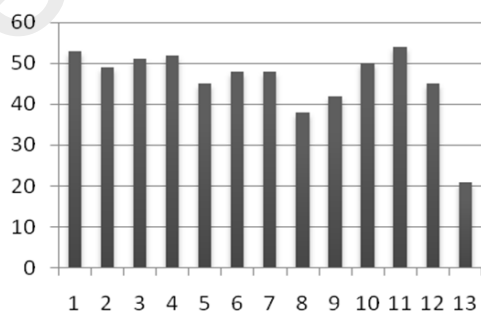


Рисунок 1 — Толерантность к профессиональному стрессу у I группы

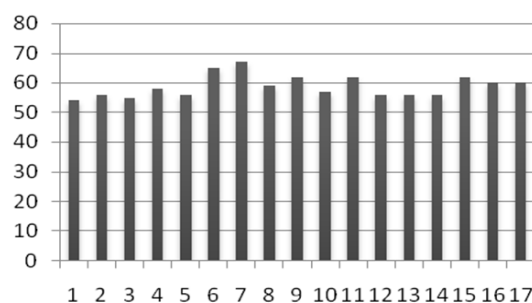


Рисунок 2 — Толерантность к профессиональному стрессу у II группы

2. По итогам теста на профессиональный стресс (Т. Д. Азарных, И. М. Тыртышников) у первой группы испытуемых был выявлен показатель, соответствующий умеренному уровню выраженности профессионального стресса. У второй же группы показатель выраженности профессионального стресса находится на повышенном уровне (рисунки 3, 4).

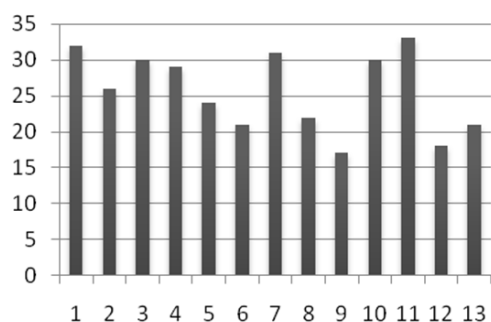


Рисунок 3 — Уровень выраженности профессионального стресса у I группы

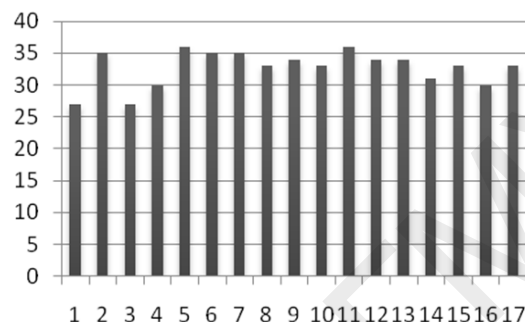


Рисунок 4 — Уровень выраженности профессионального стресса у II группы

3. По шкале психологического стресса PSM-25 для первой группы испытуемых характерен средний уровень выраженности актуального стресса, для второй группы характерен пограничный — между средним и повышенным уровнем.

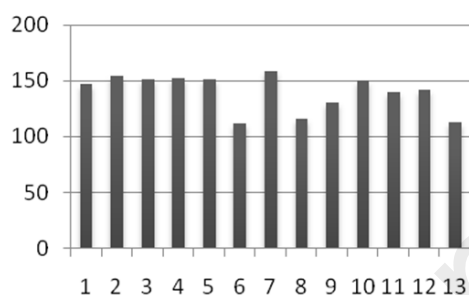


Рисунок 5 — Уровень выраженности актуального стресса у I группы

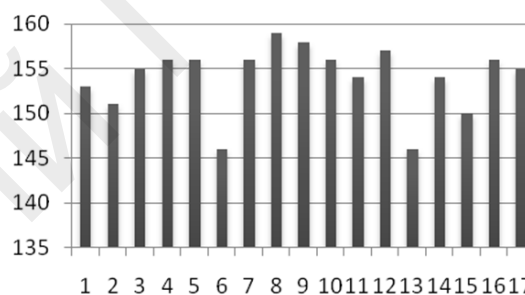


Рисунок 6 — Уровень выраженности актуального стресса у II группы

4. Расчет U-критерия Манна-Уитни показал, что разница между группами по всем трем исследуемым показателям оказалась статистически значимой.

5. Связь между признаком Y (уровень выраженности профессионального стресса) и фактором X (уровень толерантности к профессиональному стрессу) у обеих групп прямая, сильная в первом случае и слабая во втором, а коэффициент корреляции статистически значим, что учитывая особенности используемых методик, частично подтверждает гипотезу.

6. Связь между признаком Y (уровень выраженности актуального стресса) и фактором X (уровень толерантности к профессиональному стрессу) у обеих групп слабая и прямая, но коэффициент корреляции статистически не значим, однако это может быть вызвано ограниченностью выборки, что также частично подтверждает гипотезу.

В результате проведенного исследования была установлена взаимосвязь между уровнем выраженности процессуального стресса и уровнем толерантности к нему. Данные полученные по результатам проведения теста на профессиональный стресс (Т. Д. Азарных, И. М. Тыртышников) свидетельствуют о том, что у педагогов первой группы, чей стаж не превышал 5 лет, показатель подверженности профессиональному стрессу находился на умеренном уровне. Однако у испытуемых второй группы, чей педагогический стаж находился в пределах 7–25 лет, данный показатель находился уже на повышенном уровне. Это подтверждают и результаты по шкале психологического стресса PSM-25, которая показывает, что у первой группы уровень выраженности актуального стресса так же находится в пределах нормы, в то время как у второй группы он находится либо на повышенном, либо на пограничном уровне, что свидетельствует о состоянии психологического

дискомфорта и дезадаптации. Данные полученные по шкале организационного стресса свидетельствуют так же о том, что у первой группы преобладает умеренная толерантность к профессиональным стрессам, в то время как у второй группы ее уровень преимущественно понижен. Так же, связь выявленная между уровнем толерантности и уровнем выраженности профессионального стресса по обеим группам оказалась прямой и статистически значимой, что учитывая особенности используемых методик частично подтверждает гипотезу.

Результаты исследования частично подтвердили гипотезу о том, что в виду постоянного нахождения педагогов в стрессовых ситуациях уровень профессионального стресса возрастает, а уровень толерантности к нему, напротив, снижается. В нашем исследовании была выявлена статистически значимая прямая корреляция между показателями выраженности профессионального стресса и толерантности к нему, что в виду особенностей используемых методик, подтверждает гипотезу.

Таким образом, в нашей работе была частично подтверждена гипотеза, решены поставленные задачи и достигнуты цели исследования. Кроме того, разработаны рекомендации по разработке программы профилактики и снижения уровня профессионального стресса.

Рекомендации по профилактике и снижению стресса

Одним из наиболее эффективных средств защиты от стресса, а так же инструментом для повышения устойчивости к нему является умело организованная релаксация.

Для обнаружения и объяснения реакции своего организма на стрессоры рекомендуется использовать метод аутоанализа проявлений личного стресса благодаря ведению «дневника стрессов». Данный метод требует фиксации в дневнике на протяжении нескольких недель того, когда и в каких ситуациях были обнаружены признаки стресса. Анализ подобных дневниковых записей поможет быстро и просто определить какие жизненные ситуации и события способствуют появлению стресса. Именно описанные в дневнике регулярно повторяющиеся ситуации могут являться причиной возникновения стрессов. В данном случае рекомендуется избегать данных причин или предпринять попытку изменения своей реакции на данные раздражители.

В виду того, что у большинства педагогов был обнаружен повышенный уровень выраженности стресса, близкий к острым показателям имеет смысл рассмотреть методы первой помощи при остром стрессе.

В качестве одного из основных методов может выступать локальная концентрация, представляющая собой внутренний диалог, способствующий вытеснению из сознания насыщенных стрессом переживаний.

В условиях стрессовой ситуации так же крайне рекомендуется заняться любой отвлекающей деятельностью, которая будет служить своеобразным «громоотводом», помогая абстрагироваться от внутреннего состояния напряжения.

Первым шагом к преодолению психологического стресса является попытка разобраться с самим собой, понять свои цели, представить образ будущего и дать ответ на вопрос о смысле ваших действий. Зачем вы это делаете?

Самый распространенный здесь способ — попробовать как бы подняться над ситуацией, изменив свой угол зрения, взглянув на свое положение и работу с более глобальной точки зрения.

Другим способом является уход в лежащую рядом область. Когда прежние знания, умения и навыки находят свое новое применение, человек в данном случае делает так называемую горизонтальную карьеру.

Третий способ заключается в том, что бы не оставляя данного рода деятельность, сделать ее инструментом для достижения более глобальных целей.

Четвертый способ, применяющийся достаточно часто, состоит в том, что человек, оставаясь в той же ситуации, начинает делать акцент не на достигнутом, том, что он уже хорошо знает, умеет или освоил, а на том, что ему не известно и является для него проблемой.

Так же для повышения уровня толерантности к профессиональному стрессу рекомендуется соблюдать следующие психологические принципы:

1. Оптимизм. Это совершенно необходимое условие для успешной борьбы со стрессом. Запомните, главным источником стресса является наше восприятие происходящих в жизни событий. Пессимисты, негативно воспринимающие жизненные ситуации, наиболее часто испытывают стресс.

2. Стремитесь к разумной организованности. Неорганизованность, неряшливость, склонность к беспорядку могут казаться очень расслабляющими, но на самом деле они вызывают стресс. Каждое утро составляйте список дел, которые вам необходимо выполнить в этот день.

3. Учитесь говорить «нет». Не берите на себя в жизни слишком много. Уясните для себя границы ваших возможностей и проявляйте твердость. Если у вас нет времени на какое-то дело или вы просто не хотите его делать, не делайте. Учитесь твердо говорить «нет».

4. Учитесь радоваться жизни. Радуйтесь каждому новому наступившему дню. Концентрируйте свое внимание и чувства на том, что вы делаете, получайте удовольствие от самой работы, от того, как хорошо вы с ней справляетесь, а не оттого, что она даст вам в будущем.

5. Не будьте максималистом. Не ставьте перед собой невозможные цели. Учитесь быть терпимыми и снисходительными к себе и к другим.

6. Не жалеете о прошлом. Каждый из нас может припомнить поступки, которые не следовало бы совершать. Не жалеете о том, что произошло и что могло бы произойти.

Следуя этим простым принципам, вы станете эмоционально здоровым человеком, который справится с любым стрессом. Так же в целях дополнительной поддержки и помощи в борьбе со стрессом и повышения устойчивости к нему рекомендуется посещение спец-тренингов по тематике «Управление стрессом».

ЛИТЕРАТУРА

1. Акиндинова, И. А. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности педагога: проявления и профилактика / И. А. Акиндинова, А. А. Баканова // Педагогические вести. — СПб.: Издательство РГПУ им. А. И. Герцена, 2003. — № 5. — С. 34.
2. Бодров, В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление / В. А. Бодров. — М.: ПЕР-СЭ, 2006.
3. Водопьянова, Н. Е. Психодиагностика стресса / Н. Е. Водопьянова. — СПб.: Питер, 2009. — 336 с.
4. Водопьянова, Н. Е. Синдром психического выгорания в коммуникативных профессиях: Психология здоровья / Н. Е. Водопьянова; под ред. Г. С. Никифорова. — СПб.: Издательство СПб ГУ, 2000. — С. 443–463.
5. Митина, Л. М. Учитель как личность и профессионал (психологические проблемы) / Л. М. Митина. — М.: Дело, 2009. — 216 с.

УДК 195.923.2

САМООЦЕНКА И САМОРЕГУЛЯЦИЯ С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ В РАЗВИТИИ ЛИЧНОСТИ

Вербина Г. Г.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова»
г. Чебоксары, Российская Федерация**

Теоретически конструируемая психологическая структура, в которой разворачивается процесс саморегуляции личности, оказывается снабженной чрезвычайно важным функциональным компонентом — звеном контроля, самооценивания текущих результатов активности личности. Некоторым функциональным аналогом переменной, которая в теоретической модели регуляции деятельности выступает в виде функционального звена критериев успешности деятельности, может стать такая личностная переменная, как уровень притязания или представление человека о своих возможностях.

Наличие уровня притязаний отражает то обстоятельство, что деятельность индивида предполагает постановку, по крайней мере, двух видов целей: реальной, которую он может реализовать, и идеальной, которой он хотел бы достичь в идеале. Между этими целями

может установиться большее или меньшее расхождение. Если расхождение особенно велико и уровень притязания не обеспечивает ориентации индивида в меняющихся условиях, это ведет к изменению самооценки, затем и представления о себе. Индивид, не умеющий различать реальные и идеальные цели (как правило, это психически неуравновешенный человек), потерпев поражение, относит его к краху своих высоких идеальных притязаний своего «Я», не учитывая того, что неудача могла произойти лишь при выполнении именно данной деятельности.

Наблюдается тесная связь и взаимозависимость уровня притязаний и самооценки личности. Психические компоненты личности выступают совокупно в виде определенной функциональной структуры, каждая из составляющих которой (ценности, цели, идеалы, образ «Я», уровень притязаний, аппарат самооценивания) не имеет статуса самостоятельного регулятора поведения и деятельности в широком личностном смысле этого слова. Каждый из указанных компонентов вносит лишь определенный функциональный вклад в целостный процесс саморегуляции личности.

Образ «Я», или «Я-концепция» в контексте рассмотрения процессов саморегуляции личности в соотнесенности с идеалом может рассматриваться как представление о специфическом исходном материале преобразований и стабилизации. К. Роджерс показал, что слишком большое расхождение образа самого себя «Я-реального» и «Я-идеального» может служить серьезным источником патогенеза личности. Однако в норме реалистическое расхождение этих образов как внутреннее противоречие включено в психологические механизмы, стимулирующие выработку программ активности личности, саморегуляцию личности.

Под саморегуляцией личности понимается как процесс поддержания общей продуктивной активности личности, так и процесс, захватывающий продвижение индивида от «Я» наличного к «Я» будущему, желаемому. Соответственно развитие личности выступает как процесс совершенствования системы саморегуляции личности через изменение, совершенствование ее структурных компонентов и их функциональных отношений. Процесс личностного регулирования направлен на обеспечение в конкретном человеке определенных личностных качеств, которые проявляются в разных формах активности, сохраняются на достаточно протяженных отрезках жизни и способствуют успеху в разных видах субъективных и объективных преобразований.

Самооценка и уровень притязаний — это то структурное звено, которое исполняет функцию контроля за соблюдением наличествующего, действительного с будущим, желаемым; эти компоненты, которые санкционируют достаточность, приемлемость для данного человека такого сближения и на основе факта неприемлемости отклонений способствуют решению о коррекции. Эти компоненты выступают в личностном контексте как представление человека о своих возможностях.

Самооценка личности выступает как составляющая некоторого более широкого целого процесса самопознания. Основная функция самооценки состоит в том, что она выступает необходимым внутренним условием регуляции поведения и деятельности. На каждом конкретном этапе развития личности самооценка отражает уровень развития самопознания и самоотношения и является важнейшим внутренним условием его развития. Будучи окрашенной некоторым переживаемым отношением, самооценка оказывается включенной в целостный процесс саморегуляции личности.

По мнению И. И. Чесноковой, через включение самооценки в структуру мотивации деятельности личность осуществляет непрерывное соотношение своих возможностей, внутренних психических резервов с целями и средствами деятельности. Самооценка включает в себя умение оценить силы и возможности. Она позволяет индивиду примеривать свои силы к задачам и требованиям окружающей среды, то есть саморегулирует его личность. По мере того как личность все глубже познает себя, свою индивидуальность, она становится более чувствительной и способной принять уникальность других [1].

А. Адлер создал научную школу, получившую название «индивидуальная психология», подчеркивал целостность и уникальность человеческой личности [2]. Б. Г. Ананьев

выделял понятие «индивидуальность» в предложенной им концепции «Человекознания»: индивид, субъект деятельности, личность, индивидуальность. Индивидуальность — это продукт слияния социального и биологического в индивидуальном развитии человека. Индивидуальность является относительно закрытой системой и представляет собой уникальное сочетание всех свойств человека как индивида и личности. Личность является «вершиной» структуры психологических свойств, а индивидуальность — «глубиной» личности [3].

В. С. Мерлин одним из первых в отечественной психологии поставил вопрос о неповторимости и уникальности каждой личности. Поскольку индивидуумы не похожи друг на друга, от фактора личности зависит очень много [4]. К примеру, в системе «человек-среда» уровень эмоциональной напряженности нарастает по мере увеличения различий между теми условиями, в которых формируются механизмы субъекта, и вновь создавшимися. Таким образом, те или иные условия вызывают эмоциональное напряжение не в силу их абсолютной жесткости, а в результате несоответствия этим условиям эмоционального механизма индивида. При любом нарушении сбалансированности «человек-среда» недостаточность психических или физических ресурсов индивидуума для удовлетворения актуальных потребностей или рассогласование самой системы потребностей является источником тревоги. Целостность индивидуальности определяется единством свойств, относящихся к разным иерархическим уровням, причинно-следственными связями между свойствами разных уровней и ведущей ролью свойств личности, преобразующих индивидные свойства.

Психическая саморегуляция является одним из уровней регуляции активности этих систем, выражающим специфику реализующих ее психических средств отражения и моделирования действительности, в том числе рефлексии субъекта. Психическая саморегуляция осуществляется в единстве ее энергетических, динамических и содержательно-смысловых аспектов. При всем разнообразии видов проявления саморегуляция имеет следующую структуру: 1) принятая субъектом цель его произвольной активности; 2) модель значимых условий деятельности; 3) программа исполнительских действий; 4) система критериев успешности деятельности; 5) информация о реально достигнутых результатах; 6) оценка соответствия реальных результатов критериям успеха; 7) решение о необходимости и характере коррекционной деятельности.

В содержание понятия «эмоционально-волевая саморегуляция в психических состояниях конкретной личности» входят умение владеть собой, своими действиями и поступками, переживаниями и чувствами, способность сознательно поддерживать и регулировать свое самочувствие и поведение в экстремальных ситуациях. К. К. Платонов определял самообладание как «баланс эмоционального и волевого компонентов психики при господстве воли над эмоциями, взятых независимо от фактора времени» [5, 72]. Волевой компонент включает здесь действия, связанные при их выполнении с более или менее выраженными внутренними, психическими усилиями конкретной личности. Каждое волевое действие проходит несколько этапов: определение цели и осознание самого стремления к ее достижению, представление о спектре возможностей достижения цели; появление мотивов, подкрепляющих или опровергающих эти возможности; борьба и выбор мотивов, принятия одной из возможностей в качестве решения; реализация принятого решения.

Таким образом, развитие личности выступает как процесс совершенствования системы саморегуляции личности через самооценку, изменение, совершенствование ее структур и их функциональных отношений. Индивидуальность направляет развитие индивида, личности и субъекта в общей структуре человека, стабилизирует ее, взаимосвязывает свойства и является важным фактором высокой жизнеспособности и долголетия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чеснокова, И. И. Проблема самосознания в психологии / И. И. Чеснокова. — М.: Изд-во МГУ, 2007. — 144 с.
2. Адлер, А. Практика и теория индивидуальной психологии / А. Адлер. — М.: Фонд «За экономическую грамотность», 2005. — 296 с.
3. Ананьев, Б. Г. О проблемах современного человекознания / Б. Г. Ананьев. — СПб.: Питер, 2004. — 263 с.
4. Мерлин, В. С. Психология индивидуальности / В. С. Мерлин. — М.: Изд-во ин-та практ. психологии; Воронеж: МОДЭК, 2006. — 448 с.
5. Платонов, К. К. О системе психологии / К. К. Платонов. — М.: Мысль, 2002. — 216 с.

УДК 615.847.8

**ИССЛЕДОВАНИЕ ПАРАМЕТРОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОТОМАГНИТОТЕРАПИИ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ**

Войченко Н. В., Волотовская А. В., Шарко С. И.

**Учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь
Учреждение здравоохранения
«Поликлиника НАН Беларуси»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Для оценки эффективности лечения и реабилитации различных заболеваний в настоящее время широко используется исследование качества жизни. В медицинском понимании этот показатель тесно связан с термином «здоровье». Оценка качества жизни приобретает свою актуальность в связи с развитием новой концепции здравоохранения, поддерживающей не только технологии, увеличивающие продолжительность жизни, но и значительно повышающие ее качество. Кроме того, субъективная оценка состояния, даваемая самим пациентом, подчеркивает его активное участие в лечебном процессе, приверженность к тому или иному виду терапии [1].

С позиций доказательной медицины это понятие является одним из компонентов, которые можно отнести к конечным точкам, применяемым при оценке ближайших и отдаленных результатов лечения различных заболеваний. Актуально это и для клинических исследований в области физиотерапии и курортологии. Включение в комплексное лечение физических и бальнеологических методов позволяет, как было показано во многочисленных экспериментальных и клинических исследованиях, повысить эффективность лечения, снизить медикаментозную нагрузку на пациента и в связи с этим уменьшить вероятность передозировки медикаментозных средств. Кроме того, для большинства лечебных физических факторов характерно явление «последействия», что позволяет пролонгировать лечебный эффект. Немаловажным является и возможность физиотерапевтической коррекции нарушений психоэмоциональной сферы [2].

Исследования действия различных физиотерапевтических методов должно идти не только по пути оценки объективных показателей, но учитывать и субъективную оценку своего состояния самим пациентом, всесторонне характеризуя различные аспекты жизнедеятельности. При равенстве клинической эффективности методов необходимо использовать тот, который в большей степени будет влиять на качество жизни пациента, улучшая его.

Качество жизни — это интегральное понятие, включающее в себя эмоциональное, социальное и физическое функционирование, которое оценивает сам человек, основываясь на субъективных критериях восприятия.

При различных заболеваниях нарушается повседневная активность, эмоциональное состояние человека, его способность к функционированию и др. Проводимая терапия также способна в разной степени влиять на компоненты качества жизни.

Опросники, используемые при оценке качества жизни, должны соответствовать определенным требованиям: быть стандартизированными, надежными, достоверными и чувствительными. Последний параметр особенно важен при оценке эффективности лечения, в том числе в физиотерапии и курортологии. Кроме того, опросники должны быть краткими, простыми при заполнении, многомерными, применимыми в различных социальных культурах. Иногда для использования в другой языковой среде используют адаптированную версию опросника [3].

Существует большое количество различных опросников. На практике применяются общие, которые возможно использовать независимо от нозологии. Чаще всего использу-

ются такие общие опросники, как Medical Outcome Study Functioning and Well-Being Profile (MOS-FWBP), Medical Outcome Study SF-36 Short-Form Health Survey (MOS SF-36), Nottingham Health Profile (NHP), Quality of Well-Being (QWB) Index, Quality of Life Index (QLI), Health Assessment Questionnaire (HAQ). Общие опросники могут применяться не только у лиц, страдающих различными заболеваниями, но и у здоровых лиц.

Специфические опросники разработаны для конкретного патологического состояния с учетом основных клинических проявлений, характерных для данной патологии. Так, в ревматологии используются специфические опросники и шкалы: Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS) Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOMAC), McMASTER — Toronto Arthritis (MACTAR), Fibromyalgia Health Assessment Questionnaire (FHAQ), Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI), «Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)» [4].

Кроме того, существуют опросники, предназначенные для оценки определенных состояний. Благодаря применению таких опросников появляется возможность оценить степень удовлетворенности жизнью, социальную адаптацию, степень тревожности и др.

При исследованиях эффективности влияния физиотерапевтических методов используются опросники, специфичные для каждого заболевания, а также общие опросники. Наиболее часто применяемым общим опросником для оценки качества жизни при изучении действия лечебных физических факторов является MOS 36-Item Short-Form Health Survey (MOS SF-36). В опросник включены 36 вопросов, разделенных на 8 шкал, из которых складываются компоненты здоровья — физический и психологический. Ответы респондентов учитываются в баллах от 0 до 100. При этом максимально высокий балл соответствует наиболее высокому качеству жизни. Динамика этих показателей позволяет оценить эффективность проведенного лечения как в ближайшие, так и отдаленные сроки [5]. Используя результаты оценки качества жизни, можно не только выбрать наиболее эффективный физиотерапевтический метод, но и определить степень его влияния на физический и психологический компоненты здоровья, что дает возможность коррекции последующего курсового лечения в зависимости от преобладающих нарушений.

Цель

Оценка влияния метода фотоманнитотерапии на параметры качества жизни у пациентов с остеоартрозом.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 40 пациентов с остеоартрозом коленных и тазобедренных суставов в возрасте от 45 до 60 лет (мужчин 13, женщин 27 человек), I стадия остеоартроза выявлена у 10 человек, II стадия — у 27 человек, III стадия — у 3 человек. Длительность заболевания составляла от 3 до 12 лет.

Пациенты были разделены на основную и контрольную группу. Пациенты контрольной группы ($n = 20$) получали курс стандартной медикаментозной терапии: нимесулид 200–400 мг/сут внутрь, хондроитин сульфат 200 мг в/м через день. В основной группе ($n = 20$) на фоне стандартной терапии применяли метод фотоманнитотерапии. Процедуру проводили с помощью аппарата «ФотоСПОК» (производство Республика Беларусь) локально контактно на медиальную и латеральную поверхность коленного сустава по 10 мин на поле. Затем осуществляли сегментарное воздействие на паравертебральные зоны по 5 мин на 2 поля. Использовали сочетанное воздействие низкочастотным импульсным магнитным полем с магнитной индукцией 25 ± 5 мТл, оптическим излучением с длиной волны 920–960 нм и 610–680 нм. Курс лечения составил 10 процедур, проводимых ежедневно.

Для оценки эффективности лечения использовали динамику болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Качество жизни пациентов исследовали с помощью общего опросника SF-36. Оценку вышеуказанных параметров проводили до и после курса комплексного лечения.

Результаты и обсуждение

У пациентов, страдающих остеоартрозом, выявлено ухудшение показателей качества жизни — снижение общих показателей (физический и психологический компонент здоро-

вья). Проведенное лечение улучшает показатели качества жизни, в первую очередь за счет компонента физическое функционирование. При этом в контрольной группе данный показатель увеличился на 25 %, а в основной группе на 34 %, что подтверждается и клиническими данными — увеличение объема движений в суставе, уменьшение болевого синдрома после курса лечения по ВАШ на $2,8 \pm 0,5$ баллов в основной и на $1,9 \pm 0,4$ баллов в контрольной группе.

Выводы

Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности включения метода фотоманнитотерапии в комплексное лечение пациентов с остеоартрозом с целью повышения эффективности терапии и достижения ремиссии заболевания. Для оценки результатов применения физиотерапевтических методов, в том числе и фотоманнитотерапии, перспективно исследование динамики параметров качества жизни. Дальнейшие исследования качества жизни в физиотерапии позволят разработать новые эффективные программы лечения и реабилитации пациентов с различными нозологическими формами заболеваний и использовать оптимальные схемы комбинирования лечебных физических факторов, как одного из компонентов здоровьесберегающих технологий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лыткина, К. А. Качество жизни больных остеоартрозом / К. А. Лыткина, Л. В. Сидорова, П. А. Воробьев // Проблемы стандартизации в здравоохранении: Научно-практический рецензируемый журнал. — 2007. — № 5. — С. 54–60.
2. Качество жизни как предмет научных исследований в физиотерапии / Г. Н. Пономаренко [и др.] // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. — 2004. — № 4. — С. 38–43.
3. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова; под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. — М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. — 320 с.
4. Амирджанова, В. Н. Методология оценки качества жизни в практике ревматолога / В. Н. Амирджанова, Г. М. Койлубаева // Научно-практическая ревматология. — 2003. — № 2. — С. 72–82.
5. Показатели качества жизни по вопроснику SF-36 у больных некоторыми ревматическими заболеваниями / Т. В. Чернышева [и др.] // Тезисы научно-практической конференции «Социальные аспекты ревматических заболеваний». Научно-практическая ревматология. — 2004. — № 2. — С. 92.

УДК 159.9.072.43:304.44:614.446.1

ГЕНДЕРНАЯ ИДЕОЛОГИЯ И АТТИТЮДЫ В СФЕРЕ СЕКСУАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ КАК ФАКТОР УЯЗВИМОСТИ МОЛОДЕЖИ ЮГА РОССИИ ПЕРЕД ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Воронцов Д. В.

**Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
профессионального образования
«Южный федеральный университет»
г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация**

Неадекватные попытки воздействия на половой путь передачи являются ключевой проблемой, мешающей достичь эффективного прерывания эпидемического процесса ВИЧ-инфекции на пост-советском пространстве. Причиной этому является доминирующая среди лиц, принимающих решения, установка на понимание сексуальности и полового поведения, прежде всего, как сугубо частного или же морально-нравственного, но не социально-политического феномена. Однако с конца 1960-х гг. сексуальность в науке начинает осознаваться как преимущественно политическая, т. е. властная категория, когда под властью понимается не столько *authority* (институциональные полномочия и возможности), сколько *power* (локализованный в системе отношений статусный контроль над ресурсами и доминирование/подчинение) [1]. С такой точки зрения любые попытки воздействия на половой путь передачи ВИЧ-инфекции неизбежно пересекаются с политической системой отношений, включающей в себя гендерную идеологию и аттитюды в сфере сексуальности. Поэтому без эмпирического анализа и последующей трансформации этой системы в конкретных социальных контекстах эффективное и устойчивое изменение по-

ведения риска заражения ВИЧ-инфекцией становится недостижимой задачей. Препятствия, возникающие при воздействии на поведенческие факторы риска, — это не проблемы несовершенства технологий психологического воздействия или механизмов осуществления социального контроля, а проблема социокультурных и политических условий, в которых эти технологии и механизмы реализуются [2].

Распространенность и выраженность основных предикторов риска заражения ВИЧ-инфекцией (начало половой жизни, количество половых партнеров и отсутствие барьерных средств защиты при половом контакте) в паттернах сексуального поведения связаны не только с когнитивными детерминантами (уровнем информированности, оценкой степени угрозы и характера риска, самооэффективностью, намерениями вести себя определенным образом, уровнем осознания и принятия социальных норм и т. п.). Эпидемия любого социально-значимого заболевания имеет как прямые, так и множественные косвенные связи, игнорирование которых способно свести на нет любые хорошо обоснованные меры локального воздействия.

Можно выделить следующие элементы в качестве имеющих критическое значение для повышения эффективности профилактической работы, направленной на прерывание полового пути передачи ВИЧ-инфекции: 1) приверженность определенной гендерной идеологии (патриархатной или феминистской) в сочетании с идеями социального доминирования, 2) аттитюды в сфере сексуальных отношений (уровень принятия доминирования и проявлений насилия, отношение к случайному сексу с одноразовыми партнерами, степень принятия концепта тесной связи секса и любви), 3) гендерные особенности социально-психологических характеристик личности и сексуальных отношений.

Для определения связей перечисленных косвенных факторов с уровнем выраженности основных предикторов поведенческого риска заражения при половом пути передачи ВИЧ-инфекции был проведен опрос выборки из 239 респондентов, относящихся к уязвимой группе «учащаяся молодежь» (126 юношей и 113 девушек, средний возраст выборки 20 лет, St. Err. = 0,12, St. Dev. = 1,8). Социальные характеристики выборки: средний класс 39,3 %, низший средний класс 37,7 %, выросшие в городской среде 66,5 %, европейцы 92,9 %, православные 80,8 %, умеренная степень религиозности 63,1 %, совсем нерелигиозные 32,2 %. Респонденты совсем не идентифицирующие свою конфессиональную принадлежность 15,1 %. Не имеют опыта сексуальных отношений 8,3 % юношей и 15,9 % девушек. Имеют одного постоянного полового партнера 47,6 % юношей и 48,7 % девушек. Имеют более одного постоянного полового партнера 15,1 % юношей и 7,1 % девушек. В настоящий момент не имеют постоянного полового партнера 34,1 % юношей и 30,1 % девушек. В качестве гомо- или бисексуалов (ЛГБ) определили себя 3,2 % юношей и 3,5 % девушек. Средний возраст юношей, отнесших себя к ЛГБ, составил 23 года, девушек — 20 лет.

Оценка достоверности собранных эмпирических данных осуществлялась с помощью: проверки однородности распределения показателей по t-критерию для одной переменной, оценки правдивости ответов по критерию серийности Z, определения связей по критерию Хи-квадрат и коэффициенту линейной корреляции Пирсона.

Характеристика актуального сексуального поведения респондентов

В течение последнего года 2 % юношей имели исключительно гомосексуальные связи, 9 % юношей имели бисексуальные контакты, 73 % юношей и 67 % девушек — гетеросексуальные контакты. В однократные половые контакты со случайным партнером в течение года вступали 92 % юношей и 77 % девушек. За всю жизнь только 8 % юношей и 23 % девушек, имеющих опыт половых отношений, не имели одноразовых половых партнеров.

Использовали секс для удовлетворения несексуальных потребностей (в обмен на деньги, услуги, получение благ и т. п.) 17,2 % юношей и 3,4 % девушек. Начало сексуальных отношений в случае знакомства с новым человеком допускается респондентами при условии длительности знакомства не менее 1 и не более 6 месяцев.

Гомосексуальный опыт в течение последнего года имели 8,7 % юношей и 8,8 % девушек (в том числе и те, кто определил свою сексуальную идентичность как однозначно

гетеросексуальную). Из всей когорты юношей, имевших в течение года гомосексуальные контакты, 78,5 % имели секс с мужчиной в течение последних 30 дней, а 63,6 % имели от 5 до 13 половых партнеров-мужчин в течение года.

Половые контакты без использования презерватива в течение года имели 69,5 % юношей и 64,1 % девушек.

Построение таблиц сопряженности уровня правильных знаний о риске передачи ВИЧ при половых контактах с паттернами актуального полового поведения обнаружило отсутствие статистически значимых связей между правильными знаниями и паттернами более безопасного полового поведения.

Для девушек оценка готовности вступить в незащищенный половой контакт при наличии правильных знаний о факторах риска заражения ВИЧ на основе критерия Хи-квадрат оказалась высокой на уровне $p = 0,01$. Незащищенный секс у девушек коррелирует с неудовлетворенностью отношениями с партнером ($r = -0,306$, $p = 0,01$), нехваткой эмоциональной близости ($r = -0,418$, $p = 0,01$) и сильной эмоциональной привязанностью ($r = 0,196$, $p = 0,05$). У юношей незащищенный секс коррелирует с низким уровнем вовлеченности в отношения ($r = -0,475$, $p = 0,01$), эмоциональной близости ($r = -0,461$, $p = 0,01$) и страстности ($r = -0,298$, $p = 0,01$). Следовательно, отказ от презерватива выступает способом повышения качества текущих отношений для всех респондентов. Но у юношей это связано с усилением страсти, а у девушек — с повышением уровня эмоциональной близости. Более всего риск отказа от презерватива связан с установкой на связанность любви и секса. Использование презерватива у всех респондентов связано с высоким уровнем нарциссизма (личной значимости в отношениях с другими). Количество половых партнеров у юношей коррелирует с общительностью, энергичностью, а у девушек — с нарциссизмом и оценкой своей привлекательности. И у всех респондентов — с лидерскими качествами и представлениями о социальной успешности.

Во взглядах респондентов выборки в целом обнаружено парадоксальное сочетание одновременно высоких показателей (17–18 баллов из 21) согласия с идеями мужского доминирования и гендерного равенства (анализ эмпирического распределения баллов показал, что Хи-квадрат для патриархатных взглядов равен 146,6 при $Asymp. Sig = 0,000$, а для феминистских взглядов — 99,6 при $Asymp. Sig = 0,000$), что может быть объяснено с помощью концепта «кентавр-явления», предложенного Ж. Т. Тощенко [3]. Квантирование показало, что нижние границы для обоих полюсов гендерной идеологии, свидетельствующие о явном несогласии с выражаемыми каждым полюсом взглядами, среди респондентов выборки расположены на уровне 15 баллов, тогда как нижние границы для обеих шкал располагаются на уровне 9 баллов.

Противоречивая гендерная идеология респондентов сочетается с умеренным уровнем принятия ими идей социального доминирования (одних социальных групп над другими). Обнаружены статистически достоверные различия во взглядах юношей и девушек на гендерное равенство. Юноши в значительной меньшей степени ориентированы на восприятие девушек в качестве равноправных партнеров по социальному взаимодействию ($Kolmogorov-Smirnov Z = 2,875$ при $Asymp. Sig = 0,000$). При этом у юношей значимо более выражено принятие идей социального доминирования ($Kolmogorov-Smirnov Z = 1,890$ при $Asymp. Sig = 0,002$). Такое сочетание обнаружило специфическое проявление в сексуальных аттитюдах. У юношей выявлена корреляция между патриархатными взглядами и оправданием целесообразности сексуального насилия над женщинами ($r = 0,219$, $p = 0,01$), а также — умеренная корреляция между принятием установок на социальное доминирование и проявлением насилия в отношении женщин для склонения их к сексу ($r = 0,199$, $p = 0,05$). Обнаружена связь между взглядами на секс как средство получения удовольствия и стремлением к эксплуатации других в своих интересах ($r = 0,186$, $p = 0,05$), а также с анонимным одноразовым сексом ($r = 0,190$, $p = 0,05$). Совокупность обнаруженных связей может повышать уязвимость женщин в гетеросексуальных отношениях. У юношей также была выявлена сильная корреляция между феминистскими взглядами и резко выраженным отрицанием

идей сексуального насилия над женщинами ($r = 0,227$, $p = 0,01$). Таким образом, можно увидеть практическую целесообразность пропаганды феминистских взглядов среди юношей как фактора, управляющего гендерным поведением мужчин и снижающим уязвимость женщин.

У девушек тоже выявлена положительная корреляция между патриархатными взглядами и оправданием целесообразности сексуального насилия над женщинами ($r = 0,251$, $p = 0,01$). Однако уровень приверженности феминистским взглядам оказался никак не связанным с установками девушек по отношению к сексуальному насилию. Поэтому если для юношей важным фактором коррекции установок на допустимость сексуального насилия является пропаганда феминистских идей, то для девушек ключевым фактором является борьба с патриархатными установками.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Foucault, M.* The History of Sexuality. Vol.1: An Introduction / M. Foucault // Transl. from the French by R. Hurley. Penguin Books, 1987.
2. Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention / P. Piot [et al.] // The Lancet. — 2008. — № 372. — P. 845–859.
3. *Тощенко, Ж. Т.* Кентавр-проблема: опыт философского и социологического анализа / Ж. Т. Тощенко. — М.: Новый хронограф, 2011.

УДК 613-057.875:378.661

СЛАГАЕМЫЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Гаврилович Н. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Состояние здоровья молодежи является важнейшим слагаемым здорового потенциала нации, поэтому сохранение и развитие здоровья студентов и формирование у них здорового образа жизни сегодня имеет приоритетное значение. На необходимость формирования потребности в здоровом образе жизни студенческой молодежи нацеливают и постановления в области физкультуры и спорта.

Неслучайно в последнее время повышается роль высшей школы как социального института, формирующего не только компетентного специалиста, но и полноценную, здоровую личность с такими сформированными качествами и свойствами личности как социальная активность, ориентация на здоровый образ жизни, эстетические идеалы и этические нормы жизни.

Идеология государственного социального университета Республики Беларусь предопределена сущностью и спецификой социального вуза и тесно вплетена в целостность учебного процесса и профессионального становления студента в качестве специалиста, предоставления молодежи возможности для максимального воплощения собственного потенциала способностей. Она реализуется в органическом единстве с процессом обучения на основе комплексного, системного подхода к решению задач по формированию научного мировоззрения, а также гражданско-патриотического, нравственно-этического, правового, экономического, экологического, физического и трудового воспитания [1].

ГомГМУ способствует созданию необходимой оздоровительно-воспитательной практики, обеспечивающей личность студента адекватными его способностям и интересам возможностями реализовать потребность вести здоровый образ жизни, развивать навыки и опыт ответственного отношения к здоровью как ценности. Среди важных условий формирования здорового образа жизни студенческой молодежи в рамках деятельности ГомГМУ выступают: наличие притягательных видов и форм предлагаемой спортивной деятельности; культивирование моды на спорт и здоровый образ жизни; интеграция усилий спортсменов-профессионалов, тренеров, преподавателей кафедры физического воспитания в работе спортивного клуба; обеспечение субъектной позиции студента как равноправного, компетентного и ответственного

ного участника, вносящего свой вклад в развитие в популяризацию здорового образа жизни, независимо от индивидуальных физических способностей и спортивных достижений.

Целью физического воспитания и образования в вузе является сохранение и укрепление здоровья молодежи, формирование у студентов сознательного и активного отношения к физической культуре.

Цель реализует адекватные ей задачи:

- создание условий для реализации принципов здорового образа жизни;
- усвоение студентами принципов и навыков здорового образа жизни, воспитание необходимости регулярных занятий физической культурой и спортом;
- сохранение и укрепление здоровья студентов, содействие правильному формированию и всестороннему развитию организма;
- популяризация физической культуры и спорта;
- совершенствование спортивного мастерства студентов-спортсменов;
- активизация социального опыта по формированию ответственного отношения к здоровью как ценности;
- формирование у молодежи осознанной потребности в занятиях физическими упражнениями, приобщение студентов к занятиям физкультурой и спортом, практическому участию в работе спортивных секций, состязаниях и спортивно-массовых мероприятиях, а также в организации спортивных соревнований;
- повышение уровня информированности молодежи по вопросам сохранения и укрепления здоровья, привлечение к активному отдыху, занятиям физической культурой, туризмом и спортом.

Поставленные цели и задачи предполагают соблюдение следующих принципов:

- осуществление воспитания студента в контексте целей и задач высшего профессионального образования;
- физическое воспитание в вузе является не только учебной дисциплиной, но и важнейшим базовым компонентом формирования культуры здоровья студенческой молодежи;
- приоритет оздоровительных и профилактических мер;
- своевременное реагирование на тенденции в состоянии здоровья молодых людей;
- доступность оздоровительных мероприятий для молодежи;
- непрерывность оздоровительных мероприятий на протяжении обучения в вузе.

Условия формирования здорового образа жизни студентов вуза в процессе физического воспитания обеспечивают приобретение студентами опыта здоровьесберегающих профессиональных связей и отношений. Возможности верифицировать формы и методы формирования здорового образа жизни студентов требуют:

- осуществления комплексного подхода к формированию здорового образа жизни студентов в учебном процессе;
- проведения мониторинга уровня сформированности здорового образа жизни студентов;
- обеспечения оздоровительного эффекта у студентов в воспитательно-образовательном процессе по физическому воспитанию при условии координации, дифференциации, индивидуализации физического воспитания студентов.

Основные формы и методы реализации программы вуза по формированию здорового образа жизни:

- организационное построение спортивной клубной деятельности как добровольной, открытой, самоуправляемой, вариативной по своему содержанию, создающей оздоровительно-воспитательную среду, удовлетворяющую потребности студентов в физическом самосовершенствовании на основе неформального общения.
- проведение соревнований в рамках вуза по основным видам спорта, участие в спортивных соревнованиях формирует личностные качества, необходимые для эффективной профессиональной деятельности;
- комплексное развитие физических и психических качеств с первостепенным учетом интересов студентов по видам спорта и системам физической подготовки;
- проведение просветительской работы о возможностях человеческого организма, особенностях его функционирования, взаимосвязи физического, психологического и духовного здоровья человека;

— поддержание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы, направленной на мотивацию студентов к здоровому образу жизни.

Использование информационно-пропагандистского механизма способствует:

— повышению у молодых людей интереса к физическому совершенствованию, раскрытию ценности физической культуры;

— популяризации самостоятельных занятий студенческой молодежи с широким использованием природных факторов;

— формированию в массовом сознании молодежи понимания жизненной необходимости физкультурно-спортивных занятий [2].

Повышение эффективности информационных и образовательных средств вуза в формировании потребности у молодых людей в регулярных занятиях физической культурой и спортом, поддержания здорового образа жизни предполагает:

— пропаганду ценностей спортивной деятельности и всего многообразия возможностей физической культуры в воспитании и становлении личности, в интеллектуальном, духовном и нравственном развитии человека;

— стройную систему, обеспечивающую координацию работы всех источников информации ГомГМУ и пропаганды физической культуры;

— обеспечение регулярности, систематичности, непрерывности пропагандистского процесса, соблюдение преемственности пропагандистского воздействия, сочетание различных форм просветительской и воспитательной деятельности с физкультурно-спортивной работой в учебном заведении, в местах массового отдыха и др.;

— поощрение физической активности, удовлетворение разнообразных интересов и потребностей молодых людей в физкультурно-оздоровительной деятельности в рамках деятельности вуза;

— обучение студентов ГомГМУ методам и формам пропаганды физической культуры и спорта среди различных категорий и групп населения;

— пропагандистские кампании по физической культуре и спорту, к основным принципам которых относятся: а) общедоступность: кампания рассчитана на студентов вуза и участником может стать каждый независимо от уровня физической подготовленности и состояния здоровья; б) многообразие: кампания располагает большим набором видов физической активности; различными формами их организации; разнообразными формами проведения мероприятий; в) эффективность: кампания позволяет улучшить физическую подготовленность; повысить жизненный тонус и усилить жизненную активность; сделать увлекательным и интересным досуг; г) мобильность: методы и формы в зависимости от опыта и интересов участников постоянно обновляются; учитывается появление новых видов физкультурно-оздоровительных занятий и модных направлений; д) активность: призывает молодежь включать физкультуру и спорт в режим дня [3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Виленский, М. Я. Физическая культура и здоровый образ жизни студента: учеб. пособие / М. Я. Виленский, А. Г. Горшков. — М.: Гардарики, 2007. — 218 с.
2. Платонова, Г. В. Система комплексного воздействия методик здорового образа жизни в интересах физической и психической деятельности человека / Г. В. Платонова. — СПб., 2003. — 23 с.
3. Силуянов, В. Н. Технология оздоровительной физической культуры / В. Н. Силуянов. — М.: ТВТ Дивизион, 2009. — 191 с.

УДК 159.923.23 -796.86

ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Гант Е. Е.

Учреждение образования

«Харьковская государственная академия физической культуры»
г. Харьков, Украина

Одной из актуальных задач современной науки является изучение качества жизни различных профессиональных и социальных групп населения [2]. Проблема улучшения качест-

ва жизни спортсменов занимает определенное место в современных научных исследованиях, однако такие работы единичны [1, 3, 4, 5]. Изучение адаптационных возможностей спортсменов, которые занимаются экстремальными видами спорта, их механизмов психологической защиты и особенностей нервно-психической устойчивости представляется особо значимым в контексте данной проблематики, что и обусловило актуальность нашей работы.

Цель

Изучение качества жизни и психологического здоровья спортсменов высокой квалификации.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 46 человек. Группу 1 составили 24 мужчины-спортсмены (дзюдоисты, тхеквандисты, кик-боксеры, боксеры); мастера спорта и кандидаты в мастера спорта. Группа 2 (контрольная группа) представлена мужчинами зрелого возраста от 20 до 35 лет, в эту группу вошли программисты.

Результаты исследования

Для обследованных спортсменов характерно эмоциональное выгорание как механизм психологической защиты на стрессовую ситуацию, связанную с профессиональной деятельностью ($U = 358, p \leq 0,01$). Это проявляется в том, что мужчины данной профессиональной группы ограничивают эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования в контактах с людьми ($U = 380, p \leq 0,01$). В ситуации напряжения, когда возникает неудовлетворенность собой, обследованные спортсмены прибегают к таким механизмам психологических защит как вытеснение ($r = 0,441; p < 0,05$) и проекция ($r = 0,452; p < 0,05$). При этом они отрицают внутри себя данный факт или проецируют на других людей собственные враждебные мысли и чувства, также возможно удаление из сознания неприемлемых мыслей и чувств ($r = 0,402; p < 0,05$). Кроме того, у них накапливается раздражение, усталость, потребность в самооправдании. Но, несмотря на это, мужчины-спортсмены не склонны к избеганию проблем как одного из видов поведения в стрессовой ситуации ($U = 219, p \leq 0,01$). Нервно-психическая устойчивость является важным фактором для развития адаптационных возможностей у обследованных спортсменов и способствует тому, что не проявляется такой симптом эмоционального выгорания как эмоционально нравственная дезориентация ($r = 0,377; p < 0,05$). То есть, не происходит углубление неадекватной реакции в отношениях с людьми. Качество жизни у мужчин-спортсменов находится на высоком уровне, что говорит об их удовлетворенности своим соматическим, психологическим состоянием и социальным функционированием. Это является важным фактором, позволяющим избежать проявлений симптомов последней стадии эмоционального выгорания, а именно истощения, и, как следствие, проявления психосоматических нарушений ($r = -0,461; p < 0,05$).

Кроме того, чем выше оценка качества жизни у обследованных спортсменов, тем лучше и выше у них социальное функционирование ($r = 0,546; p < 0,010$). Высокая оценка качества жизни обследованных спортсменов выражается в том, что они высоко оценивают свои качества, свой духовный потенциал ($r = 0,343; p < 0,05$). Это люди достаточно самоуверенные и смелые ($U = 279, p \leq 0,05$), они высоко оценивают свой духовный потенциал, богатство своего внутреннего мира ($U = 316,7, p \leq 0,05$), свои недостатки считают продолжением достоинств ($U = 272, p \leq 0,05$). Высокая самоуверенность, характерная для обследованных спортсменов, способствует сохранению их психического здоровья, проявлению эмоциональной уравновешенности в различных ситуациях, хорошей способности устанавливать и поддерживать контакты с окружающими людьми, стрессоустойчивости ($r = 0,451; p < 0,05$). Все это привлекает к ним людей, они не склонны вести уединенный образ жизни ($r = -0,476; p < 0,05$).

Исследование продуктивности когнитивных функций спортсменов, как показателя их психологического здоровья, показало, что у них имеют место модально-неспецифические нарушения памяти в виде сужения объемов запоминания и снижения прочности от легкой до средней степени выраженности. Так же у обследованных спортсменов имеют место мнестические расстройства в виде дефектов селективности и повышенного влияния гомогенной и гетерогенной интерференции на процесс заучивания. Однако эти нарушения не

доминируют в структуре мнестических расстройств, а ведущими стали снижение объемов непосредственной и долговременной памяти. Дефекты зрительной памяти испытуемых спортсменов носили более выраженный характер, чем функции вербальной.

Установлено, что у 22 % обследованных спортсменов отмечается сужение объема произвольного внимания легкой и тяжелой степени выраженности. В работе с таблицами спортсмены допускали различные ошибки. Неравномерный темп работы и увеличение количества ошибок, с каждой следующей таблицей, свидетельствуют о повышенной утомляемости боксеров (прогрессирующее ослабление интенсивности внимания в процессе работы).

Выявлено, что у обследованных спортсменов имеют место нарушения сложных форм произвольной двигательной активности и перцептивных операций. В структуре двигательных нарушений расстройства пространственного праксиса, динамического праксиса и праксиса позы по зрительному образцу преобладали над дефектами конструктивного и орального видов праксиса.

Установлено, что перцептивные нарушения у спортсменов чаще проявлялись расстройствами зрительного и пространственного видов гнозиса, в меньшей мере дефектами акустического гнозиса. Большинство обследованных спортсменов испытывали трудности в понимании логико-грамматических структур. Нарушения когнитивных функций, у спортсменов, носят функциональный характер и чаще имеют место в период соревновательной деятельности, далее они поддаются редукции в первой декаде постсоревновательного периода.

Итак, установлено, что профессиональная деятельность спортсменов снижает их возможности психической адаптации, влечет за собой развитие эмоционального выгорания как механизма психологической защиты на стрессовую ситуацию.

Показано, что приспособляясь к экстремальным ситуациям в профессиональной деятельности, спортсмены ограничивают эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования в контактах с людьми, у них накапливаются раздражение, усталость, потребность в самооправдании.

Выявлено, что как возможное следствие нарушения психической адаптации в условиях хронической экстремальной ситуации возникает риск развития психосоматических заболеваний спортсменов и поэтому необходима их своевременная профилактика.

Принятие роли спортсмена и последующее поведение в соответствии с выбранной ролью (стратегия изменения личностных свойств) оказывает влияние на личность мужчин, изменяя их личностные установки и ценности.

Высокая оценка качества жизни у мужчин-спортсменов является важным фактором, позволяющим сдерживать проявления симптомов эмоционального выгорания и психосоматических нарушений.

Индивидуально-психологические особенности личности, такие как нервно-психическая устойчивость, самоуверенность, смелость, искренность, дружелюбие и реалистичность в отношениях с окружающими людьми, удовлетворенность самореализацией являются ресурсами адаптации личности к трудным жизненным ситуациям, вызываемыми стрессогенными условиями профессиональной деятельности спортсменов.

Установлено, что для 82,87 % спортсменов высокой квалификации, которые занимаются экстремальными видами спорта, соревновательная деятельность характеризуется легким снижением продуктивности когнитивных функций и психической работоспособности. Структуру когнитивных дисфункций в период экстремальной соревновательной деятельности определяют сужение объемов непосредственной и долговременной памяти, снижение продуктивности процесса запоминания, дефекты селективности, сужение объемов произвольного внимания, нарушения процессов концентрации, распределения и переключения. Нарушения когнитивных функций у спортсменов носят функциональный характер и чаще имеют место в период соревновательной деятельности, далее они поддаются редукции в первой декаде постсоревновательного периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бейгул, I. O.* Психологічна стійкість, як одна з головних умов адаптації дзюдоїстів до дії на психіку екстремальних ситуацій спортивної діяльності / I. O. Бейгул // Слобожанський науково-спортивний вісник. — Харків, 2010. — Вип. 1. — С. 143–146.
2. *Бодров, В. А.* Проблема преодоления стресса. Часть 3. Стратегии и стили преодоления стресса / В. А. Бодров // Психологический журнал. — 2006. — Т. 27, № 3. — С. 106–116.

3. Гант, Е. Е. Психическая работоспособность скалолазов в экстремальных условиях спортивной деятельности / Е. Е. Гант // Рудиковские чтения – 2012: матер. VIII Междунар. науч.-практ. конф. по психологии спорта и физической культуры (Москва, 5–7 июня 2012 г.). — М., 2012. — С. 245–259.

4. Гант, Е. Е. Когнитивная продуктивность скалолазов, как представителей экстремальных видов спорта / Е. Е. Гант // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Здоровий спосіб життя-здорове людина-здорове суспільство» (Кіровоград, 5–6 квітня 2012 року). — Кіровоград, 2012. — С. 37.

5. Сопов, В. Ф. Психические состояния в напряженной профессиональной деятельности / В. Ф. Сопов. — М.: Трикста, 2005. — 128 с.

УДК 618.3-06:616.89-008.441.13

АЛКОГОЛЬ КАК ФАКТОР РИСКА АКУШЕРСКОЙ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Ганчар Е. П., Дембовская С. В., Кузьмич И. И.

Учреждение здравоохранения
«Гродненский областной клинический перинатальный центр»
Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Распространение алкоголизма среди населения имеет не только тяжелые медицинские последствия, но и оказывает существенное влияние на социальные и демографические процессы. Статистика свидетельствует об увеличении числа женщин, больных алкоголизмом [1, 4]. Токсические эффекты внутриутробного воздействия этанола зависят, прежде всего, от момента и длительности его воздействия, режима алкоголизации, дозы этанола, а также генетического полиморфизма. Существует мнение, что прием матерью примерно 15–30 мл этанола в день является пороговой дозой для негативного воздействия этанола на плод [2]. В то же время ряд ученых считают, что любое количество алкоголя, потребляемого во время беременности, представляет опасность для будущего ребенка [3]. Однако имеющиеся сведения о влиянии данного фактора на течение и исход беременности, носят разрозненный, порой противоречивый характер, в связи с чем перспективным представляется изучение влияния алкоголя на течение беременности и родов [5].

Цель

Изучить особенности течения беременности и родов у женщин, подверженных алкогольной зависимости.

Материалы и методы исследования

Для достижения поставленной цели был проведен сравнительный ретроспективный анализ течения беременности и родов у 59 женщин. Основную группу составили 29 женщин, употребляющих алкоголь во время беременности. В контрольную группу вошли 30 беременных, не употребляющих алкоголь. Разработаны анкеты с целью уточнения анамнеза, связанного с употреблением алкоголя. Проведен анализ амбулаторных карт, историй родов, историй развития новорожденных. Статистическая обработка данных проведена с использованием компьютерной программы «Statistica», 6.0. Для анализа полученных результатов использовались методы непараметрической статистики — сравнение групп осуществлялось с использованием критерия Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Средний возраст начала употребления алкоголя составил $15,7 \pm 0,3$ лет. Средняя частота употребления алкоголя — 1 раз в неделю. Из алкогольсодержащих напитков беременные отдавали предпочтение вину — 55,17 % (причем 17,24 % указали на употребление именно сухого вина), 24,14 % — пиву, а остальные 20,69 % — шампанскому. 15 (51,72 %) беременных из 29, умеренно употреблявших алкоголь до беременности, отрицали его употребление во время настоящей беременности. 3 (10,34 %) беременных относились к категории сильнопьющих до момента наступления беременности.

Средний возраст пациенток основной группы составил — $31,2 \pm 0,25$ года, контрольной — $23,4 \pm 2,6$ года ($p < 0,05$). Выявлены достоверные различия по уровню образования: среди женщин основной группы высшее образование имели 13,79 % опрошенных, среднее специальное образование — 51,72 %, среднее — 34,48 %, в контрольной группе — 43,3, 36,7, 20 % соответственно ($p < 0,05$). Не работало 41,38 % пациенток из основной группы, 10 % — из контрольной ($p < 0,05$). Брак был не зарегистрирован у 27,59 % женщин из основной группы, у 13,3 % — из контрольной ($p < 0,05$). Выявлены статистически значимые различия по месту жительства пациенток: 55,2 % женщин из основной группы и 76,7 % из контрольной — городские жители, и соответственно, 44,8 и 23,3 % жители села ($p < 0,05$). Выявлены статистически значимые различия по частоте встречаемости экстрагенитальной патологии ($p < 0,05$). Экстрагенитальная патология у обследованных пациенток была выявлена в 86,21 % случаев в основной группе и в 63,3 % случаях в контрольной. Определились достоверные различия в частоте встречаемости отдельных нозологий ($p < 0,05$): заболевания сердечно-сосудистой системы (41,38 и 23,3 %), варикозное расширение вен сосудов нижних конечностей (13,79 и 3,33 %), миокардиодистрофия (6,9 % только в основной группе), анемия (27,59 и 6,67 %), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (20,69 и 16,7 %), заболевания эндокринной системы (17,24 и 3,33 %), заболевания почек (20,69 и 6,67 %), хронические заболевания органов дыхания (13,79 и 3,33 %). Выявлены достоверные различия в структуре гинекологических заболеваний в основной и контрольной группе ($p < 0,05$). Среди гинекологических заболеваний преобладали: патология шейки матки (48,28 и 10 %), неспецифические и специфические воспалительные заболевания (41,38 и 13,33 %), миома матки (10,34 % — только в основной группе). Из заболеваний передающихся половым путем встречались хламидиоз (13,79 и 3,33 %), уреаплазмоз (10,34 и 6,67 %), микоплазмоз (10,34 и 3,33 %), вирусное поражение гениталий (20,69 и 3,33 %). Выявлены достоверные различия в частоте встречаемости и таких осложнений, как невынашивание беременности (13,79 и 3,33 %), неразвивающиеся беременности (10,34 и 3,33 %), $p < 0,05$. Медицинские аборт в анамнезе имели 62,07 % женщин из основной группы и 6,67 % из контрольной ($p < 0,05$).

Среди осложнений настоящей беременности в основной и контрольной группе выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$). У женщин, злоупотребляющих алкоголем, достоверно чаще беременность осложнялась угрозой прерывания беременности (51,72 %), гестозом (44,83 %), анемией (41,38 %), хронической фетоплацентарной недостаточностью (34,48 %). В контрольной группе эти осложнения составили — 20, 16,67, 10, 6,67 % соответственно. У 1 (3,45 %) пациентки основной группы беременность осложнилась антенатальной гибелью плода в сроке 32 недель, в контрольной группе данного осложнения выявлено не было. Статистически значимых различий в сроках родоразрешения в сравниваемых группах не было обнаружено ($p > 0,05$): средний срок родоразрешения в основной группе составил $269,8 \pm 12,8$ дней, в контрольной — $273 \pm 8,9$ дней. Однако частота встречаемости преждевременных родов в основной группе была выше и составила — 10,34 %, в контрольной — 3,33 % ($p < 0,05$). Достоверных различий в продолжительности родов между сравниваемыми группами выявлено не было. Отмечены достоверные различия в частоте несвоевременного излития околоплодных вод — 34,48 % у женщин основной группы и 10 % — контрольной группы ($p < 0,05$). Статистически значимых различий в способах родоразрешения не было обнаружено: 86,21 % женщин из основной группы и 86,67 % — из контрольной группы родоразрешены через естественные родовые пути.

Средний вес плодов у женщин основной группы и у пациенток из контрольной группы достоверно различим ($p < 0,05$), и составил $3043,6 \pm 354$ г и 3520 ± 312 г, соответственно. Частота гипотрофии у новорожденных в основной группе была достоверно выше, чем в группе контроля и составила 17,24 и 3,33 % соответственно, $p < 0,05$. При первичном осмотре неонатологом новорожденных обеих групп большинство детей — 72,41 % основной группы и 90 % контрольной группы были в удовлетворительном состоянии ($p < 0,05$), и имели оценку по шкале Апгар — 8/9 баллов. 27,59 % младенцев основной группы и 10 %

контрольной группы родились в состоянии средней степени тяжести ($p > 0,05$). Состояние средней степени тяжести у младенцев было обусловлено: неврологической симптоматикой в виде синдрома умеренного угнетения ЦНС, синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (13,79 и 3,3 %), синдромом дыхательных расстройств (6,9 и 3,3 %) и перенесенной хронической внутриутробной гипоксией (10,34 и 3,3 %).

Таким образом, беременность и роды у пациенток, употребляющих алкоголь, достоверно чаще, чем у «сознательных» женщин контрольной группы, сопровождается: угрозой прерывания (51,72 %); гестозом (44,83 %), анемией (41,38 %), фетоплацентарной недостаточностью (34,48 %). У данного контингента женщин высока частота рождения маловесных детей (17,24 %), детей с неврологической симптоматикой (13,79 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Альтшулер, В. Б.* Женский алкоголизм: лекции по наркологии / В. Б. Альтшулер; под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — С. 116–134.
2. Влияние алкоголизации и наркотизации во время беременности на течение раннего неонатального периода у детей / Е. И. Казмирова [и др.] // Современные достижения фундаментальных наук в решении актуальных проблем медицины: матер. науч.-практ. конф. и школы-семинара для молодых ученых с междунар. участ. — Астрахань-Москва, 2004. — С. 138–141.
3. *Корнилов, А. А.* Алкоголизм родителей и умственная отсталость их детей / А. А. Корнилов, А. М. Селедцов, А. В. Максименко // Мать и дитя в Кузбассе. — 2005. — № 1(20). — С. 24–27.
4. *Кошкина, Е. А.* Распространенность алкоголизма и наркомании среди населения России / Е. А. Кошкина // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — Т. 4, № 3. — С. 87–89.
5. *Mason, A.* Family, religious, school and peer influences on adolescent alcohol use: A longitudinal study / A. Mason, M. Windle // J. Stud. Alcohol. — 2001. — Vol. 62. — P. 44–53.

УДК 618.177-037:616-008.9

К ВОПРОСУ О ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ЭНДОКРИННОГО БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ганчар Е. П., Кажина М. В., Дембовская С. В.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

Учреждение здравоохранения

«Гродненский областной клинический перинатальный центр»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

В последние годы во всех областях клинической медицины большое внимание уделяется проблеме метаболического синдрома (МС) [3]. На I Международном конгрессе по предиабету и МС в Берлине в 2005 г. МС назвали пандемией XXI в. Согласно данным ВОЗ, 1,7 млрд человек на планете имеет избыточный вес [2]. Одним из главных признаков МС является ожирение. Ожирение и сахарный диабет 2-го типа признаны ВОЗ неинфекционными эпидемиями нашего времени в связи с широким распространением среди населения, высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений, ранней инвалидизацией и преждевременной смертностью [1]. Актуальность проблемы ожирения, и связанного с ним МС, заключается еще и в том, что количество лиц, страдающих этими заболеваниями, прогрессивно увеличивается. Этот рост составляет 10 % от их предыдущего количества за каждые 10 лет. В экономически развивающихся странах, включая Беларусь и Россию, 30 % населения имеют избыточную массу тела [4].

Метаболический синдром (МС) представляет особую значимость для здоровья женщин, являясь серьезным фактором риска бесплодия, ранних потерь беременности, гиперплазии эндометрия, дисгормональных заболеваний молочных желез. В настоящее время доказано, что инсулинорезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия являются основным патогенетическим звеном метаболических нарушений в развитии овариальной дисфункции [2]. Инсулин действует на яичник через рецепторы инсулина и рецепторы инсулиноподобных факто-

ров роста (ИФР). Механизмы стимуляции стероидогенеза инсулином и ИФР в яичнике заключаются в действии инсулина на метаболизм глюкозы, аминокислот и синтез ДНК. В результате повышается жизнеспособность клетки и, следовательно, усиливается синтез гормонов, а также прямое действие инсулина и ИФР на стероидогенные ферменты [5]. Тем не менее, не все женщины с МС характеризуются нарушением репродуктивной функции. Нам представляется интересным поиск маркеров, характеризующих специфичность метаболического статуса женщин с эндокринным бесплодием на фоне метаболического синдрома.

Цель

Разработать доступный способ прогнозирования эндокринного бесплодия у женщин с метаболическим синдромом.

Материалы и методы исследования

Исследования проводились на 73 пациентках с метаболическим синдромом. 43 женщины исследуемой группы страдали эндокринным бесплодием, 30 — пациенток с метаболическим синдромом с реализованной репродуктивной функцией и нормальным менструальным циклом.

Проведен ROC-анализ, расчет оптимальной точки разделения, чувствительности и специфичности теста. Найдена оптимальная точка разделения равная 311,03, для которой рассчитаны основные характеристики диагностического теста: чувствительность — 0,93 (95 % ДИ = 0,81; 0,99) и специфичность — 0,67 (95 % ДИ = 0,47; 0,83).

Построена (ROC curve) характеристическая кривая (рисунок 1) (зависимость чувствительности и специфичности от точки разделения) и рассчитана площадь под ней, равная 0,84 (95 % ДИ = 0,75; 0,93). Площадь под кривой больше 0,7 обеспечивает хорошее качество модели, показатель — цистеин, может служить прогностическим индексом.

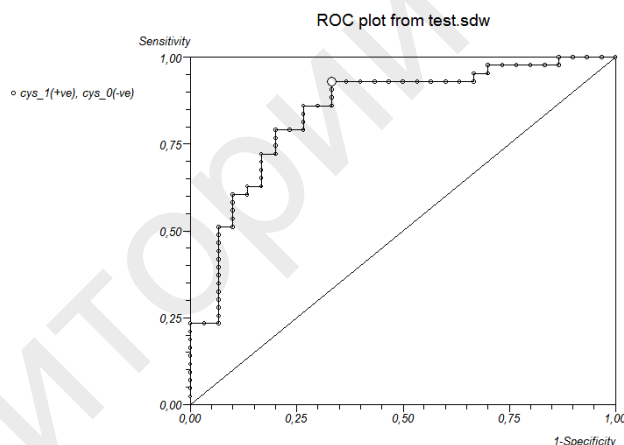


Рисунок 1 — ROC-кривая

Результаты и обсуждение

Уровень цистеина в группе пациенток с метаболическим синдромом, страдающих бесплодием, составил 411,12 [351,91–452,07] нмоль/л. Уровень цистеина у женщин с реализованной репродуктивной функцией и нормальным менструальным циклом составил 295,46 [242,23–340,23] нмоль/л.

Приводим примеры, подтверждающие возможность осуществления изобретения.

Пример 1. Больная М., 24 лет. Планирует беременность. Менархе в 11 лет через 28–45 дней. Менструации редкие (через 66–122). Задержки менструации начали прогрессировать с 16 лет. Половая жизнь с 18 лет, беременности не было. Масса тела увеличилась с 16 лет после перенесенного стресса на 18 кг за 8 лет. Не обследовалась, не лечилась. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Объективный статус: рост 170 см, вес 95 кг, ИМТ — 32,9 кг/м². Белые стрии на молочных железах, ягодицах, бедрах. Избыточное оволосение на предплечьях, ногах, передней брюшной стенке. Молочные железы мягкие, отделяемого из сосков нет. Соматический статус без особенностей. АД 120/80 мм рт. ст. Генитальный статус: гиперпигментация внутренней поверхности бедер, наружных половых

органов. Наружные половые органы сформированы правильно; шейка матки чистая; матка не увеличена, подвижна, безболезненна, придатки не определяются. УЗИ малого таза: матка размерами 51×37×46 мм нормальной эхоструктуры, М-эхо — 2 мм, яичники: левый 39×35 мм, правый 41×35 мм, оба кистозно изменены с утолщенной капсулой.

Диагноз: «Метаболический синдром: Ожирение 1 ст. Нарушение менструальной функции по типу опсоменореи. Синдром поликистозных яичников».

Концентрация цистеина в плазме крови составила 438,06 нмоль/л, что соответствует высокому риску бесплодия.

Трубы проходимы (гистеросальпингография). Спермограмма мужа в норме.

Больная бесплодна в течение 1,5 лет.

Пример 2. Больная К., 26 лет. Планирует беременность. Месячные с 12 лет, регулярные. Половая жизнь с 20 лет. Масса тела увеличилась с 20 лет после перенесенного стресса, за 6 лет прибавила 20 кг. Не обследовалась, не лечилась. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Особенности соматического статуса: артериальная гипертензия. Объективный статус: рост 164 см, вес 90 кг, ИМТ — 33,5 кг/м². АД — 140/90 мм рт. ст. Генитальный статус: наружные половые органы сформированы правильно; шейка матки чистая; матка не увеличена, подвижна, безболезненна, придатки не определяются. УЗИ малого таза: матка 57×35×50 мм с ровными, нечеткими контурами, однородной эхоструктуры. М-эхо — 2 мм. Яичники не увеличены с мелкими эхонегативными включениями.

Диагноз: «Метаболический синдром: Ожирение I ст. Артериальная гипертензия I ст.».

Концентрация цистеина в плазме крови составила 270,684 нмоль/л, прогнозируется низкий уровень бесплодия.

Пациентка забеременела в течение 3 месяцев.

Приведенные примеры подтверждают высокую эффективность предлагаемого способа. Преимущества предлагаемого способа по сравнению с прототипами: достаточно однократного обследования пациенток с метаболическим синдромом.

Таким образом, предлагаемый способ позволяет прогнозировать эндокринное бесплодие у женщин с метаболическим синдромом для выработки индивидуальной тактики ведения данного контингента женщин и адекватной организации лечебно-диагностического процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутрова, С. А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению / С. А. Бутрова // Русский медицинский журнал. — 2001. — № 2. — С. 56–60.
2. Дубоссарская, З. М. Метаболический синдром и гинекологические заболевания / З. М. Дубоссарская, Ю. А. Дубоссарская // Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2010. — № 2. — С. 28–38.
3. Макацария, А. Д. Метаболический синдром и тромбофилия в акушерстве и гинекологии / А. Д. Макацария. — М.: МИА, 2005. — 477 с.
4. Михалевич, С. И. Метаболический синдром в акушерстве / С. И. Михалевич, А. В. Ещенко, Н. Л. Андреева // Искусство медицины. — 2011. — №1. — С. 157–166.
5. Подзолкова, В. Н. Ожирение и репродуктивная функция женщины: учеб. пособие / В. Н. Подзолкова. — М.: РГМУ, 2006. — 30 с.

УДК 37.013.77:616.89-008.48-057.85

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ-МЕДИКОВ

Гапанович-Кайдалова Е. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Различные аспекты проблемы эмоционального выгорания специалистов рассматривалась в целом ряде медицинских, психологических, педагогических, экономических ис-

следований (Н. П. Беляцкий, В. В. Бойко, С. Е. Велесько, Н. Е. Водопьянова, С. Джексон, И. В. Малышев, К. Маслач, Е. В. Мещерякова, В. Е. Орел, Э. Пайнс, Т. И. Ронгинская, А. А. Рукавишников, Е. С. Старченкова, Т. В. Форманюк, Х. Фройденбергер и др.). Так, термин «burnout» (эмоциональное выгорание) был введен Х. Дж. Фройденбергером для характеристики психологического состояния здоровых людей, профессиональная деятельность которых связана с интенсивным и тесным общением с клиентами. Он определял выгорание как хроническую усталость, депрессию и фрустрацию, причиной которых в основном является то, что человек вынужден заниматься делом, которое не удовлетворяет его амбиции и не приносит ожидаемого вознаграждения [1].

В психологических исследованиях синдром эмоционального выгорания принято относить к числу феноменов личностной деформации, который представляет собой многомерный конструкт, набор негативных психологических переживаний, связанных с продолжительными и интенсивными межличностными взаимодействиями, отличающимися высокой эмоциональной насыщенностью или когнитивной сложностью (Н. Е. Водопьянова, А. К. Маркова, Е. С. Старченкова и др.). В частности, К. Маслач и С. Джексон [2] эмоциональное выгорание определяют как ответную реакцию на длительные профессиональные стрессы межличностных коммуникаций, включающую в себя эмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию персональных достижений.

Ряд исследователей (Н. В. Гришина, Т. В. Форманюк, В. Е. Орел и др.) связывают развитие синдрома эмоционального выгорания с профессиональной деятельностью специалистов, работающих с людьми. Аналогичных взглядов придерживаются С. П. Безносков, Е. С. Старченкова, Э. Э. Сыманюк, которые синдром эмоционального выгорания рассматривают как профессиональное выгорание, в большей степени свойственное представителям профессий типа «человек-человек».

Таким образом, синдром эмоционального выгорания представляет собой состояние эмоционального, умственного истощения, физического утомления, возникающее как результат хронического стресса на работе, следствие воздействия комбинации организационных, профессиональных стрессоров и личностных факторов.

Преподаватели-медики являются представителями профессии субъект-субъектного типа, взаимодействуют не только со студентами и коллегами, но и с пациентами, их родственниками. На них лежит ответственность как за обеспечение качества обучения и воспитания обучающихся, так и за здоровье и жизнь пациентов. Деятельность этих специалистов многофункциональна, связана с высоким умственным и психоэмоциональным напряжением, необходимостью межличностного общения при большом количестве стрессовых ситуаций, продолжительным «эффектом присутствия» (постоянного мысленного погружения профессиональные проблемы). В результате у преподавателей-медиков может проявляться душевное переутомление, нарушение состояния равновесия, недостаточная удовлетворенность профессиональной деятельностью и снижение ее эффективности, что, в свою очередь, способствует развитию синдрома эмоционального выгорания.

Исследователи отмечают, что по роду своей деятельности медицинские работники подвергаются воздействию различных неблагоприятных факторов рабочей среды и самого трудового процесса (Б. А. Ананьев, С. П. Безносков, Г. Ф. Васюкова, В. В. Косарев, К. В. Сельченко и др.). В числе таковых называют вредные химические вещества и биологические агенты, ионизирующие излучения; шум, вибрацию; высокое нервно-психическое напряжение; вынужденное положение тела во время работы; перенапряжение анализаторных систем и др.

Следовательно, профессиональную деятельность преподавателей учреждений высшего медицинского образования можно охарактеризовать как потенциально стрессогенную, повышающую возможность формирования психической и психосоматической дезадаптации, развития синдрома эмоционального выгорания.

Цель

Изучение эмоционального выгорания у преподавателей УО «Гомельский государственный медицинский университет». Исследование проводилось в 2013–2014 гг., общий объем выборки составил 34 человека.

Методы исследования

Тестирование, опрос и беседа. Диагностика выгорания у респондентов осуществлялась с помощью следующих методик: «Опросник на выгорание» (МВІ) К. Маслач и С. Джексона в адаптации Н. Е. Водопьяновой, «Методика диагностики уровня эмоционального выгорания» В. В. Бойко, методика «Определение психического выгорания» А. А. Рукавишникова. Также с испытуемыми был проведен опрос «Оценка факторов, влияющих на выгорание», результаты которого были обсуждены в ходе групповой беседы.

Таким образом, анализ результатов исследования позволил нам сделать ряд **выводов**:

1) у 73 % преподавателей-медиков отмечен высокий уровень выгорания. У 91 % респондентов зафиксированы крайне высокие показатели по шкале «Профессиональная мотивация», что свидетельствует о большой заинтересованности в работе, высокой оценке профессиональной своей успешности, компетентности и продуктивности. Однако чрезмерная фиксация на работе и максимальная требовательность к себе приводит к психоэмоциональному истощению и, как следствие, к появлению личностного отдаления. Так, у 58 % испытуемых отмечен средний уровень истощения, у 9 % высокий, у 15 % крайне высокий. У 44 % преподавателей наблюдается средний уровень личностного отдаления, у 38 % — высокий, у 15 % — крайне высокий;

2) у большинства испытуемых резистенция находится в стадии формирования или сформирована (50 и 38 % респондентов соответственно). При этом доминирующими симптомами у 59 % преподавателей-медиков являются неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, у 32 % редукция профессиональных обязанностей, у 29 % расширение сферы экономии эмоций;

3) примерно у половины испытуемых формируется или сформирована такая фаза синдрома эмоционального выгорания, как истощение (44 и 9 % респондентов соответственно). Среди симптомов наиболее ярко проявляются эмоциональный дефицит (складывается у 47 % опрошенных преподавателей, сложился у 15 %) и эмоциональная отстраненность (складывается у 35 %, сложился у 18 %);

4) к факторам эмоционального выгорания преподавателей-медиков можно отнести: повышенные требования к профессиональной компетентности специалиста и самоотдаче, низкая заработная плата, несбалансированность нагрузки педагога, ненормированный рабочий день и перегрузки, работа с пациентами в преимущественно негативном эмоциональном поле, высокая степень ответственности за здоровье пациентов, недостаточная поддержка со стороны руководства, недостаток времени и возможностей для профессионального самосовершенствования.

Для профилактики и преодоления развития у преподавателей синдрома эмоционального выгорания целесообразно информировать специалистов о симптомах, стадиях развития и причинах эмоционального выгорания, проводить своевременную его диагностику, групповые обсуждения профессиональных проблем, обсуждать пути их преодоления в рамках семинаров, конференций, круглых столов и т. п. Кроме того, преподавателям-медикам необходимо принимать меры по повышению собственной стрессоустойчивости. Прежде всего, это регулярный отдых и физическая активность, достаточный сон, овладение умениями и навыками саморегуляции, наличие интересов вне работы, хобби, четкая организация и планирование своей деятельности, целеполагание, общение и поддержка коллег, профессиональное самосовершенствование и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Freudenberger, H. Staff burnout* / H. Freudenberger. — New York, 1974. — 128 p.
2. *Maslach, C. The Maslach-Burnout-Inventory* / C. Maslach, S. E. Jackson. — Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. — 1986. — 286 p.

УДК 159.923.33:004

**ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛИЧНОСТИ
В ИНФОРМАЦИОННОМ ОБЩЕСТВЕ***Гапанович-Кайдалов Н. В.***Государственное учреждение образования
«Гомельский инженерный институт» МЧС Республики Беларусь
г. Гомель, Республика Беларусь**

Формирование и развитие информационного общества предполагает создание возможностей доступа любого члена общества к источникам достоверной информации. Человек в информационном обществе имеет возможность решать любые актуальные личные, бытовые, профессиональные проблемы посредством использования современных технологий обеспечения коммуникации с друзьями, родственниками и коллегами. Кроме того, происходит трансформация самой личности человека, для которого потребности в информации, в информационном обмене становятся доминирующими. Таким образом, оценка качества своей жизни, удовлетворенность человека своими семейными отношениями, профессиональной деятельностью в значительной степени зависит от качества информационного обмена, доступа к информации и т. п.

Национальная программа ускоренного развития услуг в сфере информационно-коммуникационных технологий на 2011–2015 гг. предполагает внедрение передовых информационных технологий в государственных органах, реальном секторе экономики, торговле, здравоохранении, образовании и других сферах жизни, что позволит значительно повысить производительность труда и качество жизни населения [1]. Следовательно, уже на государственном уровне качество жизни человека связывается развитием информационного общества и расширением спектра информационных услуг.

Проблема качества жизни нашла свое отражение в трудах специалистов в области экономики, медицины, биологии, политологии, психологии, экологии и др. (Е. В. Давыдова, А. А. Давыдов, П. С. Мстиславский, А. И. Субетто, Т. А. Сулова, А. М. Шкуркин и др.).

Всемирная организация здравоохранения рассматривает качество жизни как общую характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанную на его субъективном восприятии своего положения в обществе.

Качество жизни человека можно рассматривать с точки зрения возможности его адаптации к окружающему миру; способности выжить, существовать и развиваться в различных экологических и социально-экономических условиях (С. А. Айвазян) [2].

Большое значение имеет психологическая сторона качества жизни, определяемого как характеристика условий существования личности с точки зрения комфортности межличностных отношений, гармоничности развития, уверенности в завтрашнем дне, благополучия и т. п. В русле данного подхода «качество жизни — степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества» (Н. Ю. Сенкевич) [3].

Наиболее часто качество жизни личности рассматривается с позиций отношения человека к своему здоровью («как Вы себя чувствуете, и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками»). Так, например, в исследованиях большое внимание уделяется вопросам качества жизни больных сахарным диабетом (Т. А. Товпик, Т. В. Тохорт), нейрохирургических больных (А.Ф. Смянович, А.Е. Сапун), больных с обструктивными заболеваниями легких (Т. В. Барановская, Е. И. Давидовская), онкологических больных (А. С. Дудниченко, Л. Н. Дышлевая и др.). Собственно «качество жизни» в данном случае определяется, прежде всего, жалобами больного, его функциональными возможностями, восприятием больным жизненных изменений, связанных с заболеванием, уровнем общего благополучия, общей удовлетворенностью жизнью.

Общепризнанная международная методика оценки качества жизни населения разработана также специалистами ООН. Она предполагает расчет Индекса развития челове-

ского потенциала (ИРЧП), показателями которого являются: 1) ожидаемая продолжительность жизни при рождении; 2) достигнутый уровень образования; 3) реальный объем ВВП в расчете на душу населения (в долларах на основе паритета покупательной способности валют).

Таким образом, можно констатировать наличие различных подходов к изучению качества жизни, предполагающих использование медицинских, психологических, экономических и других оценочных критериев.

Однако сегодня можно утверждать, что в информационном обществе претерпевает значительные изменения вся система критериев качества жизни. Если раньше личное благополучие ассоциировалось, прежде всего, с материальными ценностями и денежными средствами, то сегодня многие потребности и желания человека связаны с возможностью использования информационных услуг и технологий, средств связи и телекоммуникаций. Только владея и умело распоряжаясь информацией, можно обеспечить, сохранить и гарантировать благополучие как отдельно человека, семьи, так и общества в целом.

Поэтому, на наш взгляд, в современных условиях при оценке качества жизни целесообразно исходить из степени удовлетворения потребности человека в обмене информацией. Сегодня человеку жизненно необходимо иметь доступ к источникам информации, возможность получить информационные услуги. Однако полное и своевременное удовлетворение потребности человека в информации предполагает определенный уровень информационной культуры (информационной компетентности) личности.

Следовательно, качество жизни личности в информационном обществе можно оценить по следующим критериям: доступность основных информационных ресурсов (Интернет, телевидение, радио, СМИ и др.); информационная культура (компетентность) личности — способность эффективно использовать доступные информационные ресурсы в различных сферах жизнедеятельности; удовлетворенность качеством предоставляемых информационных услуг (количество и качество получаемой информации, скорость Интернета и др.).

Цель

Оценка качества жизни личности в информационном обществе.

Материал исследования

Выборку исследования составили слушатели заочной формы обучения ИПК и ПК УО «Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины» (41 человек). В число респондентов вошли педагоги и представители администрации различных учреждений образования города Гомеля и Гомельской области.

Результаты исследования

Мы предложили испытуемым оценить, в какой степени их личное благополучие (успешность, качество жизни) зависит от наличия необходимой информации или возможностей ее получения. Респонденты анализировали качество получаемых информационных услуг, таких как мобильная связь, стационарный телефон, мобильный Интернет, стационарный Интернет, кабельное телевидение, радио (не через Интернет), газеты, журналы, книги, электронные книги, GPS-навигация и др.

По итогам проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

Практически все участники опроса отметили высокое (80 %) и очень высокое (16 %) качество информационных услуг, предоставляемых в нашей стране. Педагоги и руководители учреждений образования сегодня не могут обходиться без мобильной связи и Интернета и практически не пользуются стационарной радиосетью.

Особый интерес представляет субъективная оценка зависимости качества жизни от наличия необходимой информации или возможностей для ее получения. Так, незначительное влияние на качество жизни информации и информационных технологий отметили только 15 % участников опроса. Ответы остальных респондентов о степени зависимости их качества жизни от возможности получения качественных информационных услуг распределились следующим образом: «зависит» — 36 %, «существенно зависит» — 29 %, «очень зависит» — 20 %. Следовательно, практически половина опрошенных связывают качество жизни с возможностью получения необходимой информации.

Участники опроса (90 %) отметили, что обычно легко могут найти нужную информацию. При этом часть респондентов указывают, что иногда нужная информация имеет ненадлежащее качество (54 %) или вовсе недоступна, так как является платной (22 %). Следовательно, несмотря на достаточно высокое качество оказания информационных услуг, потребности в информации удовлетворяются не в полной мере.

Учитывая, что контингент исследования составили респонденты, средний возраст которых 35 лет, можно предположить, что в условиях очень динамичных процессов информатизации общества, постоянного возрастания мощности информационных потоков зависимость качества жизни от состояния информационной среды будет неуклонно возрастать. При этом основными критериями качества жизни становятся возможности для получения информационных услуг, уровень информационной культуры (информационной компетентности) как способность находить, анализировать, интерпретировать и использовать нужную информацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Совета Министров Республики Беларусь «Об утверждении Национальной программы ускоренного развития услуг в сфере информационно-коммуникационных технологий на 2011–2015 гг.» от 28 марта 2011 г. № 384 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2011 г., 5/33546.
2. Айвазян, С. А. Анализ синтетических категорий качества жизни населения субъектов Российской Федерации их измерение, динамика, основные тенденции (по статистическим данным за 1997–1999 гг.) / С. А. Айвазян // Уровень жизни населения регионов России. — 2002. — № 11. — С. 5–40.
3. Сенкевич, Н. Ю. Качество жизни и кооперативность больных бронхиальной астмой: автореф. дис. ... д-ра мед. наук (14.00.43) / Н. Ю. Сенкевич. — М.: Московский гос. мед. университет, 2000. — 65 с.

УДК 614.253:618

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ ПРИ ОКАЗАНИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Гимпель О. В., Зверко В. Л., Разина С. А., Н. Б. Полудень

**Учреждение здравоохранения
«Гродненский областной клинический перинатальный центр»
г. Гродно, Республика Беларусь**

Деонтология (от греч. *deon* — «должное») — раздел этики, учение о проблемах морали и нравственности. Термин введен английским философом Бентамом (J. Bentham) в XIX в. для обозначения теории нравственности как науки о морали [1, 3].

Однако вопросы этики и деонтологии в медицине не теряют своей актуальности и в XXI в. В акушерстве и гинекологии они имеют свои особенности.

Врачи Гродненского областного клинического перинатального центра строго придерживаются принципов медицинской этики и деонтологии. Здесь работают врачи акушеры-гинекологи в тесной взаимосвязи с врачами-психотерапевтами.

Медицинская этика и деонтология представляют собой особенности медицинской деятельности, основанной на взаимном доверии больного и медицинского работника, которому больной добровольноверяет свое здоровье, а иногда и жизнь [2].

В настоящее время новейшие достижения медицинской науки и техники заставляют несколько с другой точки зрения рассматривать традиционные нормы медицинской деонтологии. Былой принцип «врач-больной» заменяется новым «врач-прибор-больной», а потребность больного в чутком и внимательном отношении медицинского работника, в его добром слове, вселяющем надежду, не уменьшилась, а еще более увеличилась.

В связи с развитием здравоохранения возникает ряд новых вопросов, связанных с соблюдением врачебной правды и врачебной тайны. Врачебная правда предполагает такую информацию для больного и близких ему людей, которая не приносит вреда. Что же касается врачебной тайны, то вследствие увеличения числа лиц, имеющих доступ к информации о больном (врачи различных специальностей, регистратор, статистик, другой медперсонал, представители профсоюзной организации и др.), эта проблема выходит за

рамки только врачебной. Поэтому правильнее говорить о медицинской тайне. Кроме того, возросшая образованность пациентов обуславливает их повышенный интерес к диагнозам, результатам исследований, прогнозу болезни. Медицинская тайна предполагает неразглашение сведений о болезни (если это не противоречит интересам общества) не только окружающим, но в ряде случаев и самому больному. Надо беречь пациента от тех сведений, которые могут нанести вред его психике и способности бороться с болезнью. Несоблюдение медицинской тайны медиками влечет за собой меры общественного воздействия. В особых случаях, повлекших за собой тяжелые последствия, возможно привлечение виновного к уголовной ответственности [1].

Присяга, которую не дают представители ни одной другой мирной специальности, подчеркивает уникальность деятельности врача. Профессия врача предполагает органичное сочетание гуманизма, высоких нравственных качеств и глубоких профессиональных знаний [3].

При оказании акушерско-гинекологической помощи существуют некоторые особенности медицинской этики и деонтологии. У пациентов с гинекологическими заболеваниями возникает множество проблем интимно-сексуального, психологического, социального и этического характера, что существенно осложняет деятельность медицинских работников. При гинекологическом обследовании совершенно естественно проявление стыдливости у женщин, и к этому психологическому явлению нужно относиться с должным уважением. Для установления хорошего контакта с больными необходима тактичность и осторожность при беседе и обследовании. Важно, чтобы медицинская сестра помогала врачу-гинекологу при проведении манипуляций, тем более, если врач — мужчина.

Во время менструального периода у женщин могут возникать тянущие боли в животе, в пояснице, неприятные ощущения в области половых органов. Генез их неясен, важная роль в их возникновении отводится вегетативно-сосудистым расстройствам. Нередко отмечаются изменения и со стороны психики в виде повышенной раздражительности, напряженности, нервозности и даже угнетенно-подавленного настроения. У больных, страдающих неврозами и другими психопатологическими отклонениями, жалобы более многочисленны и разнообразны, иногда отмечается обострение основного заболевания (эпилептические пароксизмы). У девочек под влиянием длительно существующих психогений (различные конфликты семейно-бытового и личного характера) могут быть дисменореи. Тяжелые психические травмы могут вызывать у женщин аменорею. Нередко естественное наступление климакса вызывает у женщин вполне понятные психологические реакции: страх перед наступлением старости, страх потерять женственность, привлекательность и способность к супружеской жизни. Однако обострение невротической и другой психопатологической симптоматики в период климакса отмечается преимущественно у лиц, склонных к невротическим и психопатическим реакциям, а также у пациентов, страдающих органическим поражением центральной нервной системы при наличии психогенных факторов. При благополучной семейной и супружеской жизни и отсутствии других психогенных факторов климакс протекает спокойно и не вызывает каких-либо психических нарушений.

Важной проблемой в гинекологии является фригидность. Причинами ее могут быть различные факторы: личностно-психологические особенности женщины, неудовлетворенность семейной жизнью, неблагоприятные жилищные условия, мешающие нормальным супружеским отношениям, неправильная тактика мужа и т.д. Частой причиной служит боязнь забеременеть, алкоголизм и агрессивность мужа, болезненные ощущения при половом акте и др.

Медицинские работники, достаточно хорошо знающие указанные выше особенности, могут успешно использовать эти знания при работе с больными. При этом должны соблюдаться соответствующий такт, внимательное и доброе отношение, располагающее к открытости. Большая психотерапевтическая работа должна проводиться с женщиной перед серьезными хирургическими операциями (ампутация матки, удаление яичника и т. д.). Необходима оценка личностных особенностей женщины, характера семейно-супружеских отношений. После этого важна беседа с больной в плане предстоящей операции и вселение в нее уверенности в благоприятный исход. В послеоперационном периоде необходимо развеять необоснованные опасения женщины, что операция может лишить ее женской привлекательности, повлиять на

гармоничность супружеских отношений и половую жизнь. Возможность возникновения у больных психоневротических нарушений после хирургического вмешательства обязывает медицинских работников вести длительную подготовительную работу.

Беременность и роды являются одной из актуальных психологических проблем, возникающих на жизненном пути женщины. При зачатии возникают опасения за судьбу будущего ребенка: будет ли он здоров, не смогут ли возникнуть какие-либо аномалии в его физическом и психическом развитии и др. К концу беременности возникает тревога, связанная с предстоящими родами (страх боли, опасения смерти от различных осложнений, боязнь возможных разрывов промежности и др.). Психические нарушения при беременности зависят, прежде всего, от свойств личности женщины, социально-бытовых условий и других факторов, о которых врач и медицинская сестра женской консультации должны иметь определенное представление и своевременно направлять таких женщин на консультацию к психотерапевту.

Боль, которая возникает в процессе родов, всегда была одной из сложных проблем акушерства. Основной целью при подготовке безболезненных родов является устранение опасений беременных женщин, связанных с предстоящими родами. Для этого женщинам читаются лекции, проводятся индивидуальные или групповые собеседования, демонстрируются кинофильмы о родах, показываются гимнастические упражнения по нормализации дыхания, способствующие расслаблению мышц. Кроме того, применяются различные методы психопрофилактики: аутогенная тренировка, рациональная психотерапия, суггестивная гипнотерапия, нервно-мышечная релаксация. Необходимо разъяснить женщине, что существенную помощь при родах она окажет себе сама, если будет выполнять все указания врача и акушерки [4].

В заключение хочется сказать, что акушерство и гинекология как область медицины требует от врачей определенных знаний не только медицинских, но и психологических. Совершенно не зря в современных родильных домах работают вместе с гинекологами и врачи-психотерапевты, психологи, которые помогают пациенткам быстрее адаптироваться в один из самых ответственных периодов в их жизни и в целом, создают благоприятный психологический климат в стационаре. А знания медицинской этики и деонтологии помогают в работе врачам всех специальностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грандо, А. Я. Врачебная этика и медицинская деонтология / А. Я. Грандо. — Киев, 1988. — 192 с.
2. Лисицин, Ю. И. Медицинская этика, деонтология и биоэтика / Ю. И. Лисицин // Проблемы социальной гигиены и история медицины. — 1998. — № 2. — С. 7–13.
3. Сук, И. С. Врачебная тайна / И. С. Сук. — Киев: Здоров'я, 1981. — 40 с.
4. Свядоц, А. М. Неврозы: руководство для врачей / А. М. Свядоц. — СПб., 2008. — 448 с.

УДК 612.821 : 616.697

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МУЖЧИН В БЕСПЛОДНОМ БРАКЕ

Гимпель О. В., Корчагин О. Ю., Зверко В. Л., Разина С. А.

Учреждение здравоохранения

«Гродненский областной клинический перинатальный центр»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Проблема бесплодного брака в Беларуси была и остается весьма актуальной и в наше время: более 14 % супружеских пар страдают бесплодием и, к сожалению, пока тенденции к снижению этого показателя нет. По статистике Министерства здравоохранения Республики Беларусь в 2010 г. бесплодие было зарегистрировано у 1 тыс. 833 мужчин. Впервые диагноз мужское бесплодие установлен у 666 пациентов. По определению ВОЗ, бесплодным считается брак, в котором, несмотря на регулярную половую жизнь в течение 1 года без использования методов контрацепции, беременность не наступает, при условии, что супруги находятся в детородном возрасте [1].

В последние годы отмечается тенденция к росту мужского бесплодия. Это объясняется неблагоприятной экологией, уменьшением двигательной активности мальчиков, в том числе из-за компьютеризации. Имеет место также неправильное половое воспитание мальчиков, что приводит к ранним половым связям и раннему заражению инфекциями, передающимися половым путем, которые вызывают бесплодие. Кроме того, специалисты полагают, что значимость семьи и брака сегодня в Беларуси значительно снижена. Поэтому необходимо предпринимать меры по повышению статуса семьи и нравственных устоев общества, профилактике инфекций, передающихся половым путем, возрождению важности физической культуры.

Цель

Изучение влияния проблемы мужского бесплодия на психоэмоциональное состояние мужчин.

Материалы и методы исследования

В условиях поликлиники УЗ «Гродненского областного клинического перинатального центра» за 2012 г. были обследованы 80 мужчин, обратившихся в кабинет врача-психотерапевта консультативно-диагностического отделения «Брак и семья», наблюдающиеся у врача-androлога по поводу бесплодного брака. Среди обследуемых 60 (75 %) пациентов составили жители г. Гродно, 20 (25 %) пациентов — жители Гродненской области. Возраст мужчин составил от 20 до 40 лет. По возрасту распределение пациентов было следующим: до 25 лет — 16 (20 %) человек, 25–30 лет — 48 (60 %) человек, 31–35 лет — 10 (12,5 %) человек, старше 35 лет — 6 (7,5 %) человек. По этиологическому фактору: у 24 (30 %) пациентов выявлены инфекционно-воспалительные заболевания гениталий, у 12 (15 %) — эндокринные нарушения, у 6 (7,5 %) — варикоцеле, у 2 (2,5 %) — гипоплазия яичек, у 12 (15 %) пациентов отмечалось сочетание нескольких этиологических факторов и у 24 (30 %) — причина не установлена. По длительности бесплодия: бесплодие до 2 лет у 12 (15 %) пациентов, 2–3 года — 32 (40 %) пациента, 3–5 лет — 24 (30 %) пациента, от 5 до 10 лет — 12 (15 %) пациентов. Все мужчины были обследованы врачом-психотерапевтом.

Основными методами диагностики были:

1. Психотерапевтическая беседа.
2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).
3. Шкала самооценки депрессии Бека.

Основными используемыми методами лечения были:

1. Психокоррекционная беседа [3].
2. Медикаментозная терапия (седативные фитопрепараты, антидепрессанты, транквилизаторы) [3].

Результаты и обсуждение

Все обследуемые мужчины предъявляли жалобы на обеспокоенность по поводу отсутствия детей в браке и выражали свое согласие на проведение обследования и, при необходимости, лечения. Большинство пациентов (64 (80 %) человека) внешне были спокойны и уверены в себе, отмечали устойчивый фон настроения, хороший сон и аппетит. 16 (20 %) человек из группы обследованных мужчин, были несколько напряжены во время беседы, вели себя беспокойно, отмечали колебания настроения на протяжении дня и повышенную раздражительность.

По результатам психологического тестирования с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) лишь у 4 (5 %) мужчин выявлена клинически выраженная тревога/депрессия, у 16 (20 %) мужчин — субклинически выраженная тревога/депрессия. У 60 (75 %) мужчин отсутствовала тревожно-депрессивная симптоматика.

Анализ результатов шкалы самооценки депрессии Бека показал отсутствие депрессивных симптомов у 76 (95 %) пациентов, и лишь у 4 (5 %) мужчин выявлена легкая депрессия.

Со всеми пациентами на протяжении всего периода наблюдения проводилась индивидуальная психотерапевтическая работа. В том числе, 4 (5 %) пациентам был назначен антидепрессант (алевал) курсом 6 месяцев в сочетании с карбамазепином (по схеме), транквилизаторы (адаптол, грандаксин) курсом до 3 недель. 20 (25 %) пациентов получали курсами по 2–3 недели успокаивающие препараты растительного происхождения (вале-

риана, пустырник, фиторелакс, седавит, ново-пассит, персен, трикардин). После проведенной работы пациенты отмечали изменения в состоянии, в виде улучшения настроения, уменьшения напряженности и тревожности, изменения отношения к проблеме. Улучшенное эмоциональное состояние положительно влияло на стандартное лечение мужского бесплодия и помогало желанному оплодотворению [3].

Выводы

1. Мужчины, наблюдающиеся в урологическом кабинете с диагнозом бесплодие, имеют невысокий уровень тревоги и депрессии.
2. На психоэмоциональное состояние мужчин диагноз бесплодие влияет в незначительной степени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Камалов, А. А. Мужские болезни / А. А. Камалов, Н. А. Лопаткин. — М.: Медицинское информационное агентство, 2008. — 320 с.
2. Свядоц, А. М. Неврозы: руководство для врачей / А. М. Свядоц. — Питер Паблишинг, 1997. — 441 с.
3. Тарабрина, Н. В. Клиническая психология / Н. В. Тарабрина. — СПб.: Питер, 2000. — 352 с.

УДК 314.14:616-053.6-055.1](476)

ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Глинская Т. Н., Щавелева М. В.

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
трансфизиологии и медицинских биотехнологий»
Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Состояние и динамика медико-демографических показателей населения Республики Беларусь характеризуется гендерной диспропорцией с преобладанием женского населения, начиная с 30–35-летнего возраста, обусловленной более высокими показателями смертности мужчин и, следовательно, убылью мужского населения. Гендерные различия имеются также в отношении показателей заболеваемости, прежде всего, значимости лидирующих нозологических причин заболеваемости у мужчин и женщин. Предпосылки указанных различий имеются уже в подростковом возрасте, так в 2011 г. смертность юношей-подростков от внешних причин была в 2,4 раза выше, чем у девушек, а общий коэффициент смертности превышал уровень в женской популяции в 2,0 раза. Разработка эффективных мероприятий по улучшению показателей здоровья юношей и мужского населения в целом требует учета лидирующих нозологических причин заболеваемости и направленности изменений показателей в динамике.

Цель

Анализ общей заболеваемости юношей-подростков (15–17 лет).

Материал исследования

Материалом для исследования служили официальные статистические данные о численности подросткового населения Республики Беларусь, в том числе юношей, за 2006–2012 гг., о показателях общей заболеваемости по причинам подросткового населения мужского пола.

В течение периода наблюдения среднегодовая численность подросткового населения республики уменьшилась в 1,5 раза (с 440456 человек до 291404 человек), при этом популяция юношей-подростков сократилась в 1,4 раза (с 210873 до 149973 человек).

В течение 2006–2012 гг. общая заболеваемость юношей выросла на 12,9 % (с 177046,2 до 199933,3 ‰), динамика показателя характеризовалась более выраженными подъемами в годы неблагоприятной эпидемической ситуации по острым респираторным инфекциям (ОРИ) верхних дыхательных путей и гриппу. В течение всего периода наблюдения в структуре общей заболеваемости лидировал класс болезней органов дыхания, вклад которого составлял от 47,0 до 54,5 %. В течение 2008–2012 гг. на долю ОРИ верхних дыхательных путей приходилось около 86,5–93,0 % случаев болезней органов дыхания, регистрируемых у юношей (рисунок 1).

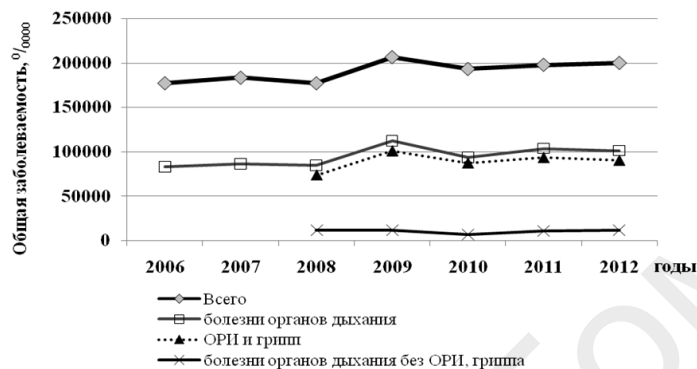


Рисунок 1 — Динамика общей заболеваемости юношей (15–17 лет) Республики Беларусь в 2006–2012 годах (все причины и болезни органов дыхания)

Динамика показателей общей заболеваемости юношей-подростков по причинам, занимающим в ее структуре 2–5 места, весьма разнонаправлена (рисунок 2).

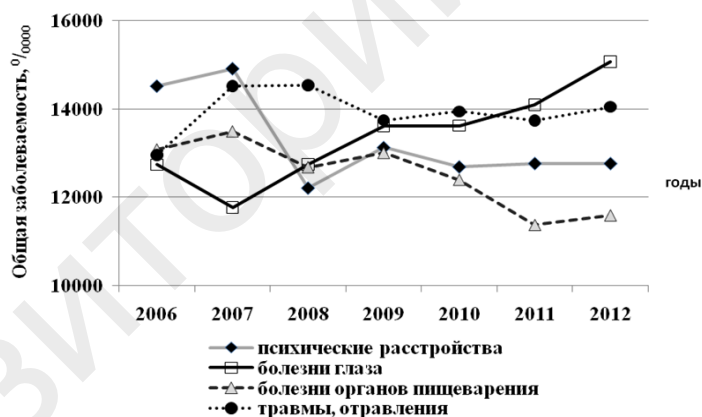


Рисунок 2 — Динамика общей заболеваемости юношей (15–17 лет) Республики Беларусь в 2006–2012 годах по лидирующим причинам (психические расстройства, болезни глаза, травмы, болезни органов пищеварения)

В 2006 г. на втором месте в рейтинге причин находился класс психических расстройств (8,2 % в структуре общей заболеваемости), места с третьего по пятое с практически одинаковыми значениями интенсивных показателей (около 7,0 % в структуре) занимали болезни органов пищеварения, травмы и болезни глаза.

За шестилетний период произошло снижение общей заболеваемости психическими расстройствами (темп прироста к уровню 2006 г. — $-12,0\%$, $p < 0,05$) и болезнями органов пищеварения (темп прироста — $-11,4\%$, $p < 0,05$). Одновременно отмечался рост общей заболеваемости болезнями глаза (темп прироста — $+18,3\%$, $p < 0,05$) и травмами (темп прироста — $+8,4\%$, $p < 0,05$).

Такая направленность изменений привела к смене рейтинговых мест, когда на вторую позицию вышел класс болезней глаза, а далее в порядке убывания следовали травмы, психические расстройства и болезни органов пищеварения.

Для класса болезней глаза лидирующей причиной общей заболеваемости у юношей (2012 г.) была миопия (58,4 % всех случаев). Для класса болезней органов пищеварения у юношей в 2012 г. лидировали гастрит, дуоденит, диспепсия и другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (47,3 % случаев), болезни полости рта, слюнных желез, челюстей (21,3 %), болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей (8,2 %), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (5,1 %). На перечисленные причины в совокупности приходилось 81,9 % всех случаев болезней органов пищеварения. Лидирующими локализациями травм и их последствий были травмы конечностей и травмы головы и шеи (суммарный вклад в общую заболеваемость подростков по данному классу болезней — 84,9 %).

В 2006 г. места с шестого по восьмое в рейтинге причин общей заболеваемости юношей занимали классы болезней с уровнем показателей около 7000,0⁰/₀₀₀₀: болезни кожи и подкожной клетчатки (4,3 % случаев); болезни костно-мышечной системы (4,2 %) и болезни системы кровообращения (4,1 %). За период наблюдения произошел рост заболеваемости болезнями костно-мышечной системы (темп прироста +17,8 %), что обусловило рост рейтинговой значимости класса в 2012 г. на одну позицию (шестое место); незначительное снижение уровня заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки (темп прироста — -7,1 %) привело к падению рейтинга на две позиции (8-е место). В 2012 г. ведущей причиной общей заболеваемости юношей болезнями костно-мышечной системы являлись деформирующие дорсопатии (54,0 % случаев). В структуре болезней системы кровообращения лидировали пролапс митрального клапана (50,2 %) и болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов, I80–I89 (16,9 %).

Места с девятого по двенадцатое в начале периода наблюдения соответственно занимали классы болезней с уровнем интенсивных показателей от 2500,0 до 3500,0⁰/₀₀₀₀: болезни нервной системы (2,0 % в структуре); болезни эндокринной системы (1,8 %); инфекционные болезни (1,8 %) и болезни уха (1,5 %). В течение периода наблюдения произошел значимый рост общей заболеваемости юношей болезнями эндокринной системы (в 1,5 раза) и болезнями нервной системы (в 1,3 раза), одновременно заметно снизился интенсивный показатель заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями (в 1,3 раза). Такие изменения интенсивных уровней общей заболеваемости привели к росту в 2012 г. рейтинговой значимости класса болезней эндокринной системы (9-е место), и снижению рейтинга для класса инфекционных болезней, который оказался на тринадцатом месте. Наиболее значимыми причинами эндокринной патологии юношей являлись болезни щитовидной железы (57,1 %) и ожирение (22,6 %), на сахарный диабет приходилось 4,0 % случаев эндокринной патологии, и столько же на белково-энергетическую недостаточность.

Класс болезней нервной системы оказался на десятом месте, одиннадцатое место занял класс врожденных аномалий (ранее, в 2006 году он занимал четырнадцатое место в рейтинге причин общей заболеваемости с интенсивным уровнем 1658,4⁰/₀₀₀₀). К 2012 г. показатель общей заболеваемости врожденными аномалиями вырос в 1,8 раза, что, безусловно, отражает результативность проводимых профилактических осмотров и диагностических мероприятий наряду с объективным ухудшением состояния здоровья подросткового населения мужского пола по данному критерию. Ведущие причины врожденных аномалий у юношей — это врожденные аномалии органов дыхания (51,8 %); мочевой системы и костно-мышечной системы (соответственно, 15,3 и 14,2 %).

Таким образом, общая заболеваемость юношей подростков не имеет тенденции к снижению, основной вклад в формирование показателя вносят болезни органов дыхания, болезни глаза, травмы, психические расстройства и болезни органов пищеварения. Неблагоприятная динамика с ростом показателей общей заболеваемости характерна для болезней глаза и травм. Для юношей сохраняет актуальность патология желудка и двенадцатиперстной кишки.

Менее заметный вклад в формирование общей заболеваемости вносят болезни костно-мышечной системы (в частности, дорсопатии) с динамикой показателя к росту, болезни системы кровообращения (стабильные уровни), болезни кожи (с тенденцией к снижению). Для причин, занимающих в структуре общей заболеваемости юношей менее 5,0 %, не-

благоприятная динамика выявлена для эндокринной патологии (в частности, для патологии щитовидной железы), болезней нервной системы, врожденных аномалий. Своевременная диагностика имеющихся нарушений здоровья у юношей в определенной мере обусловлена результативностью углубленных профилактических осмотров лиц допризывного возраста.

Выявленные особенности состояния здоровья юношей должны учитываться при планировании и проведении лечебно-диагностической, профилактической и диспансерной работы.

УДК 614.2:35.08

ОПЫТ ПОДГОТОВКИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Госсен И. Е., Столяров С. А.

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Алтайский государственный медицинский университет»
г. Барнаул, Российская Федерация**

Сегодня ни одна страна в мире не может управлять системой здравоохранения, не имея эффективных руководителей, которые не должны оставаться «просто врачами» [1]. Необходимость внедрения методов современного управления здравоохранением приобретает все большую актуальность, поэтому экономический подход к управлению медицинскими организациями (МО), является определяющим. Однако слабая экономическая подготовка ряда руководителей МО, обуславливает их невысокую компетентность в принятии управленческих решений, что в свою очередь приводит к снижению эффективности управления здравоохранением.

России и ряду стран СНГ «не везет» на руководителей в сфере здравоохранения. Как правило, к руководству медициной привлекают узких медицинских специалистов, которые в силу специфики профессионального мышления не формировались как «системники», владеющие управленческими технологиями, необходимыми для руководства [2]. Трудно представить себе терапевта, который без дополнительной подготовки мог бы стать эндокринологом, не говоря уже о специалистах хирургического профиля, но руководителем любого ранга — от главного врача районной больницы, до руководителя здравоохранения крупных городов — может быть назначен терапевт или хирург, не прошедший ни до, ни после назначения необходимой управленческой подготовки. Поэтому можно сделать вывод о том, что непрофессионалы руководят МО и самой отраслью — здравоохранением [3]. Необходимость профессиональной подготовки руководителей здравоохранения актуальна не только в России, но и в республике Беларусь [4].

Проблемы здравоохранения часто связаны не столько с недостаточным финансированием, сколько с ошибками в организации и управлении отраслью. Одним из главных факторов, сдерживающих эффективное управление здравоохранением можно считать недостаточную профессиональную компетентность лиц, принимающих управленческие решения и неподготовленность многих работников действовать в рыночных условиях, при которых в центре внимания находятся конкретные достижения и удовлетворение запросов потребителей. Поэтому с целью повышения квалификации в вопросах управления, не только главные врачи, практикующие врачи, а также медицинские сестры, желающие занять в будущем должность руководителя стали задумываться о получении управленческих знаний.

Первой ласточкой подготовки управленческих кадров здравоохранения в Алтайском государственном медицинском университете (АГМУ) стала подготовка медицинских сестер на факультете высшего сестринского образования (ФВСО). Менеджер здравоохранения — это не только директор, главный врач или заведующий отделением. Одной из тенденций мирового здравоохранения является повышение роли сестринского персонала с различным уровнем подготовки (в США ряд медицинских сестер имеет ученую степень

доктора наук). Довольно актуально использование сестринских кадров в управлении МО, что требует проведения широкомасштабных изменений, как в ней самой, так и в системе здравоохранения в целом [1]. С этой целью в России создана многоуровневая система подготовки сестринского персонала, где можно выделить нескольких уровней:

1. Базовый (основной, углубленный) уровень подготовки — колледж.
2. Высшее сестринское образование — институт (университет).
3. Послевузовское образование — интернатура.

Руководители сестринских служб МО могут относиться к разным уровням управления, как к низшему (старшая медицинская сестра отделения), так и к высшему (зам. главного врача по работе с сестринским персоналом, главная медицинская сестра, директор дома сестринского ухода, директор центра медицинской профилактики и пр.). Главные медицинские сестры (акушерки и фельдшера) — основная группа руководителей сестринских служб МО осуществляющих руководство работой, прежде всего, старших медицинских сестер подразделений и обеспечивают управление сестринским делом.

Именно поэтому студенты ФВСО изучают управленческие дисциплины: менеджмент в здравоохранении, маркетинг в здравоохранении, экономику, экономику здравоохранения, общественное здоровье и здравоохранение, бухгалтерский учет, делопроизводство, психологию, правовые основы охраны здоровья, медицинское и фармацевтическое товароведение, медицинскую психологию и пр., что создает предпосылки для эффективного управления МО.

Следующим этапом подготовки управленческих кадров здравоохранения стала подготовка по специальности 080502 «Экономика и управление на предприятии здравоохранения» на факультете экономики и управления в здравоохранении (ФЭиУЗ) в АГМУ. Данная специальность не относится к медицинской, то ее курирование осуществляет учебно-методическое объединение по образованию в области производственного менеджмента на базе Санкт-Петербургского государственного инженерно-экономического университета (ИНЖЭКОН), реализующего образовательные программы подготовки по специальности «Экономика и управление на предприятии» ((в здравоохранении с 2004 года). Профиль обучения — здравоохранение — имеет большую перспективу в России, а выпускники факультета — высокую востребованность.

Кроме руководителей МО и врачей, желающих занять управленческие должности, на ФЭиУЗ поступают и студенты АГМУ (получающие специальность врача на очном отделении), которые думают о карьере руководителя, и желают приобрести к концу учебы второй диплом — экономиста-менеджера, получая параллельно экономическую подготовку.

Слушатели, получившие высшее образование по специальности «Экономика и управление на предприятии здравоохранения», могут осуществлять профессиональную деятельность, обеспечивающую рациональное управление экономикой, производством и социальным развитием МО всех организационно-правовых форм, на должностях, требующих высшего образования и профессиональных экономических знаний, в т.ч. в органах государственного управления и местного самоуправления. Все они могут работать: менеджерами, маркетологами в различных сферах народного хозяйства, и в первую очередь в МО различных форм собственности, где они могут занимать должности: директора, зам. главного врача по экономике или коммерции, возглавлять службы материально-технического снабжения, маркетинга, управления персоналом и т. д., обеспечивая рациональное управление экономикой здравоохранения.

Цифры приема и выпуска ФВСО и ФЭиУЗ приведены на рисунке 1.

Выпускники ФВСО и ФЭиУЗ АГМУ работают в Главном управлении Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности (которое включает их выпускников в состав кадрового резерва), Территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Алтайскому краю, а также на должностях руководителей и их заместителей в государственных (муниципальных) и частных МО, страховых медицинских компаний, аптек, предприятий по продаже медицинской техники, оздоровительных центров и пр.



Рисунок 1 — Прием и выпуск в ФВСО и ФЭиУЗх

Некоторое снижение набора на ФВСО и ФЭиУЗ, наблюдаемое после первых лет их существования, объясняется частичным насыщением Алтайского края специалистами данных направлений и существованием конкурентов на образовательном поле, а также и тем, что с 2010 г. не ведется обучение на очном отделении ФВСО в связи с прекращением бюджетного финансирования.

Получение подготовки по управлению в здравоохранении:

- повышает высокий уровень обоснованности принятия управленческих решений при руководстве МО всех форм собственности;
- увеличивает конкурентоспособность персонала в современном мире, где работодателю нужны инициативные, разносторонние, целеустремленные, заинтересованные в самореализации профессионалы, обладающие гибкостью и адаптивностью, высокой степенью самоорганизации;
- содействует профессиональной мобильности и социальной защищенности специалистов с высшим образованием;
- обеспечивает получение квалификации «экономист-менеджер», которая не предусмотрена базовыми программами высшего образования медицинских вузов;
- расширяет возможности реализации личных образовательных-профессиональных интересов;
- обеспечивает высокий уровень качества образования, поскольку человек сам заинтересован в своем образовании.

Именно поэтому подготовка менеджеров здравоохранения является актуальной не только в России, но и в других странах СНГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Столяров, С. А. Менеджмент в здравоохранении / С. А. Столяров. — Барнаул, 2011. — 523 с.
2. Столяров, С. А. Некоторые аспекты управления здравоохранением и необходимость совершенствования профессиональной подготовки управленческих кадров. XXXVI науч. конф. НИИ КППГЗ СО РАМН Общественное здоровье третьего тысячелетия: матер. конф. — Новокузнецк: Изд-во СО РАМН, 2002. — С. 72–75.
3. Низамов, И. Г. Размышления о низкой результативности управления здравоохранением / И. Г. Низамов // Проблемы социальной гигиены и история медицины. — 1996. — № 2. — С. 33–35.
4. Михалевич, П. Н. Подготовка профессиональных руководителей — одно из условий успешного развития здравоохранения на современном этапе / П. Н. Михалевич, А. П. Романова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2009. — № 4. — С. 18–82.

УДК 616.329-006.6

ОЦЕНКА ПОПУЛЯЦИОННОГО РИСКА РАКА ПИЩЕВОДА, СВЯЗАННОГО С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ, В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Гребенюк К. В., Ковалевская И. В., Стаселович И. В., Сыса А. Г.

Учреждение образования

«Международный государственный экологический университет им. А. Д. Сахарова»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Злоупотребление алкоголем превратилось во многих странах в социальную проблему, требующую решительных мероприятий. Научные данные убедительно свидетельствуют о негативном влиянии алкоголя на организм. Результаты современных медицинских исследований показывают, что употребление алкоголя повышает риск развития злокачественных заболеваний и сопряженную с ними смертность. Доказано, что определенные виды рака намного чаще встречаются у людей, страдающих алкоголизмом или употребляющих большие дозы спиртного. К таким болезням относятся, например, рак пищевода [1].

Рак пищевода обычно диагностируется в возрасте 55 лет и старше, у мужчин в 3 раза чаще, чем у женщин. По оценкам до 50–75 % опухолей пищевода связано с употреблением алкоголя. Известно, что рак пищевода, особенно его верхних отделов, в 10 раз чаще поражает пьющих людей, нежели непьющих [2].

Заболеваемость раком пищевода находится в прямой зависимости от количества употребляемых спиртных напитков. Человек, систематически потребляющий 120 г и более чистого алкоголя в день, имеет риск заболеть раком пищевода в 101 раз выше, чем сопоставимый с ним, но не употребляющий алкоголя. Атрибутивный риск существенно возрастает, если потребление алкоголя сочетается с курением [3].

Цель

Провести анализ развития рака пищевода, связанного с употреблением алкоголя, в Республике Беларусь.

Материал и методы исследования

В работе рассчитывали добавочную долю популяционного риска (population attributable fraction) (PAF), которая представляет собой долю заболеваемости (смертности, инвалидности) в популяции, связанную с определенным фактором риска.

Латентный период или интервал между потреблением алкоголя и соответствующим увеличением риска для рака пищевода не известен. Исходя из литературных данных, мы предположили, что он составляет, в среднем, 10 лет [4], и, следовательно, проводили расчет дополнительных случаев рака пищевода в 2010 г., связанных с потреблением алкоголя в 2000 г.

Результаты исследования

На основании оценок ВОЗ [5] были составлены таблицы по возрастному распределению мужского и женского населения Республики Беларусь по уровням потребления алкоголя в 2000 г. (таблицы 1 и 2).

Таблица 1 — Повозрастное распределение мужского населения Республики Беларусь по уровням потребления алкоголя в 2000 г., %

Потребление алкоголя		Мужчины, возрастные группы, лет						
уровень потребления	грамм в день	15–29	30–44	45–59	60–69	70–79	80+	Всего, 15+
1	0	8,8	8,8	11,0	16,4	21,9	21,9	14,8
2	20	60,2	66,2	58,4	62,9	66,9	66,9	63,6
3	50	18,8	15,9	18,5	13,2	6,7	6,7	13,3
4	80	12,3	9,1	12,1	7,5	4,5	4,5	8,3

Примечание: уровень 1 — отказ от употребления; уровень 2 — 0–40 г/день; уровень 3 — 40–60 г/день; уровень 4 — более 60 г/день.

Таблица 2 — Повозрастное распределение женского населения Республики Беларусь по уровням потребления алкоголя в 2000 г., %

Потребление алкоголя		Женщины, возрастные группы, лет						
уровень потребления	грамм в день	15–29	30–44	45–59	60–69	70–79	80+	Всего, 15+
1	0	14	14	17,5	26,3	35,1	35,1	23,7
2	10	71,9	74,3	68,3	64,5	58,8	58,8	66,1
3	30	11,5	9,6	11,6	7,9	5,1	5,1	8,5
4	50	2,6	2	2,6	1,3	1,1	1,1	1,8

Примечание: уровень 1 — отказ от употребления; уровень 2 — 0–20 г/день; уровень 3 — 20–40 г/день; уровень 4 — более 40 г/день.

Как видно из данных таблиц 1 и 2, потребление алкоголя большинством мужского и женского населения Республики Беларусь соответствует второму уровню: до 40 г/день для мужчин и до 20 г/день для женщин. Следует отметить, что лишь 14,0 % женщин и 8,8 % мужчин в наиболее благоприятном для воспроизводства населения возрасте 15–29 лет не потребляют алкоголь (первый уровень потребления).

Результаты расчетов для каждой возрастной группы мужского и женского населения добавочной доли популяционного риска рака пищевода в 2010 г., связанной с употреблением алкоголя 10 лет назад (2000 г.) в таблице 3. Соответствующее число дополнительных случаев, обусловленных употреблением алкоголя, рассчитывая как абсолютное число случаев рака пищевода, умноженное на PAF.

Из таблицы 3 видно, что из 190 случаев рака пищевода в 2010 г. у мужчин 60 (31,8 %) случаев были обусловлены потреблением алкоголя. Для женского населения доля «алкогольных» опухолей пищевода составила 12,5 %. Более низкий показатель в случае женщин может быть связан с меньшими объемами потребляемых спиртных напитков в расчете на чистый алкоголь. В целом около 20 % всех случаев рака пищевода в 2010 г. обусловлены потреблением алкоголя.

Таблица 3 — Диагностированные случаи рака пищевода в 2010 г., обусловленные потреблением алкоголя в 2000 г.

Возраст (лет)		Рак пищевода		
начало действия фактора риска	длительность действия фактора риска (+ 10 лет)	PAF	число случаев	число дополнительных случаев, обусловленных потреблением алкоголя
Мужчины				
15–29	25–39	0,363	1	0,4
30–44	40–54	0,335	5	1,6
45–59	55–69	0,358	85	30,6
60–69	70–79	0,306	57	17,4
70–79	80–89	0,253	35	8,8
80+	90+	0,253	7	1,7
Всего			190	60,5
%				31,8
Женщины				
15–29	25–39	0,150	1	0,2
30–44	40–54	0,142	5	0,7
45–59	55–69	0,147	102	15,0
60–69	70–79	0,121	82	9,9
70–79	80–89	0,103	73	7,5
80+	90+	0,103	20	2,1
Всего			283	35,4
%				12,5
Все население				
15–29	25–39		2	0,6
30–44	40–54		10	2,3
45–59	55–69		187	45,6
60–69	70–79		139	27,3
70–79	80–89		108	16,3
80+	90+		27	3,8
Всего			473	95,9
%				20,3

Актуальной проблемой современной медицины являются патологические состояния, связанные со злоупотреблением алкоголя. Существенное патогенное влияние алкоголь оказывает именно на систему пищеварения, так как ей приходится первой вступать в контакт с этанолом. В настоящей работе проведен расчет популяционного риска рака пищевода населения Республики Беларусь, связанного с употреблением алкоголя. Отметим, что наше предположение о существовании периода запаздывания (как минимум десятилетнего) эффекта алкоголя нашло свое подтверждение: пик заболеваемости как у мужчин, так и у женщин приходится на возрастные периоды 45–59 лет, в то время как активное употребление алкоголя приходится на возрастные группы 15–29 и 30–44 года. Необходимо ограничение употребления алкоголя в популяции с целью профилактики онкозаболеваний, в том числе и заболеваний пищевода.

В целях снижения уровня алкоголизации населения в Республике Беларусь последовательно проводится государственная политика. В 2011 г. принята Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011–2015 годы, которая утверждена постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 11 января 2011 г. № 27.

ЛИТЕРАТУРА

1. Franke, A. Alcohol-related diseases of the esophagus and stomach / A. Franke, S. Teyssen, M. V. Singer // *Dig. Dis.* — 2005. — Vol. 23. — P. 204–213.
2. Bode, C. Alcohol's role in gastrointestinal tract disorders / C. Bode, J. C. Bode // *Alcohol Health Res. World.* — 1997. — Vol. 21. — P. 76–83.
3. Esophageal cancer in Central and Eastern Europe: tobacco and alcohol / M. Hashibe [et al.] // *Int. J. Cancer.* — 2007. — Vol. 120. — P. 1518–1522.
4. Parkin, D. M. The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. Summary and conclusions / D. M. Parkin, L. Boyd, L. C. Walker // *British Journal of Cancer.* — 2011. — Vol. 105. — P. 77–81.
5. Alcohol use / J. Rehm [et al.] // *Global and Regional Burden of Disease Attribution to Selected Major Risk Factors* / M. Ezzati [et al.]: [Electronic resource]. — WHO, 2004. — Mode of access: Date Mode of access: 04.09.2013.

УДК 614.2-057.112

К ВОПРОСУ ОБ АДМИНИСТРИРОВАНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Гринцевич П. С.

Учреждение образования

«Белорусский государственный экономический университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Современное понимание термина «администрирование» вышло далеко за рамки его этимологии («администрирование — деятельность по руководству порученным участком работы посредством административных методов управления») и охватывает широкий спектр функций управления: предвидеть, прогнозировать, анализировать, планировать, решать, организовывать, приказывать, давать указания, ставить задачи, координировать, контролировать.

Администрирование как широкий спектр проявлений формализации и регламентации связей и зависимостей, прав и полномочий, форм и структур, порядков и правил, квот и ограничений отражает всю сложность взаимосвязей объекта. В Республике Беларусь в системе оказания медицинской помощи от первичной медико-санитарной до высококвалифицированной, высокотехнологичной можно выделить четыре уровня. В систему Минздрава входят: управления здравоохранения облисполкомов и Комитет по здравоохранению Минского горисполкома; областные центры гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, Минский городской центр гигиены и эпидемиологии, городские, районные, зональные и районные в городах центры гигиены и эпидемиологии; государственные организации, подчиненные Минздраву [2].

В Республике Беларусь принята Национальная программа ускоренного развития услуг в сфере информационно-коммуникационных технологий на 2011–2015 гг. (Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 28 марта 2011 г. № 384), основными целями которой являются:

- повышение оперативности и качества принимаемых решений;
- сокращение издержек на управление за счет создания соответствующих информационно-аналитических систем;
- совершенствование лечебно-диагностических и профилактических мероприятий на всех уровнях оказания медицинской помощи;
- повышение эффективности медицинской помощи за счет улучшения качества постановки диагноза и повышения обоснованности принимаемых медицинских решений;
- повышение доступности высококвалифицированной медицинской помощи;
- создание (развитие) систем мониторинга состояния здоровья населения;
- создание необходимых условий для доступа широких масс медицинских работников к электронной медико-экономической информации по здравоохранению;
- повышение эффективности труда медицинского персонала за счет автоматизации трудоемких и рутинных операций;
- повышения достоверности данных и оперативности информационного обслуживания.

Согласно данной Программе, к 2015 г. относительная доля медицинской документации, представленной в электронном виде, должна составить не менее 50 %; доля организаций здравоохранения, использующих, получающих (оказывающих) услуги удаленного (телемедицинского) консультирования — не менее 70 %. При этом предполагается, что показатель посещаемости информационного портала «За здоровый образ жизни» составит не менее 50 тыс. посещений в месяц, а снижение затрат государственных органов власти на организацию обмена информацией на межведомственном уровне на 25 % [3].

Кадровое обеспечение системы здравоохранения — важнейшая задача. В ракурсе рассматриваемой проблемы речь идет о подготовке профессиональных менеджеров для системы здравоохранения. Российские специалисты прогнозируют в ближайшие 8–10 лет рост спроса на профессиональных управленцев в медицине более, чем на 20 %. Что касается отечественной практики, то, представляется, что подготовка кадров по специальности «Менеджмент (социально-административный)», изучение курса «Общественное здоровье и здравоохранение» студентами-медиками, получение экономико-управленческих знаний в рамках сложившегося последиplomного образования весьма важны, но недостаточны. Современный организатор здравоохранения должен профессионально владеть искусством делового общения, методиками мотивации персонала, уметь оценивать показатели финансовой деятельности медицинских учреждений. В этой связи следует продолжить поиск путей подготовки и переподготовки кадров, отвечающих данным требованиям.

Что касается медицинского учреждения, то администрирование на данном уровне включает механизм обеспечения соблюдения комплекса правоустанавливающих положений, ограничений, процедур и других форм определения действий персонала [4]. На данном уровне злободневными проблемами являются наличие очередей в учреждениях здравоохранения, несовершенство системы «ответа» на заявки и т. п. Решение данных проблем администрирования должно сыграть ключевую роль в улучшении общего уровня обслуживания населения, что позволит в будущем вывести уровень отечественной медицины на новый уровень.

ЛИТЕРАТУРА

1. Схема оказания медицинской помощи населению Республики Беларусь. Официальный Сайт Министерства здравоохранения Республики Беларусь: [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://minzdrav.gov.by/ru/static/for-population/porjadok_info.
2. Положение о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь Постановление Совета Министров Республики Беларусь 28 октября 2011 г. № 1446: [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/static/about/polojenie>.
3. Национальная программа ускоренного развития услуг в сфере информационно-коммуникационных технологий на 2011–2015 годы (Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 28 марта 2011 г. № 384): [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://minzdrav.gov.by/ru/static/activities/gosudarstvennye_programmy/informatics_Characteristic.
4. Райченко, А. В. Административный менеджмент: учеб. / А. В. Райченко. — ИНФРА-М, 2007. — С. 416.

УДК 614.2:616-084

**МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ КРИЗИСА
ФАКТОРНОЙ КОНЦЕПЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ***Гундаров И. А., Полесский В. А.*

**Научно-исследовательский институт общественного здоровья и управления здравоохранением
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»
г. Москва, Российская Федерация**

Актуальной задачей здравоохранения в России и Беларуси является профилактика смертности от неинфекционных (в т. ч. социально значимых) заболеваний (НЗ). Основным методом ее решения считается борьба с ведущими факторами риска (ФР) с выраженной прогностической значимостью. Однако анализ результатов программ однофакторной и многофакторной профилактики не подтвердил надежд, что коррекция ФР может обеспечить снижение смертности от НЗ. В литературе не удалось найти исследований причин этого парадокса.

Признак считается ФР, если его появление предшествует возникновению болезни, связь имеет вероятностное значение, воспроизводится в других исследованиях, имеется свойство «доза-эффект», нет других объясняющих эту связь факторов, зависимость не противоречит биологическому смыслу. Наличие таких критериев считается достаточным, чтобы считать ФР причиной заболеваний. При этом игнорируется важный методологический принцип: «после не означает вследствие». Последовательность событий «А» → «Б» может возникать и от непрямых ситуаций, порождая ложные (*spurious*) корреляции.

1. Высокий уровень холестерина крови, предшествующий ишемической болезни сердца (ИБС), считается ее фактором риска. Но гиперхолестеринемия может оказаться всего лишь симптомом текущего атеросклероза, возникшего в молодости при нормальных уровнях липидов. Соответственно там, где она выше, тяжелее атеросклероз и чаще развивается ИБС. Однако нормализация содержания холестерина не улучшит прогноз. Возможность подобного сценария доказывается рядом исследований. Например, в годы Корейской войны при вскрытии 300 погибших от внешних причин молодых солдат и офицеров у 77 % были обнаружены признаки выраженного коронарного атеросклероза. Среди возможных причин авторы указывают на толщину стенки артерий и гемодинамические особенности [1].

2. Признак «А» сцеплен с неизвестной причиной как ее попутчик, не имеющий отношения к сути заболевания «Б». Соответственно, где больше «А», там больше и «Б», но не в «А» суть дела. Например, среди курильщиков в 5–10 раз чаще встречаются грыжи, самоубийства, убийства. Однако их причиной является не курение, а более тяжёлая жизнь этой части населения, провоцирующая появление вредной привычки. Поэтому курение оказывается лишь индикатором социально-психологического неблагополучия, и отказ от него не улучшает прогноз.

3. «А» есть компенсаторный механизм, запускаемый организмом в ответ на возникновение заболевания «Б». Поэтому там, где обнаруживается «А», есть и «Б». Но «А» здесь выполняет защитную функцию. Так, повышение артериального давления при гипертонической болезни является аварийной компенсаторной реакцией на гипертонус артериол, приводящий к тканевой гипоксии. С помощью артериальной гипертензии организм восстанавливает приток крови к органам и тканям и нарушенный метаболизм, без нормализации которого простое снижение артериального давления не уменьшит смертность.

4. Корреляция между двумя признаками может генерироваться действием скрытого третьего фактора, формирующего у обоих одинаправленные изменения. Например, колебания смертности от убийств, самоубийств и динамика смертности от инфекционных заболеваний в России за последние двадцать лет осуществлялись почти параллельно [2], хотя это совершенно разные явления. «Серым кардиналом» выступало социально-экономическое со-

стояние населения, динамика которого синхронно вызывала у одних озлобленность, у других депрессию, что вело к угнетению иммунной системы и снижению устойчивости против инфекционной агрессии.

5. Связь признака «А» с болезнью «Б» может определяться исходным отбором людей (*selection bias*). Например, среди верующих больше лиц с психическими отклонениями, но не от посещения церкви, а потому, что к помощи религии чаще обращаются душевно страдающие люди.

6. Причина болезни — это не агент, действующий на организм, а система взаимодействия «агент – организм» [3]. До момента встречи обе стороны являются условиями болезни. Вступив во взаимодействие, они становятся ее причинными агентами, а причиной служит само взаимодействие. В нем прогноз определяется не только фактором риска, но и природой организма, его резервом здоровья. Например, при сравнении работников двух цехов с легкими и тяжелыми условиями труда, у вторых заболеваемость оказалась меньше, чем у первых. Получается, чем тяжелее условия труда, тем лучше прогноз. Ложный вывод возникает вследствие того, что на тяжелую работу отбирают наиболее здоровых людей (*healthy worker effect*).

7. Один и тот же фактор может оказывать разнонаправленное влияние на развитие разных заболеваний — снижать риск одних, одновременно увеличивая риск других. В результате конкуренции рисков итоговый результат обнуляется. Например, при 32-летнем наблюдении над 1959 мужчинами при снижении концентрации холестерина крови происходило уменьшение кардиоваскулярного риска. Одновременно отмечалось увеличение онкологического риска. В результате связь холестерина с общей смертностью отсутствовала [4]. Конкурировать могут и разные факторы, находящиеся во взаимодействии между собой. Так, отказ от курения снижает риск ИБС, но одновременно увеличивает индекс массы тела, что повышает тот же риск ИБС.

8. Степень рискогенности фактора может меняться, вплоть до смены знака на противоположный, в зависимости от его абсолютной величины. Это выражается U-образной траекторией, когда смертность увеличивается и при высоких, и при низких значениях показателей (содержание холестерина крови, артериальное давление, масса тела, уровень глюкозы плазмы и т. д.). Соответственно в первом случае надо рекомендовать снижение, а во втором — повышение контролируемых показателей.

К сожалению, за время становления факторной концепции ни один из известных факторов риска НЗ не прошел целенаправленной проверки на причинно-следственную зависимость. Для этого требовалось в одной и той же группе изменить распространенность признака «А» и затем проследить за появлением признака «Б». При обнаружении последовательности изменений можно предполагать причинную зависимость. Такая двухэтапная проверка непреднамеренно была проведена во Фрамингаме среди 4374 человека 31–65 лет обоего пола. На первом этапе изучили связь исходных уровней холестерина крови со смертностью в 14-летнем наблюдении. Была обнаружена классическая закономерность: чем значительнее холестеринемия, тем выше смертность. На втором этапе оставшиеся живыми 3456 человек были поделены на три группы, исходя из предыдущей динамики уровня холестерина: уменьшение, без изменения, увеличение. Затем в течение 16 лет по группам оценивали смертность. Там, где холестерин первоначально снизился, смертность в последующие годы выросла относительно других групп. Суммарно на 1 мг/дл снижения холестерина происходило увеличение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и всех причин на 11 % [5]. В результате не подтвердилась гипотеза о роли холестерина как фактора риска. Холестерин оказался индикатором риска.

В целом выявляются следующие методологические ошибки факторной концепции:

- отождествление ФР с причиной ведет к игнорированию роли особенностей организма в этиологии заболеваний;
- не проведена проверка на причинно-следственную зависимость, что приводит к отождествлению факторов и индикаторов риска;

— пренебрежение многозначностью взаимодействий физиологических параметров мешает видению интегрального риска здоровью человека;

— игнорирование нелинейных связей между факторами риска и смертностью приводит к ухудшению здоровья одной части населения при попытках улучшить здоровье другой его части.

Монополия факторной концепции, исказив реальное соотношение явлений, завела профилактическую медицину в тупик. Об этом отечественные ученые предупреждали 20–25 лет назад. На повестку дня встает вопрос о возвращении в научный обиход этиологической концепции и смене профилактической парадигмы. При изучении причин заболеваний потребуются исследование соматического субстрата здоровья, варибельности механизмов адаптации, обеспечивающих многообразие путей противодействия заболеваниям и смерти. Такие исследования ведутся отечественными учеными последние 20 лет, формируя методологический фундамент персонализированной профилактической медицины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Enos, W. F. Coronary disease among United States soldiers killed in action in Korea / W. F. Enos, R. H. Holmes, J. Beyer // JAMA. — 1953. — Vol. 152. — P. 1090–1093.
2. Гундаров, И. А. Психогенные механизмы инфекционной заболеваемости и смертности населения / И. А. Гундаров, В. А. Полесский // Главврач. — 2011. — № 5. — P. 53–57.
3. Давыдовский, И. В. Проблема причинности в медицине (этиология) / И. В. Давыдовский. — М., 1962.
4. Shaten, B. J. Association between baseline risk factors, cigarette smoking and CHD mortality after 10,5 years / B. J. Shaten, L. Kuller, J. Neaton // Preventive Medicine. — 1991. — № 20(5). — P. 656–669.
5. Anderson, K. M. Cholesterol and mortality. 30 years of follow-up from the Framingham study / K. M. Anderson, W. P. Castelli, D. Levy // JAMA. — 1987. — Vol. 257(16). — P. 2176–2180.

УДК 618.14-002-007.61-07-08

ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ КАК СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Гутикова Л. В., Павловская М. А., Зверко В. Л.,
Величко М. Г., Янушко Т. В.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

Учреждение здравоохранения

«Гродненский областной клинический перинатальный центр»

г. Гродно, Республика Беларусь

Согласно современным данным количество женщин, откладывающих реализацию своей репродуктивной функции на более поздние сроки, с каждым годом увеличивается. В большинстве случаев это может быть связано с финансовыми проблемами, образованием, необходимостью продвижения по карьерной лестнице или просто глубокими личными убеждениями. За последние десять лет уровень поздних беременностей возрос на 50 %. Следует отметить, что возраст 35 лет уже не считается поздним для рождения первого ребенка. При этом все чаще и чаще женщины ждут до 40 лет, а то и больше, чтобы решить, хотят ли они рожать ребенка и иметь полную семью. Социологи объясняют данные обстоятельства доступностью эффективных средств контроля рождаемости и узаконенными безопасными абортными, наряду с культурным влиянием сексуальной революции, увеличением числа интенсивно работающих женщин, ростом влияния феминизма и приобретением независимости женщин. Но каковы бы ни были причины, современное поколение сознательно откладывает время планирования беременности. Поэтому представляется чрезвычайно актуальным сохранение и укрепление репродуктивного здоровья этой категории женщин [1].

Однако доказано, что в позднем репродуктивном возрасте отмечается снижение фертильного потенциала в связи с увеличением частоты заболеваний женских половых органов. Многоплановые научные исследования демонстрируют, что именно в 30–40 лет

достигает своего максимума частота встречаемости гиперпластических процессов в эндометрии (ГПЭ). Для сравнения можно отметить, что, если женщины в постменопаузе страдают ГПЭ в среднем в 15–30 % случаев, то в позднем репродуктивном возрасте до 50 %, а при сочетании ГПЭ с миомой матки (самой распространенной опухолью женских половых органов) этот показатель увеличивается до 76 %. Вместе с этим, ГПЭ также являются одной из частых причин выполнения гистерэктомий и связанной с потерей репродуктивного органа инвалидизации и снижения качества жизни женщин [3].

Рост заболеваемости ГПЭ у данной категории женщин можно связать не только с изменением общественного образа жизни женщин и широким распространением искусственного прерывания беременности, но и с ростом числа соматических хронических страданий, неблагоприятной экологической обстановкой, снижением иммунитета, использованием различных видов контрацепции и ограниченными возможностями консервативного лечения этой патологии, обусловленными противопоказаниями к гормонотерапии. При этом необходимо учитывать особенности клинической манифестации, ограниченные возможности консервативного лечения ГПЭ при наличии сопутствующих экстрагенитальных заболеваний, а также высокую частоту рецидивирования ГПЭ (44,1–64,7 %) и риск малигнизации (0,3–45,1 %), пропорциональный наличию атипии. Кроме того, отсутствие тенденции к снижению этой патологии может быть обусловлено увеличением гормонально-зависимой заболеваемости у женщин в этот возрастной период [1]. Результаты наших исследований свидетельствуют, что состояние рецепторов половых стероидов при ГПЭ без атипии характеризуется снижением экспрессии как эстрогеновых рецепторов при простой, так и эстрогеновых и прогестероновых — при сложной гиперплазии и уменьшением их соотношения в сочетании с отсутствием изменений пролиферативного потенциала в железах и строме эндометрия в сравнении со здоровыми женщинами [5].

Значимость проблемы ГПЭ на современном этапе определяется также тенденцией к рецидивирующему течению этого заболевания. При этом рецидивом ГПЭ принято считать возобновление клинических симптомов и гистологической картины гиперпластического процесса в эндометрии в течение 2-х лет после окончания гормональной терапии. Частота рецидивирования ГПЭ колеблется от 30 до 50 %, а атипичной ГПЭ — до 60 % с вероятностью последующей малигнизации 0,3–45,1 % [4].

В этой связи ГПЭ рассматривают как фоновый процесс для развития рака эндометрия, который на сегодняшний день диагностируется в 1,5–2 раза чаще, чем рак шейки матки. При этом возникновение инвазивного рака тела матки у больных с рецидивирующей ГПЭ отмечается в каждом 4-м случае. Принято считать, что риск прогрессирования ГПЭ (рецидив, переход в атипичный вариант, малигнизация) во многом зависит от пролиферативной активности клеток железистого эпителия [2].

Несмотря на длительную историю изучения гиперпластических процессов и предраковых состояний эндометрия, ряд положений продолжают оставаться дискуссионными. В частности, до настоящего времени остаются малоизученными системные метаболические расстройства, сопутствующие гиперпластическим процессам в эндометрии или предшествующие им и создающие благоприятный фон для дестабилизации биологических мембран клеток, развития соматических мутаций, активации проонкогенов, развития гиперплазии и онкогенной трансформации клеток эндометрия.

В подавляющем большинстве случаев «болезни цивилизации», в частности ГПЭ и онкологические заболевания, возникают и прогрессируют под влиянием социальных факторов, приводящих к хроническому стрессу, который запускает процесс свободнорадикального перекисного окисления липидов. Цитопатогенное воздействие свободных радикалов в свою очередь обеспечивает неконтролируемое разрушение структурных и ферментных белков клеток, полиненасыщенных жирных кислот, нуклеиновых кислот, обладающих мутагенным эффектом, что является иницирующим фактором грубой деструкции клеток, или ее малигнизации. В ряде работ получены данные, свидетельствующие о важной, а подчас определяющей роли свободнорадикальных реакций, в частности процессов перекисного окисления липидов в патогенезе ГПЭ [1].

Нами также проведена оценка прооксидантно-антиоксидантного состояния при простой ГПЭ без атипии у женщин репродуктивного возраста. В результате проведенных исследований зарегистрировано более высокое содержание продуктов оксидативного стресса (диеновых конъюгатов, оснований Шиффа и малонового диальдегида) в сыворотке крови пациенток с простой гиперплазией эндометрия без атипии по сравнению с практически здоровыми женщинами (на 31,8, 16,6 и 28,6 % соответственно), особенно при рецидивировании процесса (119,7, 21,6 и 85,7 %), что свидетельствует о более высокой интенсивности процесса перекисного окисления липидов (ПОЛ) у данной категории пациенток и его развитии до стадии накопления конечных продуктов липопероксидации – оснований Шиффа, которые являются наиболее токсичными. Следует отметить, что зарегистрированная нами активность каталазы у пациенток с впервые возникшей ГПЭ была на 26,4 % ниже, а у женщин с рецидивом заболевания на 31,4 %, чем у здоровых. Подобные изменения выявлены нами и при исследовании активности супероксиддисмутазы (снижение на 15,8 и 26,7 % соответственно по сравнению со здоровыми женщинами) [2].

Мы считаем, что активация процессов перекисного окисления липидов при доброкачественной ГПЭ сопровождается нарастанием функциональной нагрузки на антиоксидантные системы. Это подтверждается изменениями активности антиоксидантных ферментов, связанных с увеличением сопряженности звеньев антиоксидантной системы. Однако развитие доброкачественных процессов, приводящих к рецидивированию, сопровождается нарушением функции ферментов, в частности регуляторной и сигнальной. Мы предполагаем, что накопление продуктов окисления в субтоксических дозах запускает каскад окислительного стресса, а в цитотоксических — вызывает некроз. Окислительный стресс в конечном итоге приводит к умеренному или выраженному изменению окислительно-восстановительного баланса в ферментативных системах, которые в свою очередь, способны оказывать влияние на регуляцию процессов пролиферации и апоптоза клеток эндометрия.

Таким образом, актуальность проблемы гиперпластических процессов эндометрия у больных репродуктивного возраста имеет огромное значения как с позиций восстановления и сохранения репродуктивной функции, так и профилактики онкопатологии. Ввиду онконастороженности рецидивирование гиперплазии эндометрия зачастую является решающим фактором в выборе оргауноносящих операций, лишая пациенток возможности реализации репродуктивной функции. Вместе с тем, имеющиеся на сегодняшний день консервативные методы лечения гиперпластических процессов эндометрия недостаточно эффективны, о чем свидетельствует высокий процент рецидивов. Поэтому в современных условиях при определении тактики ведения пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия ведущую роль играют профилактика, ранняя диагностика, адекватное поэтапное лечение с последующим восстановлением менструальной и детородной функций. Кроме того, проведение санитарно-просветительской работы среди молодежи для формирования адекватного репродуктивного поведения и здорового образа жизни будет способствовать сохранению и укреплению репродуктивного здоровья женщин, полноценной реализации генетического потенциала и улучшения демографической ситуации в Республике Беларусь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузнецова, И. В. Гиперпластические процессы эндометрия / И. В. Кузнецова // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2007. — Т. 6, № 5. — С. 68–77.
2. Павловская, М. А. Современные представления об этиопатогенезе гиперпластических процессах эндометрия в репродуктивном возрасте / М. В. Павловская, Л. В. Гутикова // Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2013. — № 3 (67). — С. 28–34.
3. Пашков, В. М. Современные представления об этиологии и патогенезе гиперпластических процессов эндометрия / В. М. Пашков, В. А. Лебедев, М. В. Коваленко // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2006. — Т. 5, № 3. — С. 51–59.
4. Шешукова, Н. А. Гиперпластические процессы эндометрия: дифференцированный подход к лечению / Н. А. Шешукова, И. О. Макаров // Гинекология. — 2012. — Т. 14, № 1. — С. 20–23.
5. Paulouskaya, M. Tactics of maintaining of patients with hyperplasia of endometrium at reproductive age / M. Paulouskaya, L. Hutsikava // 10-th Congress Of the European Society of Gynecology Congrès de la Société Européenne de Gynécologie Brussels, 18–21 September, 2013. — P. 795.

УДК 613.96:373.5

**МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ
К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВЬЯ И ОБРАЗА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ***Давыдок А. М., Харевич Т. В.***Республиканское унитарное предприятие
«Научно-практический центр гигиены»
Учреждение образования
«Республиканский институт профессионального образования»
г. Минск, Республика Беларусь**

Проблема сохранения и укрепления здоровья подростков — учащихся учреждений профессионально-технического и среднего специального образования является в равной степени значимости медицинской и психолого-педагогической. В последние годы в республике наметилась четкая динамика снижения уровня здоровья подростков. Согласно статистическим отчетным данным в период наблюдений 2007–2012 гг. заболеваемость по обращаемости подростков 15–17 лет увеличилась с 116526,1 на 100 тыс. обследованных (2007 г.) до 137294,6 (2012 г.), что составило 17,8 %. Первые места в структуре хронической патологии среди подростков в разные годы занимают болезни органов пищеварения, органов дыхания, психические расстройства и расстройства поведения. В настоящее время каждый третий подросток (37,8 %) состоит на диспансерном учете по поводу хронических заболеваний. Литературные данные и собственные исследования подтверждают, что среди поступающих в учреждения профессионально-технического образования только 18,5 % здоровых подростков. Распространенность функциональных нарушений и отклонений в состоянии здоровья составляет 50–60 %. Высока частота встречаемости хронических заболеваний (от 17 до 45 %), что затрудняет выбор профессии и адаптацию к освоению выбранной специальности [1].

Вместе с тем, глобализация экономики, внедрение в народном хозяйстве ресурсосберегающих технологий и наукоемких производств усиливают интеграционные процессы в сфере подготовки рабочих кадров. В настоящее время система профессионального образования в Республике Беларусь обеспечивает воспроизведение квалифицированных специалистов, реализует образовательную, экономическую, социокультурную функции. Интеграция профессионального образования ориентируется не только на освоение учебных программ, но и на формирование расширенной профессиональной компетенции будущих специалистов. В республике создана сеть учреждений профессионально-технического образования (УПТО) нового типа, реализующих образовательные программы профессионально-технического, общего среднего и среднего специального образования (профессионально-технические колледжи, профессиональные лицеи). Адаптация к комплексу новых факторов, специфических для профессионального образования, представляет собой сложный социально-психофизиологический процесс и сопровождается значительным напряжением защитных и приспособительных систем организма учащихся. При освоении профессиональных навыков подростки впервые сталкиваются с воздействующими на организм факторами производственной среды и трудового процесса. Сочетанное влияние учебных, профессионально-производственных и медико-социальных факторов способствует формированию отклонений и нарушений в состоянии здоровья (Л. А. Агапова, И. В. Звездина, 2009; И. В. Межибецкая, 2012) [2, 3].

В формировании здоровья подростков большое значение имеют социальные факторы, а именно образ жизни и отношение подростков к своему здоровью. Анкетирование учащихся профессионально-технического колледжа выявило ряд потенциально опасных для здоровья факторов: хроническое недосыпание у 19,9 %; нарушение режима питания у 30,0 % (не завтракают дома — 18,4 %, недостаточное количество в рационе питания овощей и фруктов — у 76,3 %), недостаточная двигательная активность у 65,0 % учащихся (охват занятиями в спортивных секциях — 15,0 %), высокая доля курящих — 37,0 % сре-

ди юношей и 41,3 % — среди девушек. 26,7 % опрошенных считают общую учебную нагрузку в колледже высокой. Свободное от занятий время преобладающая часть подростков расходует на просмотр телепередач и видео. В анкетах отмечаются жалобы невротического характера: головные боли отмечают 15,6 %, расстройство сна — 24,4 %, раздражительность — 4,9 %. Повышенные учебные нагрузки, значительный объем учебно-практических работ, контрольных и зачетных занятий приводят к увеличению «рабочего времени» в режиме дня подростков, ограничению двигательной активности, сокращению продолжительности ночного сна, что часто вызывает психо-эмоциональную нестабильность, способствует истощению защитных сил организма и резерва здоровья. Поэтому целью профессионального образования должно быть обеспечение не только образовательного и экономического эффекта, но и здоровьесберегающего — создание условий для сохранения оптимального функционального состояния и устойчивого уровня работоспособности учащихся.

Оценка условий обучения в учреждениях профессионального образования проводилась с определением степени соответствия основных санитарно-гигиенических показателей требованиям действующих санитарных норм и правил. Учитывались результаты аттестации учреждений образования территориальными органами государственного санитарного надзора. В соответствии с особенностями образовательного процесса, сочетающего общеобразовательную и профессиональную подготовку подростков, в обследованных УПТО учебные помещения включают учебные и учебно-производственные помещения, предназначенные для реализации задач определенной формы подготовки. Условия обучения в плане материального обеспечения, оборудования учебных и учебно-производственных помещений, использования технических средств обучения в целом отвечают современным требованиям, предъявляемым к организации образовательного процесса. Выявленного риска санэпидблагополучию в обследованных учреждениях не наблюдалось. Отдельные критериальные признаки санэпидблагополучия выразились в слабой и средней степени риска. В организации образовательного процесса и практики учащихся в 17,5 % случаев регистрировались превышения дневной и недельной учебной нагрузки. При составлении расписания занятий не учитывалась дневная динамика умственной работоспособности учащихся и степень сложности изучаемых предметов. В 50 % случаев существующая организация физического воспитания не обеспечивала полной потребности подростков в дневной и недельной двигательной активности. Медицинский контроль за организацией физического воспитания учащихся обеспечивается лишь частично. Установлено, что продолжительность перемен менее 10 минут не обеспечивает полноценный отдых учащихся между занятиями.

Полученные результаты исследований указывают на необходимость усиления профилактической работы среди учащихся, повышения уровня и эффективности гигиенического воспитания и обучения для формирования у учащихся умений и навыков здорового образа жизни. Психологи отмечают, что существующие в настоящее время программы гигиенического обучения и воспитания могут обеспечить только экстенсивный этап обучения, т. е. сообщение знаний, но не интенсивный — закрепление этих знаний и их реализацию в своем поведении. Одна из причин сложившейся ситуации заключается в том, что в долговременном процессе воспитания не проявляется надлежащим образом мотивационно-смысловая основа здорового образа жизни, формирующая у учащихся потребность в поведении, обеспечивающем сохранение и укрепление здоровья [4].

Специфика учебного процесса, производственного обучения и практики учащихся в современных УПТО обуславливают особые требования к условиям организации образовательного процесса, оборудованию учебно-производственных мастерских, обеспечению безопасных параметров воздушной среды, освещенности учебных помещений и производственных мастерских, установление и соблюдение безопасных для подростков уровней различных производственных факторов. Для оптимизации функционального состояния, умственной и физической работоспособности учащихся необходима организация и внедрение в образовательный процесс эффективных физкультурно-оздоровительных меро-

приятий. Актуальна проблема организации в динамике учебной недели физкультурно-оздоровительных мероприятий, включающих: подвижные перемены, часы «Здоровья» с активной динамической нагрузкой, релаксационные паузы в структуре факультативных занятий, занятия в спортивных секциях. При организации внеклассной спортивной работы следует шире культивировать занятия, обладающие профессионально-прикладной направленностью и которые учитывают специфику дальнейшей профессиональной деятельности.

Располагая данными научной литературы и результатами проведенных исследований, обоснованы приоритетные направления в разработке санитарно-эпидемиологических требований к условиям организации образовательной среды, в том числе производственного обучения и практики учащихся на промышленных предприятиях и в организациях.

Полученные результаты настоящих исследований положены в основу Санитарных норм и правил «Требования для учреждений профессионально-технического и среднего специального образования», утвержденных постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 6 мая 2013 года № 38.

ЛИТЕРАТУРА

1. О санитарно-эпидемической обстановке в Республике Беларусь в 2012 году: гос. доклад. — Минск, 2013. — 198 с.
2. Агапова, Л. А. Адаптационные возможности организма подростков в динамике обучения / Л. А. Агапова, И. В. Звездина // Гигиена детей и подростков: история и современность: материалы междунар. конф. — М., 2009. — С. 20–21.
3. Межибецкая, И. В. Здоровье подростков, получающих образование в профессионально-технических учебных заведениях / И. В. Межибецкая // Материалы 3-го Всероссийского конгресса с междунар. участием по школьной и университетской медицине, 25–27 февраля 2012 г. — М.: Науч. центр здоровья детей РАМН, 2012. — С. 246–248.
4. Касьяник, Е. А. Здоровьесберегающая компетентность педагога как основа формирования здорового образа жизни учащихся / Е. А. Касьяник, Т. В. Харевич, Н. А. Пиунова // Здоровье для всех: материалы II Междунар. науч.-практ. конф. — Минск, 2010. — Ч. 3. — С. 227–230.

УДК 613. 67

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Дорошевич В. И.

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

В течение длительного времени состояние здоровья как отдельного человека, так и популяции в целом оценивается по показателям физического развития индивида, уровня заболеваемости, трудопотерь, госпитализации и других. Такой подход представляется корректным не в полной мере, так как состояние физического развития действительно определяет и характеризует в определенной степени уровень здоровья человека. Что же касается заболеваемости и других упомянутых выше показателей, то они в большой степени отражают не уровень здоровья, а фиксируют его срыв, развитие того или иного патологического процесса в организме.

До настоящего времени не разработаны интегральные критерии оценки здоровья человека, а также организованных коллективов. Нам представляется, что в последние годы сформировалось перспективное направление в области медицинских знаний — изучение статуса питания, позволяющего более адекватно оценить уровень и состояние здоровья человека и популяции [1].

При оценке состояния здоровья по статусу питания важное место занимает определение состава (структуры) тела. К основным показателям, характеризующим структуру тела, относятся соматометрические показатели, такие как длина, масса тела, индекс массы тела (ИМТ), окружность грудной клетки, толщина кожно-жировой складки, содержание жира и некоторые другие. Все они характеризуют физическое развитие и отражают в основном долговременные изменения питания. У взрослого человека некоторые антропо-

метрические показатели сравнительно стабильны. В то же время величина массы тела, содержание жира в организме, толщина кожно-жировой складки заметно уменьшаются при недостаточном и увеличиваются при избыточном питании [2, 3].

Результаты оценки абсолютной механической мощности (PWC170) демонстрируют, минимальная физическая работоспособность ($162,9 \pm 2,33$ Вт) регистрировалась среди испытуемых с количеством жира в теле от 6 до 9 %. С повышением жировой составляющей в теле военнослужащих прослеживается соответствующее повышение абсолютной физической работоспособности. При этом достоверное увеличение данного показателя ($P < 0,001$) по сравнению с лицами, у которых содержание жира в теле было 12–18 %, имело место среди военнослужащих, у которых жировой компонент тела составлял менее 12 % и более 18 %.

Полученные материалы изучения удельной механической мощности показали, что с увеличением содержания жира в теле снижается максимальная аэробная способность организма. У обследованных лиц с содержанием жира в организме от 6 до 18 % удельная механическая мощность выполняемой работы практически была одинаковой, несмотря на некоторые ее различия, характерные для групп с неодинаковым содержанием жира в теле. Наибольшая ее величина зарегистрирована у молодых людей с 9–12 % жира в теле ($2,78 \pm 0,15$ Вт/кг).

Достоверное уменьшение удельной механической мощности выполняемой работы по сравнению с молодыми мужчинами, у которых жир в теле 12–18 %, выявлено в группе военнослужащих с содержанием жира в организме более 21 %. Величина данного показателя у них составляла $1,86 \pm 0,43$ Вт/кг, что указывает на значительное ухудшение физической работоспособности.

Установлена средней степени прямая корреляционная связь между количеством жира в организме, показателями степ-теста и абсолютными значениями максимального потребления кислорода ($r = 0,34$; $P < 0,001$ и $r = 0,50$; $P < 0,001$ соответственно). Сильная степень обратной корреляционной связи выявлена между количеством жира в теле, удельной механической мощностью выполняемой работы ($r = -0,81$; $P < 0,001$), а также с величиной максимального потребления кислорода, рассчитанной на 1 кг массы тела ($r = -0,92$; $P < 0,001$).

Результаты исследований по изучению физической работоспособности военнослужащих продемонстрировали, что наиболее высокие результаты удельной механической мощности выполняемой работы и максимального потребления кислорода регистрировались среди лиц, в теле которых жировой компонент не превышал 18 % (ИМТ $24,6$ кг/м² роста).

Оптимальные результаты силового индекса, подтягивания на перекладине, бега на 100 и 1000 метров регистрировались у военнослужащих с таким же жировым компонентом тела. Лучшее время преодоления дистанции на 1000 м были у обследованных лиц с содержанием жира в теле 12–18 % ($227,1 \pm 0,42$ с). Существенно ($P < 0,001$) ухудшались результаты бега на эту дистанцию у военнослужащих, жировой компонент тела которых менее 12 и более 18 %. При жировом компоненте тела 9–12 % и 18–21 % время преодоления дистанции составляло, соответственно, $236,4 \pm 1,41$ и $237,2 \pm 1,02$ с. У военнослужащих с количеством жира в теле менее 9 и более 21 % также были зарегистрированы близкие результаты, которые составили $250,2 \pm 2,89$ и $250,3 \pm 5,00$ с соответственно. Наилучшее время преодоления дистанции показали обследованные военнослужащие с содержанием жира в теле 12–18 % ($227,1 \pm 0,42$ с).

Бег на дистанцию 100 м также продемонстрировал оптимальные результаты у молодых мужчин с жиром в теле 12–18 %, которыми было показано время $14,52 \pm 0,10$ с. С уменьшением количества жира в организме (менее 12 %) и его увеличением (более 18 %) установлено более высокое время, затрачиваемое на преодоление дистанции. Однако статистически достоверных различий результатов бега на дистанцию в данной группе лиц по сравнению с результатами преодоления дистанции военнослужащими, у которых количество жира в теле было 12–18 %, не выявлено ($P > 0,05$).

При оценке комплексного показателя физической подготовленности показано, что военнослужащие с оптимальным количеством жирового компонента в организме имеют наиболее высокие значения этого показателя ($68 \pm 0,23$ балла). У лиц с количеством жира в организме 9–12 % величина данного показателя достоверно ($P < 0,001$) снижалась ($44 \pm$

0,61 балла). Более существенное снижение значений комплексного показателя отмечалось у молодых людей с содержанием жира в организме менее 9 % ($20 \pm 0,82$ баллов). Такие же изменения комплексного показателя имели место у обследованных молодых мужчин, с количеством жира в теле 18–21 и более 21 %, величины данного показателя, соответственно, составили $42 \pm 0,43$ и $15 \pm 1,22$ балла.

Более высокие результаты упражнений на перекладине были продемонстрированы военнослужащими с содержанием жирового компонента тела от 12 до 18 %. Количество подтягиваний у них регистрировалось в среднем $11,5 \pm 0,09$ раз. Среди обследованных лиц с меньшим или большим количеством жирового компонента в организме фиксировались более низкие результаты данного упражнения. Наименьшее число подтягиваний отмечалось у военнослужащих с содержанием жира в теле менее 9 % ($7,9 \pm 0,51$ раз) и более 21 % ($7,5 \pm 0,87$ раз).

С помощью регрессионного анализа была установлена зависимость индекса функциональных изменений от процентного содержанием жира в теле. Используя полученное нами уравнение регрессии ($y = 1,4 + 0,05 \cdot x$), рассчитаны пределы колебаний значений индекса функциональных изменений для молодых людей в возрасте 18–25 лет с различным содержанием жира в теле. При использовании установленных нами пределов колебаний значений индекса установлено, что у 81,7 % военнослужащих отмечается удовлетворительное состояние адаптации, у 17,1 % военнослужащих — напряжение механизмов адаптации и у 1,2 % — неудовлетворительная адаптация.

Полученные нами результаты позволили установить, что наиболее оптимальные значения показателей, характеризующих уровень физической подготовленности, функциональных и адаптационных возможностей организма, наблюдались у военнослужащих срочной службы с содержанием жирового компонента в организме от 12 до 18 % (ИМТ $20,1–24,6$ кг/м² роста). На основании полученных нами данных можно утверждать, что при данном составе тела имеет место наиболее оптимальный уровень и скорость обменных процессов в организме. У лиц с содержанием жира в теле 9–12 (ИМТ $18,4–20,0$ кг/м² роста) и 18–21 % (ИМТ $24,7–26,9$ кг/м² роста) значения некоторых показателей гомеостаза ухудшаются, но не выходят за пределы физиологической нормы. В связи с этим показатели процентного содержания жира в теле и ИМТ можно использовать в качестве интегральных критериев для определения вида статуса питания.

К группе военнослужащих, имеющих оптимальный статус питания, следует относить лиц с содержанием жира в теле 12–18 % или с ИМТ в пределах $20,1–24,60$ кг/м² роста. Функциональные и адаптационные возможности их организма достаточны для оптимального обеспечения жизнедеятельности и выполнения трудовых функций в экстремальных условиях.

При пониженном статусе питания содержание жира в теле находится на уровне 9–12 % (ИМТ $18,4–20,0$ кг/м²) и повышенном 18–21 % (ИМТ $24,6–26,9$ кг/м² роста). Функциональные и адаптационные возможности организма у лиц с таким статусом питания обеспечивают жизнедеятельность и выполнение трудовых функций в обычных условиях и кратковременных экстремальных воздействиях.

У лиц с недостаточным статусом (содержанием жира в организме менее 9 %, ИМТ менее $18,4$ кг/м² роста) могут ухудшаться как структура тела, так и функциональные и адаптационные резервы организма. Они нуждаются в медицинском наблюдении и проведении мероприятий по укреплению здоровья (коррекции статуса питания).

Лица с избыточным статусом питания отличаются наличием соответствующих нарушений структуры тела и жирового компонента свыше 21 % (ИМТ более $27,0$ кг/м² роста), а также сниженными функциональными и адаптационными возможностями в зависимости от степени ожирения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кошелев, Н. Ф. Гигиена питания войск / Н. Ф. Кошелев, В. П. Михайлов. — Л.: ВМА, 1988. — Ч. 1. — 224 с.
2. Кошелев, Н. Ф. Гигиена питания войск / Н. Ф. Кошелев, В. П. Михайлов, С. А. Лопатин. — СПб.: ВМА, 1993. — Ч. 2. — 259 с.
3. Батурич, А. К. Питание населения России: социальные аспекты: материалы VII Всерос. конгр.: «Государственная концепция «Политика здорового питания в России» / А. К. Батурич. — М., 2003. — С. 53–55.

УДК 004:613.49

ИНФОРМАЦИОННАЯ КОСМЕТИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА**Ермаков П. П.****Учреждение образования****«Днепропетровский государственный химико-технологический университет»****г. Днепропетровск, Украина**

Сейчас считается нормой заболеть человек в пожилом возрасте, и мы уже не удивляемся массовости заболеваний людей в молодом возрасте. Все по рекомендациям врачей принимают синтетические лекарства и понимают, что полного излечения они не дают. Врачи и больные смирились с таким положением вещей, и каждый делает вид, что одни лечат, а другие бесперспективно лечатся и живут не более 60–80 лет.

В истории было немало знаменитых энтузиастов, которые предлагали свой путь здорового образа жизни, благодаря которому они жили несколько дольше остальных. Мы помним такие известные фамилии как Пол Брэгг, Лайнус Полинг, Николай Амосов, Александр Микулин и другие. Каждый из них преподнес свою методику здорового образа жизни. По данным информационной космической (ИК) диагностики все они недоедали к своей норме 2–5 %, физическая нагрузка у них составляла 98–104 % к норме, биологический возраст внутренних органов за год до смерти был 55 лет, в среднем потребление воды было на 2–12 % выше нормы. Финал их жизни был в чем-то схож. До 90-летнего возраста зашлакованность их организма была около 22 %, что существенно ниже среднего мирового показателя для их возраста. В 84–88 лет у них появились первые раковые клетки, под конец жизни зашлакованность кровеносных сосудов миокарда была 54 %, что привело к разрушению сосудов и остановке сердца в свои 91–93 года.

Какие же показатели были у тех, кто жил дольше всех? Например, Дхагабо Эбба, Фероз-ун-Дир Мир, Ли Цинъюнь, Кармело Флорес Лаура по данным ИК диагностики жили 123–130 лет. Все они в среднем недоедали меньше процента к их норме потребления пищи. Физическая нагрузка у них соответствовала норме, зашлакованность сосудов отсутствовала, биологический возраст внутренних органов был нулевой, потребление воды было 100 % к норме, гомеостаз внутренних органов был 100 %. Эти долгожители не болели, у них отсутствовали вирусы и раковые клетки. Все приведенные показатели здоровья долгожителей являются уникальными, поэтому так мало долго живущих людей.

Как видим методики здорового образа жизни известных людей не дали значительно удлинения жизни, хотя были использованы приемы голодания, диет, различных очисток, увеличенного приема растительной пищи, учета отдыха, физических нагрузок и т.д. В чем же причина, какие приемы необходимо учитывать, чтобы значительно дольше мог прожить человек, и не просто прожить, а не бояться инфарктов, активно и творчески трудиться до 120–140 и более лет? Возможно ли активно жить столь долго?

Теория и практика информационной космической ИК диагностики (diagtor.com.ua) убеждает, что человек может исцелиться от болезней и быть активным и здоровым в возрасте до 120–180 лет. Информационная космическая диагностика за три года уже дала возможность исцелить более тысячи людей от нескольких десятков различных болезней, повысить их активность и трудоспособность независимо от возраста, исследовать сотни тысяч показателей состояния различных людей, определить показатели здоровья человека, разработать простую методологию диагностической оценки здоровья человека и получить индивидуальные рекомендации избавления от болезней и полного восстановления здоровья. При этом для исцеления нет необходимости в лекарствах, достаточно немного индивидуально скорректировать вечерне-утренний прием пищевой жидкости, оптимизировать физические и психоэмоциональные нагрузки и отдых. Все это позволяет избавиться в дальнейшем также от огромного количества заболеваний, таких как рак, туберкулез, аллергия, инфаркты, инсульты, камни, головные боли, боли в суставах, язвы, желудочно-кишечные заболевания, опухоли, нервные болезни и т. д.

Сегодня при современном подходе лечения используются синтетические лекарства, электромагниторадиационные воздействия и операции, которые полноценно не вылечивают человека, оставляют его хронически больным, укорачивают его жизнь, уменьшают работоспособность и радость жизни. Возьмем, к примеру, зашлакованность сосудов, которая характерна для всех возрастов. В какой-то период жизни шлаки перекрывают сечение сосудов и создают определенные проблемы — инфаркты, гангрены, инсульты, усталость... Известные подходы лечения современной медицины позволяют временно уменьшить проблему, которая через несколько лет опять появится. Правильно полностью очистить все сосуды от шлаков и этим убрать причину многих болезней навсегда. Для этого достаточно упорядочить вечерне-утренний прием пищевых жидкостей в соответствии с индивидуальными рекомендациями ИК диагностики, в которых учитываются все факторы состояния человека.

Приведу следующий пример. Мужчине в 70 лет из-за зашлакованности всей вены ноги свыше 67 % установили спиральный фильтр, чтобы тромб не мог пойти выше по вене. По рекомендациям ИК диагностики после 60 дней приема пищевой жидкости зашлакованность вены ноги снизилась до 25 %. Через 2–3 года такого приема жидкости все сосуды организма полностью очищаются от шлаков. Как видим, методология классической медицины не избавляет человека от проблемы заболевания, а наоборот создает некоторые дополнительные проблемы. Только с помощью рекомендаций ИК диагностики возможно полностью освободиться от шлаков. Печально, что огромное количество современных классических методов лечения являются общепринятыми как при обучении, так и в лечебной практике и не позволяют очищать полностью организм от шлаков.

Например, у больного зашлакованы крупные вены или артерии сердца и мелкие кровеносные сосуды миокарда. Обычно практикуют расширить или заменить крупные кровеносные сосуды сердца путем проведения соответствующих операций. Однако такой подход не решает проблемы, так как зашлакованность именно мелких кровеносных сосудов миокарда приводит в конечном итоге к инфаркту миокарда сердца. Патогенные организмы и болезни ускоряют зашлакование сосудов, и очистить их можно полностью при использовании индивидуальных рекомендации ИК диагностики.

Немаловажное значение имеет влияние патогенной микрофлоры. История жизни людей убеждает, что в определенное время в организме накапливаются вирусы, клетки становятся воспаленными, клетками доброкачественной опухоли, а потом раковыми. По данным ИК диагностики от этого умирает до 74 % людей. Такой цифры в статистике нет потому, что нет возможности и желания исследовать детально причины естественной смерти людей. Можно ли найти выход из этой ситуации? Однозначно следует сказать — выход есть, и он простой. Опять с помощью индивидуальных рекомендаций ИК диагностики достаточно изменить вечерне-утренний прием пищевых жидкостей и вся патогенная микрофлора будет подавлена в организме человека. Единственно, необходимо учитывать индивидуальность каждого, в этом случае процесс исцеления проходит безопасно, быстро, мягко.

Сегодня в медицине принято считать, что липомы (жировики) являются безопасными и в них отсутствует инфекция. Исследования ИК диагностики показали, что у всех исследуемых людей липомы образованы непатогенными грибами. Такая колония грибов обособлена, растет и выделяет свои неядовитые отходы. Известно, что при операционном удалении липом они могут возвратиться, и это потому, что грибок может частично остаться в теле. Для лечения этого заболевания необходимо использовать дезинфекторы грибов, т. е. пищевую жидкость. Сегодня с помощью установленного ИК диагностикой такой пищевой жидкостью успешно подавляются грибки путем принятия ее внутрь и с использованием простого компресса.

У больного в течение двух месяцев насморк увеличивался, несмотря на прием различных лекарств. Только после вдыхания несколько раз аэрозолей пищевой жидкости насморк прошел. Проблема была в том, что насморк был вызван клещами, и лекарства не могли убить клещей. В истории ИК диагностики разнообразных примеров много сотен и они постоянно накапливаются. Характерным является то, что такая диагностика дает бы-

стрый и точный диагноз и рекомендации, и для этого не нужны приборы, и достаточно иметь для диагностики только фотографию больного.

Рекомендации ИК диагностики не только способствуют исцелению, они значительно удлиняют нашу жизнь, до самой смерти человек может интенсивно и творчески работать, а не влачить свое старческое немощное существование. Если с рождения установить правильный образ жизни, то человек может прожить до 185 лет — это потолок возможного срока жизни на нашей земле. В основном человек создает для себя проблему неправильным питанием и патогенной микрофлорой. ИК диагностика позволяет найти выход и нейтрализовать эти два отрицательных фактора путем ежедневной очистки от шлаков и патогенной микрофлоры с помощью вечерне-утреннего приема пищевой жидкости.

УДК 614.1-616.916.5

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕГИСТРАЦИИ И УЧЕТА ПАРВОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Ермолович М. А.

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии»
г. Минск, Республика Беларусь**

Заболеваемость является одним из важнейших критериев, характеризующих здоровье населения. Данные о структуре заболеваемости имеют большое значение в различных сферах управления здравоохранением и требуются для рациональной организации медико-социальной помощи, планирования профилактических и оздоровительных мероприятий, контроля качества медицинской помощи.

Система надзора за инфекционными заболеваниями предполагает учет отдельных нозологических форм, который связан с необходимостью проведения текущих и предупредительных противоэпидемических мероприятий. Для небольшого числа карантинных и особо опасных инфекций создана специальная система информирования и принятия ответных мер. В случае выявления большинства других инфекционных заболеваний заполняется «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку». Экстренные извещения регистрируются в «Журнале учета инфекционных заболеваний», который ведется во всех лечебно-профилактических учреждениях, центрах гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья и используется для составления отчета об инфекционных заболеваниях и анализа данных за определенный промежуток времени. Лечебные учреждения представляют индивидуальную или суммарную информацию о выявленных инфекционных заболеваниях в территориальные центры гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья.

Очевидно, что перечень подлежащих учету нозологических форм основывается на медицинской и социальной значимости отдельных инфекционных заболеваний, поэтому со временем он может потребовать внесения изменений. Одной из инфекций, которая была давно известна врачам, однако до последнего времени у нас в стране практически не диагностировалась, является парвовирусная инфекция.

Возбудитель заболевания, парвовирус В19, широко распространен в мире, может передаваться воздушно-капельным путем, вертикально от матери к плоду, а также гемотрансфузионно и вызывает разнообразные клинические проявления. Наиболее распространенной формой заболевания является инфекционная эритема (*Erythema infectiosum*, пятая болезнь), которая преимущественно развивается в детском возрасте, но нередко наблюдается и у взрослых. Пятая болезнь была описана в конце XIX в. и рассматривалась как одна из типичных детских экзантемных инфекций наряду с такими заболеваниями как корь, краснуха, скарлатина. Только в 80-е годы XX в. было установлено, что ее возбудителем является парвовирус В19.

Считается, что у взрослых первичное инфицирование чаще проявляется преходящими артритом и артропатиями. У лиц с врожденной гемолитической анемией парвовирус В19 вызывает развитие угрожающего жизни апластического криза. При заболевании женщины в период беременности, независимо от клинических проявлений, может происходить инфицирование плода и его гибель. Более редкими формами парвовирусной инфекции являются тяжелая хроническая анемия у иммунодефицитных лиц, фульминантные гепатиты и поражения нервной системы [1].

Широкий спектр клинических проявлений парвовирусной инфекции, с одной стороны, свидетельствует о ее значимости в инфекционной патологии человека, однако, с другой стороны, преобладание неспецифических симптомов заболевания затрудняет правильную постановку диагноза. Так, у большинства пациентов макуло-папулезную сыпь при инфекционной эритеме трудно дифференцировать от проявлений других острых экзантемных заболеваний, поэтому, как правило, на основании только клинических данных врачами выставляется диагноз таких хорошо известных заболеваний как краснуха, корь, скарлатина, аллергический дерматит. В этих условиях основная роль в дифференциальной диагностике принадлежит лабораторным исследованиям.

В последние годы в стране проводится обязательное лабораторное подтверждение всех случаев кори и краснухи. Благодаря успешной вакцинопрофилактике эти инфекции практически не регистрируются, и в подавляющем большинстве случаев на основании лабораторного обследования случаи острых экзантемных заболеваний классифицируются как «ни корь, ни краснуха» [2]. Несомненно, что в сложившихся условиях возросла роль других возбудителей заболеваний, сопровождающихся макуло-папулезной сыпью, что потребовало расширения спектра диагностируемых инфекций.

В последние годы Республиканским научно-практическим центром эпидемиологии и микробиологии в рамках государственной и отраслевой научно-технических программ проводится диагностика парвовирусной инфекции с использованием как серологических, так и молекулярных методов. Результаты проводимых исследований позволили установить, что в настоящее время парвовирус В19 является доминирующим возбудителем острых экзантемных заболеваний [3]. В период 2006–2012 гг. на его долю пришлось от 10 до 50 % лабораторно обследованных случаев, при этом заболевание было подтверждено как у детей, так и у взрослых во всех регионах страны.

Расширение этиологической диагностики в перинатальной патологии позволило в 2012–2013 гг. подтвердить парвовирусную природу в пяти случаях водянки плода, три из которых закончились летальным исходом [4]. Серологическая и молекулярная диагностика парвовирусной инфекции проводится также пациентам Республиканского научно-практического центра детской онкологии и гематологии, что дало возможность определить преобладающие клинические проявления при инфицировании детей с тяжелой соматической патологией и установить случаи апластического криза, вызванного парвовирусом В19.

Диагностика парвовирусной инфекции в большинстве случаев основана на выявлении IgM антител в сыворотке крови методом иммуно-ферментного анализа, и, при наличии тест-систем, может быть внедрена во всех регионах страны. Вирусологические лаборатории также располагают достаточной базой для проведения диагностики парвовирусной инфекции методом полимеразной цепной реакции. В случае групповых заболеваний диагноз может быть поставлен и на основании эпидемиологических данных. Однако отсутствие официальной регистрации этой инфекции не позволяет получить представление о ее истинной распространенности.

Вместе с тем, парвовирусная инфекция нашла отражение в нескольких рубриках Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10):

1. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни / Вирусные инфекции, характеризующиеся поражениями кожи и слизистых оболочек / B08.3 — Эритема инфекционная (пятая болезнь).
2. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни / Другие вирусные болезни / B34.3 — Парвовирусная инфекция неуточненная.

3. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни / Бактериальные, вирусные и другие инфекционные агенты / В97.6 — Парвовирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках.

С учетом общепризнанной клинической значимости парвовируса В19, а также принимая во внимание диагностические возможности лабораторий страны, введение официальной регистрации парвовирусной инфекции представляется обоснованным и важным шагом, направленным на совершенствование надзора за инфекционными заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Broliden, K.* Clinical aspects of parvovirus B19 infection / K. Broliden, T. Tolfvenstam, Norbeck O. // *J. Intern. Med.* — 2006. — Vol. 260. — P. 285–304.
2. Мониторинг выполнения международных программ эрадикации полиомиелита и элиминации кори и краснухи в Республике Беларусь / Е. О. Самойлович [и др.] // *ЖМЭИ.* — 2012. — № 1. — С. 21–30.
3. Human parvovirus B19 surveillance in patients with rash and fever from Belarus / M. A. Yermalovich [et al.] // *J. Med. Virol.* — 2012. — Vol. 84. — P. 973–978.
4. Лабораторная диагностика и перинатальные аспекты неиммунной водянки плода, вызванной парвовирусом В19. Современные проблемы инфекционной патологии человека: сб. науч. тр. / М. А. Ермолович [и др.]. — Минск: ГУ РНМБ, 2013. — С. 165–170.

УДК 613.6:66]: 613.99

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Есис Е. Л., Наумов И. А.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Задача сохранения репродуктивного здоровья женщин является одной из приоритетных в обеспечении национальной безопасности государства, от успешного решения которой зависит экономическое благополучие общества.

Показано, что нарушение состояния репродуктивного здоровья является одним из интегральных показателей санитарно-эпидемиологического неблагополучия территории и отражает степень агрессивности окружающей, в том числе производственной среды [1, 3]. В результате этого у женщин фертильного возраста развивается разного рода акушерско-гинекологическая и экстрагенитальная патология (далее — ЭГП) [2, 4].

Однако до настоящего времени динамика общей заболеваемости ЭГП женщин, проживающих в г. Гродно, который является одним из наиболее неблагополучных территорий в стране по загрязнению окружающей среды химическими токсикантами, в том числе и репродуктивными, все еще остается недостаточно изученной, что не позволяет объяснить основные закономерности и механизм воздействия разного рода причин на уровни заболеваемости, смертности и процессы воспроизводства, соотношение и взаимосвязь их между собой и, в конечном итоге, разработать необходимые профилактические мероприятия, что обуславливает актуальность настоящего исследования.

Цель

Иучить динамику общей заболеваемости ЭГП женщин, проживающих в экологически неблагоприятных условиях.

Методы исследования

Исследование выполнено в рамках научно-исследовательской работы кафедры общей гигиены и экологии «Оценка состояния здоровья работников предприятий и организаций г. Гродно и Гродненской области на основе данных социально-гигиенического мониторинга и разработка профилактических мероприятий по его сохранению и укреплению» (№ госрегистрации 20121940 от 20.06.2012).

На основании данных периодических медицинских осмотров изучена динамика общей заболеваемости ЭГП 224 работниц фертильного возраста, осуществлявших в 2008–2012 гг. производственную деятельность на ОАО «Гродно Азот», выбросы которого определяют экологическое загрязнение административной территории. Показатели общей заболеваемости ЭГП женщин фертильного возраста, проживавших в 2008–2012 гг. в г. Гродно, изучены на основании данных периодических медицинских осмотров и официальной статистической документации.

Результаты обработаны с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 6.0.

Результаты и обсуждение

Установлено, что в рассматриваемый период в средний уровень общей заболеваемости женщин фертильного возраста, осуществлявших производственную деятельность на ОАО «Гродно Азот», составил 21472 на 10 тыс. населения и более чем в 3 раза превышал таковой среди женщин фертильного возраста, проживавших в г. Гродно.

В структуре общей заболеваемости ЭГП женщин, осуществлявших производственную деятельность на ОАО «Гродно Азот», преобладали болезни органов дыхания — $25,36 \pm 4,82$ %. Другими наиболее распространенными классами заболеваний были болезни органов пищеварения — $21,62 \pm 3,37$ %, болезни системы кровообращения — $10,02 \pm 2,71$ % и болезни глаза и его придаточного аппарата — $9,14 \pm 1,52$ %.

Установлено, что показатель общей заболеваемости болезнями органов дыхания у женщин-работниц химического синтеза в 2008–2012 гг. существенно не изменился и к концу рассматриваемого периода составил 5374 на 10 тыс. населения. Однако среднее значение данного показателя за пятилетие (5455 ± 128 на 10 тыс. населения) более чем в 3,5 раза превышало аналогичное среди женщин фертильного возраста, проживавших в г. Гродно (рисунок 1).

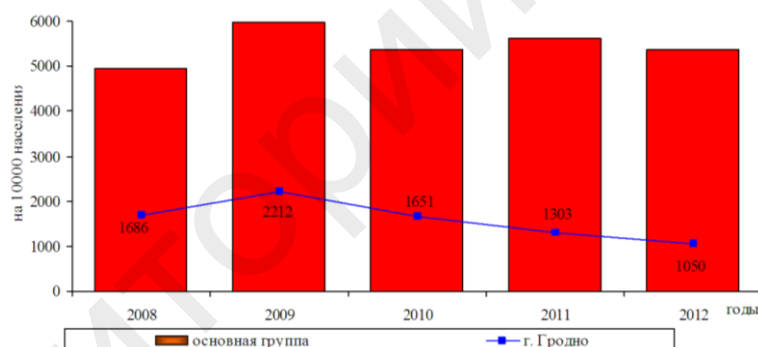


Рисунок 1 — Динамика общей заболеваемости болезнями органов дыхания в 2008–2012 гг.

Показатель общей заболеваемости болезнями органов пищеварения у женщин-работниц химического синтеза в 2008–2012 гг. несколько уменьшился и составил 4517 на 10 тыс. населения в 2012 г. При этом среднее значение показателя за пятилетие составило $4683 \pm 421,7$ на 10 тыс. населения и было почти в 8 раз выше, чем среди женщин фертильного возраста, проживавших в г. Гродно (рисунок 2).

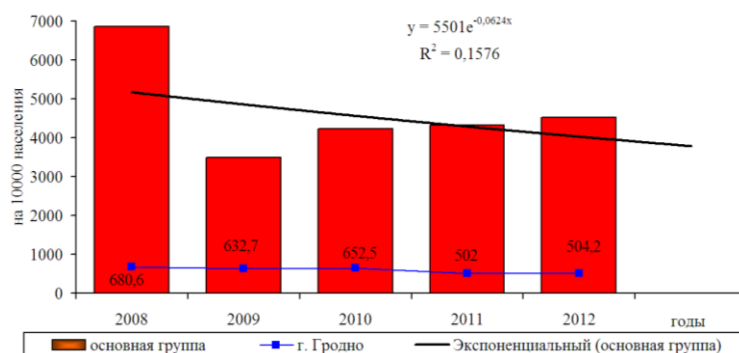


Рисунок 2 — Динамика общей заболеваемости болезнями органов пищеварения в 2008–2012 гг.

Показатель общей заболеваемости болезнями системы кровообращения у женщин-работниц ОАО «Гродно Азот» в рассматриваемое пятилетие характеризовался некоторой отрицательной динамикой, достигнув 2256 на 10 тыс. населения в 2012 г. Среднее значение показателя за пятилетие ($2111 \pm 271,3$ на 10 тыс. населения) было более чем в 2 раза выше, чем среди женщин контрольной группы (рисунок 3).

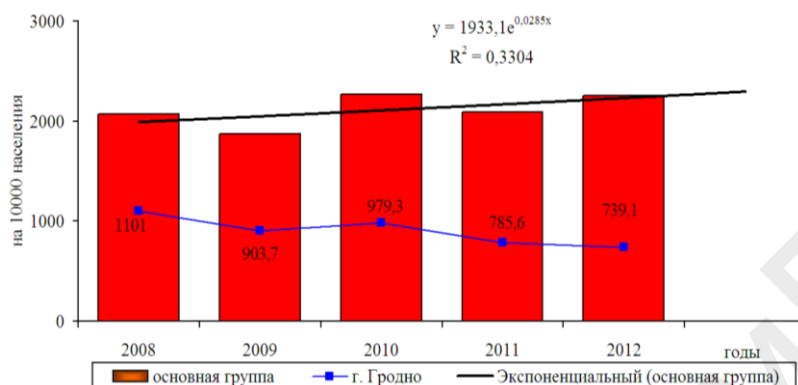


Рисунок 3 — Динамика общей заболеваемости болезнями системы кровообращения в 2008–2012 гг.

Показатель общей заболеваемости болезнями глаза и его придаточного аппарата у женщин-работниц химического синтеза в 2008–2012 гг. также увеличился, достигнув к концу рассматриваемого периода 2195 на 10 тыс. населения. При этом среднее значение показателя за пятилетие составило $2111 \pm 281,6$ на 10 тыс. населения и было более чем в 6 раз выше, чем среди женщин группы контроля (рисунок 4).

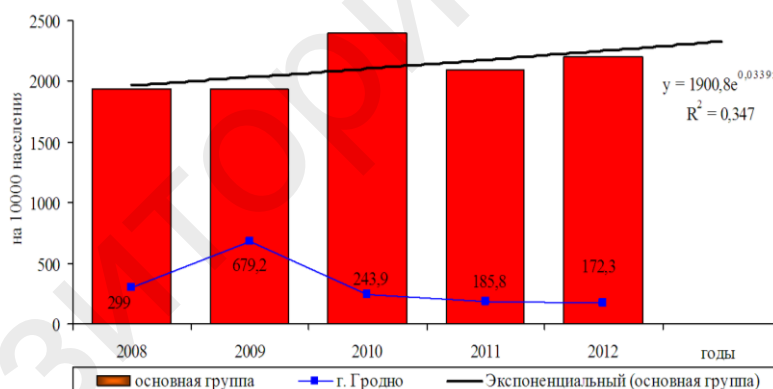


Рисунок 4 — Динамика общей заболеваемости болезнями глаза и его придаточного аппарата в 2008–2012 гг.

Вывод

Таким образом, в 2008–2012 гг. значения показателей общей заболеваемости разных форм ЭГП работниц фертильного возраста, осуществлявших производственную деятельность на ОАО «Гродно Азот», имея разнонаправленную динамику, значительно превышали таковые у женщин фертильного возраста, проживавших в г. Гродно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дюсембаева, Н. К. Влияние экологической ситуации на репродуктивное здоровье женщин и состояние новорожденных / Н. К. Дюсембаева // Мед. труда и пром. экология. — 2003. — № 10. — С. 31–34.
2. Журихина, И. А. Влияние условий труда на заболеваемость работников производства синтетического каучука / И. А. Журихина // Здоровоохранение Российской Федерации. — 2009. — № 2. — С. 40–41.
3. Иванова, С. В. Влияние химических веществ, загрязняющих атмосферный воздух городов, на репродуктивное здоровье (обзор) / С. В. Иванова // Гиг. и сан. — 2004. — № 2. — С. 10–14.
4. Касьмова, Г. П. Компоненты фетогинфантильных потерь как критерии оценки промышленной среды / Г. П. Касьмова, А. Е. Тажиева // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истор. медицины. — 2007. — № 3. — С. 44–46.

УДК 613.84 : 303.62(438)

ОТНОШЕНИЕ К КУРЕНИЮ ЖИТЕЛЕЙ ПРИГРАНИЧЬЯ

Жук М., Тищенко Е. М.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Никотиновая зависимость является общей и известной в течение длительного времени медико-социальной проблемой. Тем не менее, по сравнению с алкоголизмом или наркоманией, курение считается «менее вредным». Между тем медицинские последствия курения многочисленны и тяжелы.

Широкая осведомленность о вреде курения вызвала в Польше и Западной Европе уменьшение количества курильщиков. Тем не менее, остается тревожным растущая тенденция к курению среди молодежи, особенно молодых девушек.

В связи с чем нами, по специально разработанной анкете, проведен опрос жителей одного из восточных регионов Польши.

Цель

Оценка знания респондентов о вредных последствиях курения.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 207 человек (58,9 % мужчин и 41,1 % женщин). Самая большая группа респондентов в возрасте 36–45 лет (52 % от всех опрошенных). 71 % опрошенных проживает в городах. Высокий удельный вес респондентов составили лица со средним образованием (47 % респондентов).

Женщины, принимавшие участие в исследовании, были в основном некурящие (54 % всех женщин), тогда как большинство мужчин, наоборот, были курильщиками (61 %). Продолжительность курения составила от 1 года до 5 лет для женщин (62 %) и от 5,5 до 10 лет для мужчин (43 %). Большинство респондентов курят каждый день (79 % женщин и 88 % мужчин). Опрошенные женщины в основном курят до 20 сигарет в неделю (74 % курящих женщин), в то время как мужчины курят от 21 до 40 сигарет (42 % мужчин). Возраст начала курения среди мужчин и женщин приходился преимущественно на 18–24 лет (67 % женщин и 45 % мужчин).

Большинство мужчин (58 %) и женщин (72 %) курильщиков не пытаются бросить курить. На вопрос о вреде курения для их здоровья курящие и некурящие участники в подавляющем количестве ответили утвердительно (92 % женщин и 84 % мужчин). Знание о вреде курения, респонденты чаще всего получают из Интернета и брошюр (как это имеет место у 44% женщин и 35 % мужчин). Высокий процент респондентов считают, что сигареты вызывают как физическую, так и психологическую зависимость (79 % женщин и 77 % мужчин). Все респонденты утверждают, что табачный дым вреден. 93 % женщин и 92 % мужчин высказали мнение, что он наносит вред курящим и некурящим. Подавляющее большинство опрошенных женщин (80 %) и мужчин (89 %) считает, что они имеют достаточные знания о последствиях курения. Что касается взаимосвязи курения табака с возникновением различных заболеваний, значительное число респондентов (91 % женщин и 88 % мужчин) отметили, что курение вызывает рак легких, а также связывают с ним заболевания желудка (74 % женщин и 57 % мужчин).

Большинство опрошенных женщин (44 %) считает, что на возникновение рака легких влияют возраст, в котором начали курить, количество выкуриваемых сигарет и глубина вдыхания табачного дыма. Наибольшая доля мужчин (55 %) выделили как основной фактор развития рака легких количество выкуриваемых сигарет.

Большинство респондентов убеждены, что курение является предрасполагающим фактором для инфаркта миокарда (88 % женщин и 61 % мужчин).

Основная доля опрошенных женщин (62 %) правильно определили количество химических веществ, присутствующих в табачном дыме. Мужчины, напротив, менее осведомлены в этом вопросе. Подавляющее большинство опрошенных женщин и мужчин не знают конкретные названия химических веществ, присутствующих в табачном дыме. Более половины опрошенных женщин считают, что побочный дым так же вреден, как основной поток. Среди мужчин бытует ошибочное мнение о менее вредных побочных потоках дыма. Женщины, в основном (88 %), считают, что пассивное курение так же вредно, как и активное, в то же время значительная часть мужчин считает пассивное курение менее вредным, чем активное.

Подавляющее большинство респондентов, как мужчин (94 %), так и женщин (92 %), полагают, что курение оказывает негативное влияние на развитие плода. Превалирующее количество респондентов обоих полов (85 % женщин и 95 % мужчин) ответили, что курение во время беременности может привести к выкидышу, преждевременным родам или рождению ребенка с низким весом.

Половина опрошенных женщин (49 %) отметили, что повышение цен на табачные изделия может внести существенный вклад в сокращение потребления табака, в то же время столько же (48 %) опрошенных мужчин уверены в обратном. Более половины опрошенных женщин (53 %) и мужчин (51 %) считают правильным введение запрета на курение в общественных местах.

Таким образом, несомненно, полученные результаты представляют научный и практический интерес, и могут быть использованы в организации профилактической работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Augustynek, A. Jak walczyć z uzależnieniami*, wyd. Diffin / A. Augustynek. — Warszawa, 2011. — P. 59–62.
2. *Domżał-Drzewicka, R. Uzależnienia, a rodzina. Wybrane zagadnienia.*, wyd. Makmed / R. Domżał-Drzewicka, A. Scibor, H. Kaźmierak. — Lublin, 2008. — P. 95–97, 77–83.

УДК 616.36-002.2-07

ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ

Жумадилова З. К., Баркибаева Н. Р., Касым Л. Т., Муздубаева Ж. Е.

Учреждение образования
«Государственный медицинский университет»
г. Семей, Республика Казахстан

Введение

Современная медицина разрабатывает методы генетического анализа полигенно наследуемых признаков, позволяющие проникнуть в сущность предрасположенности к болезням. С иммуногенетическими разработками связывают решение таких важных клинических проблем, как ранняя диагностика, профилактика и рациональная терапия [1]. Особенно актуально и значимо проведение иммуногенетических исследований при хронической патологии печени в виду их широкой распространенности, длительного латентного течения, с выявлением на стадии уже сформированного цирроза печени. В клинической гепатологии перспективное направление исследования прогнозирования риска развития заболеваний находится еще в начальной стадии. Однако генетические исследования при патологии печени проводятся пока эмпирически, основаны на изучении HLA системы при вирусных и аутоиммунных гепатитах, а полученные результаты имеют разрозненный характер [2]. Но вместе с тем постановка реакции определения антигенов системы HLA: сложна и трудоемка; определяется только предрасположенность к развитию заболевания у здоровых лиц и подтверждение заболевания; не прогнозируется тяжесть поражения. В Казахстане данных по иммуногенетическим маркерам при заболеваниях печени и вовсе не существует.

Цель

Прогнозирование риска развития циррозов печени при исследовании изоантигенной структуры эритроцитов.

Материалы и методы исследования

У 140 больных с достоверным диагнозом цирроза печени проводилось типирование изоантигенной структуры эритроцитов с использованием стандартных сывороток, содержащих антитела: анти-М, -N, -С, P₁ производства ТОО «Гемостандарт» при ГНЦ РАМН (Москва) и стандартных сывороток анти-А, -В, -АВ и универсального реагента анти-Д производства «Центра крови г. Семей» с расчетом прогностического коэффициента относительного риска методом Вальда, суммированием прогностических коэффициентов и при значении более 2,0 прогнозированием риска развития цирроза печени. Способ определения эритроцитарных антигенов прост, доступен и вместе с тем информативен.

Результаты исследования и их обсуждение

Обнаружена подверженность заболеваемости циррозом печени лиц казахской национальности с 0(I) группой крови по системе АВ0 — величина относительного риска составляет 2,96, что больше 2,0. Так, в этой же этнической группе риск развития цирроза печени при других группах крови ниже 2 и составляет при А(II) — 0,38, при В(III) — 1,21, АВ(IV) — 0,67, (таблица 1). В русской популяции цирроз печени развивался чаще у лица с А(II) групповой принадлежностью, относительный риск составил 2,14, что выше 2,0, в сравнении с 0(I) группой крови — 0,79, В(III) — 0,62, АВ(IV) — 1,5 — риск развития ЦП низок.

Таблица 1 — Распределение изоантигенов эритроцитов системы АВ0

Больные циррозами печени (n = 140)	Группы крови											
	0(I)			А(II)			В(III)			АВ(IV)		
	абс.	%	RR	абс.	%	RR	абс.	%	RR	абс.	%	RR
Казахи	55**	51,40	2,96	17	15,87	0,38	28	26,17	1,21	9	8,4	0,67
Русские	5	15,15	0,79	19*	57,58	2,14	3	9,1	0,62	6	18,19	1,5

** p < 0,01, * p < 0,05

Был изучен также иммуногенетический профиль больных с циррозом печени по системам Rh₀ (D), M, N, C, P₁. Распределение эритроцитарных антигенов данных систем у больных с циррозом печени представлено в таблице 2. Как видно из таблицы, распределение эритроцитарных фенотипов у больных циррозом печени имело существенные различия как в казахской, так и в русской этнических группах.

Таблица 2 — Распределение изоантигенов систем MM, MN, C, D ee, P₁

Антигены эритроцитов	Фенотипы эритроцитов											
	MM (%)		MN (%)		CC (%)		Cc (%)		P ₁ (%)		D ee (%)	
	каз.	рус.	каз.	рус.	каз.	рус.	каз.	рус.	каз.	рус.	каз.	рус.
Здоровые	32,7	41,8	36,4	45,5	23,6	27,3	18,2	36,4	34,5	25,5	14,5	18,2
Больные ЦП	16,8	87,9	83,2	42,5	61,7	30,3	38,3	78,8	68,2	57,6	57,0	24,2

В связи с чем проведена комплексная оценка клинико-иммуногенетических факторов риска развития ЦП, прослежен относительный риск развития признаков цирроза печени (RR) для отдельных антигенов (таблица 3). Так, риск развития цирроза у казахов при фенотипе MN высок и составляет 4,87, что выше прогностического коэффициента 2,0. Также у казахов прогнозируется высокий риск развития ЦП при наследовании CC (RR = 2,91), P₁ (RR = 3,94), D ee (RR = 2,16) антигенов эритроцитов. У русских цирроз печени прогнозируется при MM (RR = 5,17), Cc (RR = 3,86), P₁ (RR = 2,11). Таким образом, выявленные изменения распределения фенотипов эритроцитов систем АВ0, Rh₀ (D), M, N, C, P₁ с определением прогностического коэффициента более 2,0 могут рассматриваться в качестве иммуногенетических маркеров риска развития цирроза печени.

Таблица 3 — Прогнозирование риска развития цирроза печени

Антигены эритроцитов	Больные циррозом печени, (n = 140)	
	русской этнической группы, (n = 33)	казахской этнической группы, (n = 107)
	RR	RR
MM	5,17	0,97
MN	1,39	4,87
CC	0,85	2,91
Cc	3,86	1,75
P ₁	2,11	3,94
Д ee	0,41	2,16

Кроме возможности прогнозирования развития циррозов определялась ассоциация течения ЦП в зависимости от эритроцитарных фенотипов. Так, при исследовании изоантгенной структуры эритроцитов в группе больных казахской национальности выявление положительных вирусных маркеров было связано с носительством антигенов Д ee. Наличие антигенов MN и P₁ ассоциировались с активным цитолитическим синдромом. А сочетание MM, CC и Cc — гиперспленизмом. Во всех случаях у больных с наличием антигена P₁ отмечалась тяжелая печеночно-клеточная недостаточность. В группе больных русской национальности вирусные маркеры ассоциировались с антигенами MM. Цитолитический синдром выявлялся у больных при наличии антигенов MN, CC, Cc, а гиперспленизм — антигена P₁.

Выводы

1. Изучение иммуногенетического профиля на основе изоантгенной структуры эритроцитов позволяет прогнозировать тяжесть течения и прогрессирование у больных с хроническими заболеваниями печени

2. Выявление у лиц казахской этнической группы антигенного состава эритроцитов **0(I)** с величиной относительного риска RR — 2,96; MN — 4,87; CC — 2,91; P₁ — 3,94; Д ee — 2,16 и в русской популяции **A (II)** при RR — 2,14; MM — 5,17; Cc — 3,86; P₁ — 2,11 прогнозирует риск развития цирроза печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Система HLA и патология человека / Под ред. А. А. Баранова [и др.]. — М.: Династия, 2003. — 152 с.
2. Попов, Е. А. Иммуногенетические аспекты хронических заболеваний печени (патогенез, клиника, диагностика): дис. ... д-ра мед. наук / Е. А. Попов. — М., 2004. — 330 с.
3. HLA associations with HBV carriage and proteinuria J J Pediatr / R. Bhimma [et al.] // Nephrol. — 2002. — Vol. 17, № 9. — P. 724–729.
4. Толоконская, Н. П. Клинико-иммуногенетическая характеристика вирусного гепатита С в популяции европеоидов Западной Сибири / Н. П. Толоконская, В. И. Коненков / Мед. иммунология. — 2000. — Т. 2, № 1. — С. 77–82.
5. Influence of HLA-DR phenotype on the risk of hepatitis C virus-associated mixed cryoglobulinemia / P. Sacoub // Arthr. Rheum. — 2001. — Vol. 44, № 9. — P. 2118–2124.

УДК 159.9.07

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ КАК ФАКТОР КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Захарова А. Н.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова»
г. Чебоксары, Российская Федерация**

Введение

Качество жизни — широкое, многоаспектное, многогранное понятие, охватывающее все сферы общества, поскольку все они заключают в себе жизнь людей и ее качество. Качество жизни определяется тем, в какой мере осуществлены потребности людей; насколько они этим удовлетворены; как результаты этой реализации соотносятся с социальными

стандартами и ресурсами общества. В психологическом плане под качеством жизни понимают определенное психическое состояние человека, ощущение себя счастливым.

Наиболее употребляемые значения, в которых используется понятие «качество жизни» в современном российском дискурсе [1] выглядит следующим образом:

- как общее обозначение фактических стандартов;
- как обозначение идеальных стандартов;
- как способ обозначения общего вектора отклонений реальной жизни населения от идеальных образцов;
- как комплекс образцов, стандартов, нормативов, выполняющих функции индикаторов (критериев) выявления проблемных областей в жизни населения;
- как некоторая интегральная характеристика бытия людей.

Рассматривая концептуальные подходы к измерению качества жизни выделяют:

- объективный подход, предполагающий изучение качества жизни при помощи комбинации различных нормативных и статистических характеристик, с помощью которых можно объективно судить о степени удовлетворения потребностей и интересов людей (например: уровень преступности, безработицы, загрязнения окружающей среды, численность населения, количество национального капитала, доля капитала в сельском хозяйстве, количество имеющихся природных ресурсов и т. д.);
- субъективный подход, связанный с изучением потребностей и интересов конкретных людей, которые всегда индивидуальны и отражаются в субъективных представлениях индивидов, их личных мнениях и оценках;
- комплексный подход, интегрирующий субъективные и объективные показатели [2].

Таким образом, отношение к здоровью может рассматриваться нами как субъективный фактор качества жизни. Сохранение здоровья человека и формирование здорового образа жизни требуют осознания человеком способности не только сохранять, но и создать индивидуальное здоровье, что приведет к гармоничному соотношению субъективных и объективных факторов, к уменьшению противоречий между ними, к полноценному функционированию организма, и как следствие, улучшение качества жизни населения.

Цель

Изучение психологических особенностей отношения к здоровью, рассматриваемых нами в данной работе как значимый фактор качества жизни.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 160 студентов (86 девушек и 74 юношей) вуза г. Чебоксары, обучающихся на очном отделении 4–5 курсов в возрасте 19–22 лет.

С целью исследования данного фактора качества жизни была использована методика «Отношение к здоровью» Р. А. Березовской [3]. Данная методика направлена на исследование психологических особенностей отношения человека к своему здоровью. Испытуемому предлагается ряд вопросов-утверждений, с которыми они могли согласиться, не согласиться или согласиться частично, оценив по 7-балльной шкале. Вопросы распределены по четырем шкалам: 1) когнитивной; 2) эмоциональной; 3) поведенческой; 4) ценностно-мотивационной. Также в методике есть открытый вопрос, на который не представлено вариантов ответов, испытуемые предлагают свой вариант.

Эмпирически фиксируемыми критериями степени адекватности-неадекватности отношения человека к своему здоровью служат:

- *на когнитивном уровне*: степень осведомленности или компетентности человека в сфере здоровья, знание основных факторов риска и антириска, понимание роли здоровья в обеспечении активной и продолжительной жизни;
- *на поведенческом уровне*: степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни;
- *на эмоциональном уровне*: оптимальный уровень тревожности по отношению к здоровью, умение наслаждаться состоянием здоровья и радоваться ему;

• на ценностно-мотивационном уровне: высокая значимость здоровья в индивидуальной иерархии ценностей (особенно терминальных), степень сформированности мотивации на сохранение и укрепление здоровья.

Результаты исследования

Рассмотрим полученные данные в когнитивной шкале. На вопрос «Оцените, какое влияние на Вашу осведомленность в области здоровья оказывает информация, полученная из предложенных источников» испытуемые выше всего оценили вариант «друзья, знакомые» (5,2 балла по 7-балльной шкале). Мнение врачей (специалистов) здесь занимают лишь второе место (4,9 баллов). Такие источники, как газеты, журналы и научно-популярные книги о здоровье на третьем месте по значимости (4,8). На последнем месте — радио, телевидение (4,4 баллов). Таким образом, студенты более доверяют своим друзьям и знакомым в вопросах здоровья, чем врачам, специалистам в этой области, скептически относятся к информации по радио и телевидению.

В рамках когнитивной шкалы респонденты отвечали на вопрос: «Как вы думаете, какие из перечисленных факторов оказывают наиболее существенное влияние на состояние вашего здоровья?». Испытуемые считают, что особенности питания (6) являются существенным фактором, влияющим на их здоровье. В среднем они оценивают его на 6,2 балла (по 7-балльной шкале). Остальные факторы распределились следующим образом (указываются в порядке убывания влияния на здоровье): недостаточная забота о своем здоровье (6), образ жизни (5,9), экологическая обстановка (5,79), профессиональная деятельность (5,71), вредные привычки (5,64). Ниже всего было оценено качество медицинского обслуживания (5,36).

На эмоциональном уровне диагностировался уровень тревожности по отношению к здоровью, умение наслаждаться состоянием здоровья и радоваться ему. С этой целью были заданы вопросы: «Как вы чувствуете себя чаще всего, когда со здоровьем у вас все благополучно?» и «Как вы чувствуете себя чаще всего, когда узнаете об ухудшении своего здоровья?». Ответы на первый вопрос показали, что студенты в большей степени чувствуют спокойствие (6), часты также ответы «я доволен» (6), «я счастлив», «я испытывая чувство внутреннего удовлетворения в себе» (5,79 баллов). Анализируя результаты по второму вопросу, получили: ухудшение своего здоровья вызывает у студентов озабоченное состояние (5,21 балл) и подавленность (4,71).

На поведенческом уровне выявлялась степень соответствия действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни. Оказалось, что для поддержания своего здоровья студенты в первую очередь стараются избегать вредных привычек (средний балл — 5,79), заботятся о режиме сна и отдыха (4,43), занимаются физическими упражнениями (4,07). Наименее типичны для данной выборки такие меры поддержания собственного здоровья, как систематическое закаливание (2,57) и посещение врача с профилактической целью (2,36).

Если чувствуют недомогание, сами принимают меры, исходя из своего прошлого опыта (5,43), либо обращаются за советом к друзьям, родственникам, знакомым (5,14). Такие ответы как «обращусь к врачу» (3,64), «стараюсь не обращать внимания» (3,14) оказались менее распространены.

В ценностно-мотивационной шкале рассмотрим данные по следующему вопросу: «Если вы заботитесь о своем здоровье недостаточно или нерегулярно, то почему?». Анализ данных показал, что в качестве главных причин отмечают недостаток времени (4,57 балла), считают, что без соответствующей компании им будет скучно заботиться о своем здоровье (4,5 балла), нехватку силу воли (4,43). Объективные показатели — большие материальные затраты (3,86), нет соответствующих условий (3,79) — в середине списка. Приведем далее ответы в порядке убывания: в этом нет необходимости, так как я здоров(а) (3,71), есть более важные дела (3,71), не хочу себя ни в чем ограничивать (3,43). Закрывает перечень ответ — не знаю, что нужно для этого делать (2,86).

Также респондентам был предложен открытый вопрос «Как бы вы в нескольких словах определили, что такое здоровье?». Наиболее часто предлагались определения «здоровья» как состояние полного физического, духовного, социального, психического и пр.

благополучия, гармонии с самим собой, хорошего самочувствия, комфорта, активности (приводится в порядке убывания частоты ответов).

По результатам исследования можно сделать следующие **выводы**:

1. Психологические особенности отношения человека к своему здоровью, субъективная его оценка, восприятие ценности здоровья являются значимыми в восприятии качества жизни.

2. В структуре отношения к здоровью у студенческой молодежи выявлено определенное противоречие между сформированностью структурных компонентов, что говорит о недостаточной степени адекватности отношения респондентов данного исследования к своему здоровью. Так, при выявленной высокой значимости здоровья в индивидуальной иерархии ценностей (особенно терминальных) (ценностный уровень), высокой степени осведомленности человека в сфере здоровья, знание основных факторов риска и антириска, понимание роли здоровья в обеспечении активной и продолжительной жизни (когнитивный уровень), невысоком уровне тревожности по отношению к здоровью, умению наслаждаться состоянием здоровья и радоваться ему (эмоциональный уровень), на поведенческом уровне выявлены несоответствие действий и поступков человека требованиям здорового образа жизни, недостаточность формирования представлений о возможностях оздоровления и мотивированности личности в укреплении здоровья.

3. Социально-психологической службе вуза было рекомендовано, в связи с результатами исследования, совершенствовать работу по формированию правильного отношения к здоровью и мотивации к здоровой жизнедеятельности, формированию ЗОЖ. Психокоррекционные воздействия рекомендуется направить на формирование всех компонентов отношения студентов к здоровью, о здоровом образе жизни, делая особый акцент на поведенческий уровень.

ЛИТЕРАТУРА

1. Отчет о научно-исследовательской работе по теме: Разработка и экспериментальная апробация индикаторов качества жизни населения Калининградской области (I этап) / Науч. руководитель В. И. Бойков. — Калининград, 2003. — С. 23–24.
2. Фетискин, Н. П. Психодиагностика качества жизни в российской ментальности: науч.-метод. пособие. — Москва-Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2006. — С. 111.
3. Никифоров, Г. С. Практикум по психологии здоровья / Г. С. Никифоров. — СПб.: Питер, 2005. — 352 с.

УДК 616.5-006:617.52]035-0368

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК МОТИВИРУЮЩИЙ ФАКТОР ПРИ ВЫБОРЕ СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ КОЖИ ЛИЦА

Иванов С. А., Тризна Н. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Рак кожи (РК) является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей. Заболеваемость постоянно возрастает [2]. Опухоль чаще всего локализуется на коже лица, что определяет высокие требования к косметическим последствиям лечения. Наиболее часто применяются хирургический и лучевой (близофокусная рентгенотерапия) методы лечения рака кожи. Выбор лечения зависит от ожидаемого противоопухолевого и эстетического эффекта [2–4]. Оба метода позволяют достичь сопоставимых результатов контроля при I–II стадиях РК: при иссечении опухоли излечение наступает у 90–95 % пациентов, при лучевой терапии — у 80–100 % [2–4]. Сравнительная оценка эстетического эффекта этих способов неоднозначна [2, 3].

Согласно Закону Республики Беларусь «О здравоохранении» врач обязан ознакомить пациента с диагнозом, способах лечения и их возможных последствиях [1]. Окончательное решение о выборе метода терапии при наличии альтернатив принимает пациент. Предпочтение может определяться как ожидаемым лечебным эффектом, так и индивидуальными установками в отношении качества жизни в период лечения и после него [1, 4]. Представляется правомерным изучение особенностей лечебного процесса, которые значимы для пациента и влияют на выбор.

Цель

Изучить представления пациентов об оптимальном способе лечения РК и выяснить, какие аспекты лечебного процесса наиболее влияют на качество жизни.

Материал и методы исследования

Исследование проведено на базе поликлинического отделения Гомельского областного клинического онкологического диспансера. Проведен опрос 71 пациента с РК различных отделов лица, в том числе мужчины — 31, женщины — 40, средний возраст — $63,4 \pm 4,2$ года. Стадия РК — T1N0M0 во всех наблюдениях, морфологическое подтверждение — 100 %. Беседа с пациентом состояла из двух частей. Первый этап - ознакомление с диагнозом, прогнозом для жизни и выздоровления, методах лечения. После информирования пациентам задавали вопрос о предпочтениях. Если респондент на данном этапе беседы выражал желание лечиться каким-либо определенным способом, его просили изложить мотивы выбора. Если пациент не имел предпочтений, ему предлагали определить наиболее существенные, на его взгляд, параметры лечебного процесса. Второй этап — предоставление более подробной информации о лучевом и хирургическом методах по актуальным для пациента аспектам и предложение сделать окончательный выбор. Фиксировались актуальные с точки зрения больного характеристики способов и мотивы решения о выборе.

Исключены из исследования пациенты, которым ранее проводилось лечение по поводу других злокачественных новообразований; пациенты, которые мотивировали свой выбор опытом общения с онкобольными; пациенты, у которых возможность применения какого-либо метода лечения ограничивалась сопутствующей патологией (аллергия на анестетики, сахарный диабет, дрожательная форма паркинсонизма).

Результаты и обсуждение

На первом этапе беседы после ознакомления с диагнозом и методами лечения респонденты определили свое отношение к выбору терапии следующим образом. Безапелляционное доверие выбора метода лечения врачу предпочли 48 (67,6 %) пациентов — «пассивная» группа. Необходимость более подробного разъяснения особенностей каждого из методов для самостоятельного принятия решения высказали 19 (26,8 %) пациентов — «активная» группа. Определили предпочтительный метод лечения до подробного разъяснения особенностей каждого из них 4 (5,6 %) респондента. Все они приняли решение путем исключения одного из методов.

Остальные определили существенные для выбора особенности методов лечения. Респонденты упомянули следующие характеристики: противоопухолевая эффективность, длительность лечения, организация лечения (необходимость госпитализации, частота и длительность лечебных процедур, необходимость ограничительных мероприятий в быту и общении), эстетический результат, болевые ощущения. Большинство опрошенных интересовались несколькими параметрами предстоящего лечения, частота их упоминания в «активной» и «пассивной» группе представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Частота упоминания характеристик предстоящего лечения

Характеристика	«Активная» группа, n = 19	«Пассивная» группа, n = 48
Противоопухолевая эффективность	18 (95 %)	45 (94 %)
Длительность лечения	14 (74 %)	34 (71 %)
Организация лечения	11 (58 %)	18 (38 %)
Эстетический результат	7 (37 %)	15 (31 %)
Болевые ощущения	5 (26 %)	8 (17 %)
Всего упомянуто характеристик	55	120

Пациенты «активной» группы проявляли более разносторонний интерес к предстоящему лечению (в среднем по 2,9 упомянутых параметра), чем пациенты «пассивной» группы (по 2,5 параметра). Безусловной приоритетной характеристикой способа лечения являлась противоопухолевая эффективность — более 90 % упоминаний в обеих группах. Большинство пациентов (67,6 %) интересовались длительностью и организацией лечебного процесса. Вопросы организации интересовали пациентов в первую очередь в аспекте бытовых и социальных ограничений: ведение домашнего хозяйства, общение с родственниками и друзьями, возможность перемещения из одного населенного пункта в другой. Некоторые пациенты предпочитали в процессе лечения находиться под ежедневным контролем онколога. Менее половины опрошенных проявили интерес к эстетическим результатам лечения (31,0 %) и болевым ощущениям в процессе лечебных мероприятий (18,3 %). В целом, характеристики, определяющие качество жизни в период противоопухолевой терапии (длительность и организация лечебного процесса) упоминались чаще, чем эстетические результаты, определяющие качество жизни после лечения.

Информация об особенностях лучевого и хирургического методов предоставлялась пациентам независимо от их активной заинтересованности. По мере получения сведений все респонденты уточняли особенности методов в сравнительном аспекте. Сведения о лучевом и хирургическом способе были предоставлены в следующем виде. Противоопухолевая эффективность как при лучевом, так и при хирургическом лечении рака кожи I стадии — около 95 %. Длительность лечения при лучевой терапии — 25–30 суток, при хирургическом вмешательстве — 5–10 суток. Организация лечения: при лучевой терапии необходимо проведение ежедневных сеансов 5 раз в неделю, при хирургическом лечении пациент нуждается в ежедневных перевязках в течение 5–10 дней после вмешательства. Оба вида лечения могут проводиться амбулаторно. Эстетические результаты при проведении лучевого и хирургического лечения примерно одинаковы. При беседе применялась демонстрация фотографических изображений постлучевых и послеоперационных рубцов. Болевые ощущения и стрессовые переживания сопутствуют только хирургическому лечению во время вмешательства и в течение 1–2 суток после него.

После предоставления информации пациент принимал решение о выборе одного из них. Хирургический метод предпочли 57 (80,3 %) пациентов, лучевой метод — 13 (18,3 %), один пациент отказался от всех видов лечения. С учетом примерно одинаковой противоопухолевой эффективности пациенты при выборе руководствовались следующими аргументами.

Избравшие хирургический метод (некоторые упоминали несколько параметров):

- меньшая длительность курса лечения — 51 пациент;
- более свободная организация лечебного процесса — 43 пациента;
- эстетический результат — 19 пациента.

Избравшие лучевой метод:

- организация лечебного процесса — 8 пациентов;
- эстетический результат — 6 пациентов;
- отсутствие болевых ощущений — 13 пациентов.

Таким образом, основными аргументами избравших хирургическое лечение были характеристики, влиявшие на качество жизни в период лечения: меньшая продолжительность, возможность послеоперационной курации по месту жительства. Выбирая лучевую терапию, пациенты отмечали возможность проводить лечение под непосредственным контролем онколога, отсутствие сопутствующих операции стресса и болевых ощущений. Почти половина пациентов (25 из 57, 43,9 %) ссылались также на более предпочтительные эстетические результаты избранного метода (как лучевого, так и хирургического). Видимо, в ряде случаев сыграло роль субъективное восприятие представленных данных. Меньшая длительность и степень ограничений в период хирургического лечения определила этот метод как более предпочтительный для лиц, ведущих более активный образ жизни, проживающих вне областного центра.

Важным результатом собеседования мы считаем совместное принятие решения о выборе оптимального способа лечения с учетом конкретных предпочтений пациента. При этом во всех случаях пациент самостоятельно принимал окончательное решение и ощущал себя активным участником при определении лечебной тактики. Это способствовало формированию положительной установки на исход лечения и поддержанию дисциплины в период противоопухолевой терапии.

Заключение

Противоопухолевая эффективность, длительность лечения, организация лечения, эстетический результат воспринимаются пациентами как существенные параметры терапии РК I стадии. Большинство пациентов основывает свой выбор на качестве жизни во время лечения (длительность и степень бытовых и социальных ограничений, возможность постоянного врачебного наблюдения, болевые ощущения) при сопоставимом противоопухолевом эффекте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Информированное согласие на медицинское вмешательство / Ю. Г. Дегтярев [и др.] // Медико-правовые аспекты. — 2014. — № 2. — С. 27–38.
2. Терещенко, А. Базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи. Современные информационные технологии — в помощь практическому онкологу / А. Терещенко // Здоров'я України. — 2012. — № 2. — С. 21–24.
3. Basal cell carcinoma of the face: surgery or radiotherapy? Results of a randomized study / M. F. Avril [et al.] // Br J Cancer. — 1997. — № 76, Vol. 1. — P. 100–106.
4. Interventions for non-metastatic squamous cell carcinoma of the skin / L. Lansbury [et al.] // J. Cochrane Database Syst Rev. — 2010. — № 4. — CD007869.

УДК 614.2(4)

DIVERSE EUROPE

Kautsch M.

**Jagiellonian University Medical College
Kraków, Poland**

Введение

Представленная автором статья содержит информацию о различиях между системами здравоохранения европейских стран. Эти различия описаны и проанализированы автором статьи на микроуровне. Проведенный анализ показывает, что объединение систем здравоохранения европейских стран потребует огромных усилий и потому его будет невозможно осуществить в обозримом будущем.

Introduction

Most of healthcare systems in Europe are quite well described, though these descriptions may not always be up-to-date. It's because of changes these systems undergo, which are not always caught in time. However, this knowledge exists and can be accessed in various sources, like European Observatory on Health Systems and Policies, to name just one.

When I received an invitation to the conference I realized that I did not know much about the healthcare system in Belarus. I also received a possibility to choose a topic and to the way of presenting it. I decided to point out differences between some European countries or actually their healthcare systems. However, not on the macro scale, with a detailed information concerning the level of GDP per capita spent on health, or by comparing numbers of health services, staff, medical devices, etc. I would like to share some observations concerning details and problems typical for selected healthcare systems or even healthcare organizations. This approach surely does not provide an extensive comparison and does not allow to draw unequivocal conclusions. It allows though to see petite differences, which also shape healthcare systems and usually do not draw attention of researchers or policy makers.

The European Union now consists of 28 member states. Depending on the level of details, one can claim that there are two, to four major healthcare system models, which can be found in the EU. The Beveridge one, which is adopted by the north European countries, the Bismarck

one, found in western Europe, the more mixed one (based on the Beveridge one) in the south of the continent and the one that is characteristic for central and eastern European countries. The latter model is called «in transition», as most of these countries are still changing from their previous Semashko model into the Bismarck one. There are differences not only on the level of models, but between countries using the same model. In theory France and Germany adopted the same principles (statutory health insurance), though in details the state plays much bigger role in France, managing the system in a more direct way. German insurance model ought to be self-sustainable, however the state continuously provides resources for health services by transferring funds to their «krankenassen», as they run out of money to pay for healthcare services. Poland, having in theory the same (Bismarck) model, or is still introducing it (system in transition), does not allow its national insurer (National Health Fund) to run into debts. In the same time it accepts that Polish public health providers generate debts. Since 2008 due debts have been at more or less the same level of 575 million Euros (Ministry of Health, 2013).

The member states integrate, but their healthcare systems — don't. Healthcare systems are built in cultures of countries, therefore it is not easy to make changes in the way healthcare is delivered. That is why integration would not apply to healthcare in the same extent as it applies to economies. No one would like to be told that their healthcare system is worse than the other one and something needs to be changed by all member states, because it works well in one of them. And even if a country realizes that its healthcare system is not efficient, it would not like to be forced to change it, using its neighbours concept. Or governments are not strong enough to make such an immense change.

That is why actions the European Commission will not focus on integrating healthcare systems. However the EC will act in order to address safety and equal rights issues, creating certain standards concerning healthcare services, though not interfering with the systems themselves (Kulik et al, 2013). This may not be easy too, because of these small, micro-level differences mentioned above.

Data reliability

Even macro level data does not provide a clear picture and allow for analysis. Some of the data is out-of-date, some countries do not provide data on time, or data that is provided is not of good quality. Even if it is, countries may define mentioned data a little differently. This makes a comparison difficult if at all possible. A good example of the following issue is average length of stay in hospitals. In Japan it reached 32 days in 2011 (OECD, 2014). (Obviously Japan is not a European country, I use this example, as this indicator in Japan is the highest of all OECD countries). What would make Japanese to keep their patients for more than a month? The simple and probably the most rational explanation is that in Japan, a hospital bed is defined in a different way that in other countries. In the same year, curative care bed occupancy ratio in the Netherlands decreased to 52 % (Eurostat, 2014), meaning that the Dutch have half of their beds empty. How can this be explained?

There may be a number of causes for problems with data collection. It can be marketization of healthcare (like in Poland), which undermines the public reporting system or decentralization of power (like in Finland), which causes difficulties in sharing data between local authorities (responsible for healthcare delivery) and different self-government levels.

Differences in experience

Systems and their operations are perceived differently by different users. This can be attributed to differences in culture, experience of different nations. A couple of years ago I presented results of a research I had conducted for an international audience coming from both western and central European countries. In conclusions I stated that in many hospitals in Poland doctors did not pay too much attention to perceived quality and patients' needs. This caused indignation among representatives of some countries. In the same time my statement got a strong support from other participants. The first ones came from the western while the latter — central Europe. The discussion that was initiated lasted for a while and it was quite intense. None of the sides seemed to be convinced by the other side's arguments. This clearly showed how different the experience of participants was and how difficult it was for them to believe in what the other side was saying.

System and units efficiency

As mentioned above, systems are being compared on the macro level, using GDP per capita spending on healthcare and micro level is being neglected, although lack of understanding of the nature of micro changes can cause problems with reforming the whole system (Tymowska et al, 1996). Healthcare expenditure is, of course, important, though it is different and will stay different due to economic differences between countries. The way that these funds are spent is, however, even more important, as different ways of purchasing healthcare services give very different results (Eichler, Lewis, 2003). So the same amount of money countries spend on healthcare produce different «amount of health». That is one of the reasons why countries with high health expenditures, not necessarily have high life expectancy ratio. One of reasons for that is what takes place on the level of healthcare units.

In Rimini (Italy), investments in energy related projects of hospital infrastructure are made only if the return on investment period is below 2–3 years. An investment is perceived as unprofitable if this period is longer. This shows inefficiency of this hospital infrastructure. A «standard» investor on the legal market could only dream about having his/her capital back in just 3 years. It all means that money spent on constructing this example hospital was virtually wasted. Buildings have almost no thermal insulation, and hospital is heating / cooling air around it.

Of course, there are investments which require a substantial capital since the technology used is expensive and poorer systems cannot afford them. Designing and building hospital is not a task, which cannot be delivered. There are about 15 000 hospitals in the European Union, building a hospital requires specific knowledge, however, this is accessible knowledge. So the case above shows that efficiency of that investment is much, much below expectation.

Other experience worth mentioning is the one I had during one of the lectures I gave in Berlin to German students. I observed that there was a policy in Germany of transferring funds to their sickness funds to secure money for healthcare services (which I mentioned above). This meant that the system was not sustainable — the insurance premium collected by their insurers (purchasers) was not sufficient to cover costs of all health services that were bought by these purchasers. At that time Germany was criticizing Greece for unsustainable economy, so I mentioned that Germany was undertaking actions to their healthcare system similar to those Greece was doing to their economy. After some discussions students firmly declared that transferring funds to their sickness funds was acceptable, even more — expected. Why? Because they believed that services had to be provided.

Sustainability of healthcare systems is crucial. If a country develops a system, which is not sustainable, the system may be threatening for their whole economy. This, to certain extent, explains why Greek economy was so much in trouble recently. Greece has almost twice as many MRI systems per capita as Luxemburg (OECD, 2014).

Conclusions

Differences between healthcare systems are bigger than it's often admitted. Europe is diverse and will remain diverse in many aspects. Even when it is united. These few examples were just a tip of an iceberg.

In the same time Europe can find ways to solve many problems, which are encountered by its healthcare systems, though, surely, not all of them. Many problems have to solve locally, through learning from neighbours and using their good ideas may help. However to do this, countries have to admit that their neighbours' ideas work and introduce them to their own systems, breaking barriers. These barriers are often of economic, but also – cultural. And I think that the latter is much more difficult to overcome.

LITERATURE

1. Eichler, R. Social Insurance Assessment Tool. Part III. Model of Financing Flows for Social Health Insurance, Management Sciences for Health (MSH) in Boston Massachusetts / R. Eichler, E. Lewis. [Electronic resource]. — 2003. — Mode of access: <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=6.70.htm&module=toolkit&language=English>. — Date of access: 30.03.2009.
2. European Observatory on Health Systems and Policies. [Electronic resource]. — 2014 – Mode of access: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>. — Date of access: 23.03.2014.
3. Eurostat, Health [Electronic resource]. — 2006. — Mode of access: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/introduction>. — Date of access: 23.03.2014.
4. Kulik, T. B. Polityka zdrowotna w krajach Unii Europejskiej, in: Babiarz M., Szpringer M. (eds), *Zdrowie i dobrostan 4 / 2013, Dobrostan i społeczeństwo*, Wydawnictwo Naukowe NeuroCentrum, Lublin, 2013. — P. 163.

5. Ministry of Health of Poland, Dynamika zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach. — 2003. — III kw. 2013. [Electronic resource]. — 2013. — Mode of access: http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0012/5601/2dynamika2_budz20131119.pdf. — Date of access: 27.03.2014.

6. OECD Health Data 2013 [Electronic resource]. — 2013. — Mode of access: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT. — Date of access: 23.03.2014.

7. *Tymowska, K.* System umów w opiece zdrowotnej w Anglii i w Polsce, Warszawa, Centrum Edukacji i Rozwoju Biznesu. — 1996. — P. 30–31, 119.

УДК

ЗНАЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭКСПЕРТИЗЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННЫМ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Караваев В. Е., Варникова О. Р., Тезикова И. В.

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
г. Иваново, Российская Федерация**

Несмотря на то, что государство стало уделять общественному здравоохранению все больше внимания, в том числе увеличивая и финансовые вложения, накопившиеся проблемы за последние десятилетия требуют постоянного внимания и решения, т. к. от этого напрямую зависят качество и эффективность медицинской помощи [1, 2, 3].

В современных условиях вопрос о качестве оказания медицинской помощи находится в центре внимания общества и государства, так как определяет не только сохранение и укрепление здоровья населения, но является одним из важнейших критериев престижности медицинских учреждений и способствует совершенствованию здравоохранения. В условиях рыночной конкуренции общественному здравоохранению очень важно соответствовать запросам потребителей медицинских услуг и инновационным технологическим возможностям. Качество оказания медицинской помощи затрагивает интересы многих участников, имеющих отношение к лечебно-диагностическому процессу, к профилактике заболеваний, сбережению здоровья нации: пациентов, врачей, организаторов здравоохранения, медицинских учреждений, страховых компаний и государства, поэтому и решать многие проблемы следует коллегиально.

Исправить сложившееся положение дел в медицине в один момент невозможно. В тоже время, целенаправленные воздействия на конкретные недостатки ведут к реальным достижениям и способствуют позитивным изменениям. Совершенствование здравоохранения должно осуществляться не только за счет ресурсов государства, вертикали власти, но и за счет внутренних возможностей, имеющихся на местах. Результаты модернизации здравоохранения зависят как от финансово-экономической ситуации, так и от качества работы персонала медицинских организаций и от грамотности управления этим процессом. Подход к имеющимся нерешенным проблемам в здравоохранении РФ должен быть комплексным, взвешенным и, в определенной мере, осторожным. В разных лечебных учреждениях наряду с системными проблемами имеются негативные процессы характерные именно для данной организации, поэтому способы и подходы к решению, пусть даже и застарелых проблем, не всегда должны быть одинаковыми даже в пределах одной административной территории.

Результаты работы каждого учреждения здравоохранения должны подвергаться тщательному анализу. Ошибки, если над ними работать и учитывать, являются естественной и ценной частью врачебной деятельности. Когда их пытаются скрыть, то обычно терпят неудачу. Выявление недостатков осуществляется путем контроля как внутреннего, так и внешнего. Причем вневедомственная экспертиза качества медицинских услуг нередко бывает более значимой, т. к. позволяет взглянуть на сложившуюся ситуацию «со стороны», более объективно и комплексно, что в дальнейшем способствует оптимизации и более четкой организации лечебно-диагностического процесса. Проверка качества медицинской помощи позволяет вполне реально оценить сло-

жившуюся ситуацию и ответить на вопрос: что на данном этапе важно для конкретного лечебного учреждения? В настоящее время роль внешних экспертов чаще всего стали выполнять страховые компании, которые при несоблюдении медико-экономических стандартов, применяют к лечебным учреждениям и меры финансового воздействия. Если при оказании медицинской помощи были допущены ошибки, страховщики оплачивают ее не полностью, либо не оплачивают вовсе, а в ряде случаев применяют и штрафные санкции.

Проводимый анализ качества лечебно-диагностической работы позволяет реально составить представление о состоянии дел и соответствии лечебного учреждения современным требованиям, о профессионализме каждого сотрудника, что помогает наметить пути совершенствования работы как медицинского учреждения, так и конкретного исполнителя. Не следует ждать трагедий, указаний сверху или других поводов для наведения порядка в своем коллективе. Не реагировать на имеющиеся дефекты деятельности (замалчивать) — значит запускать проблемы, которые легче разрешать в зародыше.

Многолетняя работа по экспертизе качества медицинской помощи в страховых компаниях дала возможность провести анализ сложившейся ситуации, осмыслить результаты данного направления деятельности, оценить организацию лечебно-диагностической работы медицинских учреждений, их эффективность, выявить тенденции и некоторые проблемы современного здравоохранения. В большинстве случаев оценку качества медицинской помощи эксперты проводят ретроспективно, получая определенный срез состояния дел в медицинских организациях. Полученные результаты позволяют решать проблемы отрасли, принимать адекватные, порой и масштабные решения, а также побуждают администрацию персонально воздействовать на конкретных лиц, допускающих просчеты, наметить ряд организационных мероприятий для последующей работы и определить тактику развития лечебного учреждения, отвечающую вызовам времени.

Результаты экспертизы позволяют объективно определить рейтинг медицинской организации относительно других учреждений здравоохранения и оценить ее соответствие требованиям времени и учитываться при аккредитации ЛПУ.

Анализ первичной медицинской документации отражает уровень медицинской помощи и квалификацию сотрудников, позволяет судить об организации лечебно-диагностического процесса, о качестве работы руководителей здравоохранения. Наш опыт свидетельствует, что одной из причин небрежения является отсутствие внутреннего контроля, который должны осуществлять заместители главных врачей по лечебной работе и экспертизе качества, а в поликлиниках заведующие отделениями. Работа экспертов установила недостаточный контроль администрации за качеством оказания медицинской помощи, о чем свидетельствует отсутствие записей и пометок о проводимых проверках и выявленных дефектах. В тоже время эта функция руководителей подразделений не только остается одной из важнейших, но и многократно возрастает, что является требованием времени. Подтверждением данного тезиса служат многочисленные факты из СМИ о трагедиях и роли человеческого фактора не только в медицине, но и в других общественно значимых сферах деятельности.

Самым сложным, но в тоже время одним из важнейших аспектов работы врача является диагностический процесс. Нет, и не может быть универсальных, на все случаи жизни рецептов распознавания и предсказания болезни. Диагностика на основании клинических признаков по-прежнему остается во главе угла работы врача. Следует постоянно вглядываться в симптомы болезни, совершенствовать наблюдательность, оттачивать практические навыки и умения, формировать собственную точку зрения. Но в современных условиях все большее значение приобретают дополнительные лабораторные и функциональные способы распознавания болезней. Записи и результаты исследований позволяют судить не только о качестве диагностического процесса, но и об уровне диагностических возможностей. Оценка данного направления работы показывает пути оптимизации и совершенствования, необходимость внедрения новых лечебно-диагностических технологий. Анализ результатов экспертов позволяет наметить пути совершенствования и перспективы развития лабораторно-диагностических служб лечебного учреждения.

В медицине трудно переоценить значимость человеческого фактора. При проведении реформ нельзя забывать о людях, которые эти преобразования претворяют в жизнь. Труд медицинских работников (врачей, медицинских сестер, нянечек) напряженный, требует колоссальных затрат нервной энергии и душевных сил. Сотрудники определяют не только качество, объем и содержание медицинской помощи, но и атмосферу доброжелательности, внимания и чуткости, в отношении к пациентам, ради которых и работают. Внимание персонала должно быть сосредоточено на его прямых обязанностях — диагностике и лечении. Даже самая современная аппаратура, прекрасные условия пребывания, совершеннейшая материальная база не заменят хорошего врача, внимательную медицинскую сестру, доброжелательную нянечку, ничто не заменит их внимательного отношения к пациентам. Каждый медицинский работник, став пациентом, хотел бы, чтобы к нему относились не как к одному из многих (из потока, из массива), а как к личности — с пониманием, участием, вниманием. Парацельс писал «врач должен денно и нощно думать о своем больном». Творческая работа врача должна соответствовать ожиданиям пациента. Роль медицинских работников должна возрастать в обществе.

Качественная и доступная лабораторная диагностика позволяет оптимизировать и удешевить лечение, отказаться от полипрогмазии и предотвращать нежелательные последствия медикаментозного лечения. В ряде случаев пациентам назначают по 6–8 лекарственных препаратов. Трудно сказать какой эффект от подобной лекарственной терапии больше — положительный или отрицательный? Чрезмерное или неправильное применение лекарственных средств занимает 4–5 место среди основных причин смертности. Поэтому одной из главных задач оценки качества помощи является обоснованность назначения медикаментов с учетом возрастных, физиологических и патологических возможностей. Сокращение медикаментозной нагрузки и оптимизация алгоритмов лечения, особенно при вирусных инфекциях, без ущерба эффективности терапии позволят улучшить качество жизни и медицинской помощи. Наш опыт показывает, что контролю качества медицинской помощи принадлежит особая роль, позволяющая минимизировать и предотвращать нанесение вреда здоровью пациентов. Данная работа в перспективе ведет не только к уменьшению врачебных ошибок, но и способствует информированности врачей и позволяет экономить бюджетные средства.

Уровень оказания медицинской помощи, результаты экспертной оценки ее, наряду с материальными возможностями, должны учитываться при проведении лицензирования и аккредитации лечебно-диагностического учреждения, поскольку являются не только объективным критерием качества работы медицинской организации, но и ее возможностей. А персонифицированный учет экспертной оценки деятельности врача должен являться одним из критериев профессиональной аттестации, как наиболее полно и объективно отражающий компетентность докторов в лечебно-диагностических процессах.

Стандартизация медицинской помощи (лечебно-диагностические протоколы) имеет положительные стороны, но не является безупречной, т. к. ни один стандарт не содержит абсолютно точных предписаний врачу как поступать в той или иной конкретной ситуации. Доктор всегда учитывает фактические проявления болезни, ее стадию, фоновую патологию, наличие других особенностей у конкретного пациента, чего ни один, будь то самый качественный стандарт, учесть не может. Поэтому лечение должно проводиться по протоколам.

Конструктивный подход всегда начинается с анализа ситуации, которой, в определенной степени, поможет паспортизация всех ЛПУ города и области, где бы нашли отражение и материальная база, и реальное состояние медицинской организации, и оснащенность, и количество коек, и количество квадратных метров, приходящихся на койко-место и ряд других показателей. Причем эти показатели должны быть выложены на сайте каждой медицинской организации. Для этого каждому медицинскому учреждению следует иметь свой сайт, что в современных условиях реально. Здесь же можно представлять ежемесячные отчеты по загруженности и наполняемости отделений, количеству поступающих средств из Фонда обязательного медицинского страхования и из бюджета, а также заработанных по хозрасчету. То есть сделать прозрачной, хотя бы и частично, финансовую деятельность, к чему призывают руководители государства.

Таким образом, экспертиза качества медицинской помощи пациентам способствует не только модернизации и эффективности управления работой лечебно-профилактических организаций, но и позволяет повышать квалификацию медицинского персонала, совершенствовать лечебно-диагностический процесс и является основой для дальнейшей оптимизации общественного здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Золотовицкая, Н. Проблема здравоохранения глазами медицинских работников / Н. Золотовицкая, Н. Тэгай // Бюллетень национальной медицинской палаты. — 2012. — С. 29–34.
2. Состояние диагностики и лечения детей с инфекционными заболеваниями на догоспитальном этапе / В. Е. Караваев [и др.] // Актуальные проблемы педиатрии: сб. матер. XVI съезда педиатров России. — М., 2009. — С. 167–168.
3. Значение комплексного подхода при оценке качества оказания медицинской помощи в концепции управления общественным здравоохранением / В. Е. Караваев [и др.] // Роль профилактики и реабилитации в обеспечении качества жизни населения на современном этапе. — Махачкала, 2013. — С. 265–267.

УДК 316.36 + 614.2

КОММУНИКАЦИЯ БИСЕКСУАЛЬНЫХ МУЖЧИН С ПАРТНЕР(Ш)АМИ КАК ФАКТОР УМЕНЬШЕНИЯ РИСКА ВИЧ

Касянчук М. Г.

Общественная организация
«Межрегиональный центр ЛГБТ-исследований Донбас-СоцПроект»
г. Донецк, Украина

Введение

Нормативное поле Украины определяет мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ), как одну из ключевых уязвимых групп [1]. Несмотря на данные [2] о заметной доле МСМ с опытом гетеросексуального брака (5 %) или практикующих секс с женщинами (25 % в течение 6 месяцев), по-прежнему в Украине нет программ, сфокусированных на потребностях бисексуальных мужчин и их партнерш, поскольку дизайн существующей профилактики стандартизирован. Лучшие практики UNAIDS предусматривают социальную работу не только с ключевыми группами, но и «с вопросами, касающимися других затронутых эпидемией групп населения (жены, партнерши, другие члены семьи)» [3]. Именно поэтому по заказу МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИДу в Украине» мы провели исследование бисексуальных мужчин и их партнерш, часть его результатов составит материал этой публикации.

Методы исследования

Кросс-секционный опрос мужчин, практиковавших сексуальные контакты с мужчинами и женщинами, проведен в 2013 г. в Запорожье, Киеве, Одессе, Харькове и Черновцах с использованием формализованной анонимной анкеты. Выборка (403 чел.) формировалась методом снежного кома (зернами были клиенты МСМ-сервисных общественных организаций); респонденты давали добровольное информированное согласие, а в конце опроса получали вознаграждение (приблизительно \$5 в гривневом эквиваленте), дополнительное вознаграждение было предусмотрено за привлечение в опрос своих знакомых, соответствующих критериям участия.

Протокол и инструментарий основывались на Кодексе профессиональной этики социолога Социологической ассоциации Украины и Хельсинской декларации этических принципов для проведения исследований, получили одобрение Этического комитета ВБО «Институт исследования проблем политики общественного здоров'я» (г. Киев). Анкета, кроме традиционных социодемографического и поведенческого блоков, включала апробированные шкалы гомофобии и ценностей, а также блоки семантического дифференциала.

Данные обрабатывались в свободном статистическом языке R.

Результаты исследования

Средний возраст респондентов 30 лет (95 % ДИ: 29–31). В отношении образования выделились 2 группы — со средним специальным (38 %) и полным высшим (34 %). 63 % никогда не были в браке, дети есть у 29 %, 64 % имеют постоянного (-ую) партнера (шу), средняя длительность отношений — 3 года.

За 6 месяцев у респондентов, в среднем, было 3 секспартнера и 2 партнерши.

При последнем анальном сексе с мужчиной презерватив или фемидом был на 86 % тех, у кого такой секс был. Защищенный последний анальный секс с женщиной был у 82 % имевших такие контакты за полгода. Однако при последнем вагинальном сексе презерватив или фемидом использовали 76 % имевших такой секс в этот период. Следовательно, анальный секс (с мужчинами и женщинами) чаще ($p = 0,001$) бывает защищенным, нежели вагинальный.

Треть опрошенных принимала за 6 месяцев участие в групповом сексе, среди них 36 % — с мужчинами, 9 % — с женщинами, прочие — с людьми обоих полов. Приблизительно шестая часть респондентов имела в течение 6 месяцев опыт обмена постоянными партнер(ш)ами с другими парами. При этом презерватив или фемидом использовали в последний случай свинга 72 %.

В отношении поведения за последний месяц тех, которые практиковали проникающий секс и гомо-, и гетеросексуальный (358 чел.), можно разделить на 3 подгруппы: 1-я — полностью безопасное поведение (защитные средства всегда есть и с мужчинами, и с женщинами) — 54 %; 2-я — частично безопасное поведение (защита всегда есть с мужчинами, но не с женщинами, или наоборот) — 20 %; 3-я — полностью небезопасное поведение (защита спорадична с людьми обоих полов) — 26 %. Подгруппы отличаются ($p = 0,007$) только тем, что в первой больше неженатых.

Таким образом, данные указывают на бисексуальных мужчин как на группу-мостик эпидемии ВИЧ и позволяют считать их партнерш уязвимой группой.

Коммуникация между партнерами в отношении безопасного сексуального поведения может включать: 1) обсуждение с партнером (-шей) сексуальности; 2) информирование партнера (-ши) о других партнер(ш)ах; 3) обсуждение стратегий уменьшения риска. Информированный (-ая) о рисках партнер(ша) имеет возможность предпринять меры для защиты от сексуально-передаваемых инфекций, в частности ВИЧ. Следовательно, важно установить те факторы, которые могут быть связаны с большей открытостью респондента, готовностью обсуждать такой неоднозначный аспект своего поведения как гомосексуальность с сексуальными партнер(ш)ами.

Половина опрошенных мужчин (49 %) согласилась с утверждением «Я скрываю свои сексуальные склонности от партнера (-ши)». Поскольку ответ бинарен, связанные факторы вычленились с использованием логистической регрессии (таблица 1).

Основные факторы — возраст (его увеличение ассоциируется с большей открытостью), сексуальная ориентация (бисексуалы менее открыты в сравнении с теми, кто называет себя гомосексуалом, — возможная причина в том, что гомосексуалы ощущают свои отношения с женщинами как быстропроходящие, тогда как бисексуалы — как потенциально длительные), внутренняя гомофобия (с ее уменьшением ассоциируется большая открытость — вероятно, с этим согласуется большая близость к полюсу «Не боюсь признаться любому (если спросит), что мне нравятся мужчины»), опыт группового секса одновременно с мужчинами и женщинами, готовность всегда действовать по-своему, а также же удовлетворенность общением с партнершей позитивно связаны с открытостью.

Таким образом, особое внимание социальные работники и психологи ВИЧ-сервиса, консультируя поведенчески бисексуальных мужчин, должны обращать на более молодых клиентов с высокими уровнями внутренней и субъективно-ощущаемой внешней гомофобии, с большей конформностью, не умеющих организовать коммуникацию с близкими людьми, — именно эта группа сознательно или нет подвергает большему риску своих сексуальных партнеров.

Таблица 1 — Факторы, ассоциированные с открытостью в отношении своей гомосексуальности (зависимая переменная — ответы на «Скажите, согласны ли Вы с таким утверждением «Скрываю свои сексуальные склонности от партнера (-ши)»?»; выбор варианта «НЕ согласен» являлся событием, шансы которого рассчитывались при действии представленных факторов), $N = 403$

Фактор	OR	AOR (95 % ДИ)
Возраст, лет, $p = 0,03$ [непрерывная переменная]	1,0	1,2 (1,1–1,2)
«Каким термином Вы обычно описываете свою сексуальную ориентацию?» (ref. = «гомосексуал или гей»), $p = 0,02$		
бисексуал	0,2	0,2 (0,1–0,6)
гетеросексуал или натурал	0,2	0,5 (0,1–2,5)
другое	0,1	0,2 (0,0–2,7)

Окончание таблицы 1

Фактор	OR	AOR (95 % ДИ)
«Подумайте о последних 6 месяцев Вы участвовали в групповом сексе в этот период?» (групповой секс — когда в сексуальном акте больше чем два партнера) (ref. = «нет»), $p = 0,01$		
да, с мужчинами без женщин	1,9	1,8 (0,8–3,9)
да, с женщинами без других мужчин	3,4	3,6 (0,8–16)
да, с мужчинами и женщинами	3,3	3,3 (1,6–7,0)
«Подумайте о последних 6 месяцев у Вас была практика обмена постоянными сексуальными партнер(ш)ами с Вашими знакомыми (свингерство)?» (ref. = «нет»), $p = 0,06$		
да	1,5	0,5 (0,2–0,9)
Внутренняя гомофобия, $p < 0,001$		
[шкала уменьшения выраженности]	1,3	1,2 (1,1–1,3)
Позиция на оси семантического дифференциала [шкала от 1 до 7]		
«чаще всего поступаю так, как окружающие ... всегда поступаю по-своему, несмотря на мнение окружающих», $p = 0,04$	1,2	1,2 (1,1–1,3)
«не боюсь признаться любому (если спросит), что мне нравятся мужчины ... опасаясь говорить первому встречному (если спросит), что мне нравятся мужчины», $p < 0,001$	0,8	0,8 (0,7–0,9)
«в целом я удовлетворен тем, как мы вместе с партнершей проводим свободное время (например, хобби, спорт, прогулки и т. п.) ... меня абсолютно не устраивает то, как мы вместе с партнершей проводим свободное время», $p < 0,001$	0,8	0,7 (0,6–0,9)

Примечания: OR — отношение шансов, AOR — приведенное отношение шансов, ДИ — доверительный интервал, ref. — референтная категория

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» [Електронний ресурс] // Сайт Верховної Ради України. — Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1026-17>.
2. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління (аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року) / С. С. Большов [и др.]. — К., 2012. — 104 с.
3. ВИЧ и мужчины, имеющие половые контакты с другими мужчинами, в Азии и Тихоокеанском регионе. — UNAIDS, 2006. — С. 22.

УДК [615.9 : 632.95] : 64.066.4

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ФОРМИРУЮЩИХ ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ РИСК ДЛЯ ЛЮДЕЙ, КОНТАКТИРУЮЩИХ С ПЕСТИЦИДАМИ

Клочкова О. П.

Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр гигиены»
г. Минск, Республика Беларусь

В настоящее время проблема установления связи между воздействием факторов окружающей среды и состоянием здоровья населения выдвинулась в число наиболее актуальных и сложных проблем гигиенической, клинической и фундаментальной медицины. Важнейшими вопросами, на которые предстоит получить ответы, являются расшифровка этиологической обусловленности заболеваний человека, выявление факторов риска нарушений состояний здоровья у отдельного индивидуума, определенных групп лиц и населения в целом.

Люди могут контактировать с пестицидами непосредственно в связи со своей трудовой деятельностью или опосредованно через объекты окружающей среды (воду, почву, атмосферный воздух, а также продукты питания), в которых могут содержаться остаточные количества пестицидов. Опосредованно пестициды могут попадать также в организм работающих с пестицидами в тот промежуток времени, когда они не заняты своими прямыми профессиональными обязанностями.

Пути поступления пестицидов для различных групп населения будут практически одинаковыми, так как потенциальными путями поступления химических веществ являются органы дыхания, кожные покровы и слизистые оболочки глаз, желудочно-кишечный тракт.

Следует отметить, что степень влияния различных факторов в формировании риска будет различной. Уделим внимание основным из них.

Во-первых, наличие и использование средств индивидуальной защиты (далее — СИЗ).

Работающие с пестицидами должны в обязательном порядке использовать рекомендуемые (для конкретных видов пестицидов) СИЗ. Руководитель работ перед началом выполнения производственных операций производит выдачу СИЗ работникам, а также проводит контроль за соблюдением требований безопасности.

Население, применяющее пестициды в личных подсобных хозяйствах, не всегда имеет СИЗ либо не считает необходимым их использовать. Контроль за применением проводится на уровне самоконтроля.

Во-вторых, доза поступающих средств защиты растений в организм человека.

Работающие с пестицидами по роду своей профессиональной деятельности могут подвергаться воздействию от малых до больших доз пестицидов.

Население, применяющее пестициды в личных подсобных хозяйствах, будет подвергаться значительно меньшим дозам пестицидов при разумном использовании и соблюдении рекомендованных норм применения.

В-третьих, экспозиция воздействия.

Для работающих с пестицидами экспозиция будет равна продолжительности рабочей смены при непрерывном контакте либо продолжительности выполнения производственной операции с учетом количества рабочих дней в неделе. Экспозиция воздействия может увеличиваться за счет несоблюдения правил личной гигиены, когда создаются условия пролонгированного воздействия пестицидов, оставшихся на руках, СИЗ либо рабочей одежде.

Население, применяющее пестициды в личных подсобных хозяйствах, будет подвергаться потенциальному воздействию химических веществ во время выполнения работы на приусадебном участке.

Опосредованное воздействие через объекты окружающей среды и продукты питания является характерным фактором для всех групп населения и по продолжительности воздействия — практически постоянным.

В-четвертых, погодные условия.

Для работающих с пестицидами неблагоприятные погодные условия (высокая температура воздуха, порывы ветра, высокая влажность, дождь) могут способствовать повышению риска воздействия химических веществ.

Неблагоприятные погодные условия не будут существенным образом вносить вклад в повышение риска воздействия пестицидов на население, работающее в личных подсобных хозяйствах, при соблюдении рекомендаций по применению средств защиты растений (ранние утренние и вечерние часы, безветренная погода и т. д.). Тем более, население не так жестко привязано ко времени обработки сельскохозяйственных культур, как профессиональные работающие.

В-пятых, химические свойства средств защиты растений (пестицидов).

Для людей, постоянно работающих с пестицидами, физико-химические свойства средств защиты растений являются фактором, способствующим повышению риска воздействия. К таким свойствам относятся растворимость в воде и органических растворителях, стабильность препаративной формы, летучесть, агрегатное состояние, давление паров.

Физико-химические свойства определяют характер и возможность попадания пестицидов в воздух и другие объекты окружающей среды. Следует отметить, что физико-химические свойства препаративных форм определяют характер поведения пестицидов в организме теплокровных животных и класс опасности пестицидов.

Для населения, работающего в личных подсобных хозяйствах, к применению разрешаются, как правило, препараты третьего или четвертого класса опасности, в небольшом количестве препараты второго класса опасности (например, инсектициды). Если учитывать, что физико-химические свойства влияют на окончательный класс опасности, то можно предположить, что физико-химические свойства пестицидов будут в меньшей мере увеличивать риск воздействия для этой группы населения в связи с ограничением применения их по классу опасности.

В-шестых, токсикологические свойства средств защиты растений (пестицидов).

Токсикологические свойства средств защиты растений (возможность вызывать острые и хронические отравления, проникать через неповрежденные кожные покровы и слизистые оболочки, вызывать отдаленные эффекты: мутагенный, канцерогенный, тератогенный, эмбриотоксический, воздействие на репродуктивную токсичность, особенности токсикокинетики и токсикодинамики) однозначно способствуют повышению риска воздействия для работающих с пестицидами.

Для населения, работающего в личных подсобных хозяйствах, токсикологические свойства средств защиты растений являются также определяющими среди факторов риска.

В-седьмых, оборудование.

Оборудование, на котором проводятся работы с пестицидами, является одним из важных факторов, способных повысить риск воздействия средств защиты растений на работающих, так как степень защиты работника, герметичность кабины, общая исправность аппаратуры определяют потенциальную дозу, которая попадет в организм человека.

Для населения, работающего в личных подсобных хозяйствах, используемое оборудование может увеличивать потенциальный риск воздействия, Однако роль этого фактора менее значима, чем для постоянно работающих с пестицидами.

В-восьмых, состояние здоровья населения (наличие хронических заболеваний, в том числе аллергических), возраст.

Постоянно занятые на работах с пестицидами, в порядке, установленном законодательством, должны проходить медицинские осмотры. Так как наличие хронических заболеваний у человека с учетом органотропности химических веществ может усугубить течение уже имеющегося заболевания и способствовать возникновению нового. Данный фактор увеличивает риск воздействия пестицидов на работающих.

В меньшей степени фактор способствует повышению риска для населения, применяющего препараты в личных подсобных хозяйствах. Так как перечень препаратов, разрешенных для применения населением, ограничен и строго проверяется.

В-девятых, стаж работы с пестицидами и другими химическими веществами.

Фактор, несомненно, является важным как для работающих с пестицидами, так и для населения, контактирующего с препаратами в условиях личных подсобных хозяйств.

Неблагоприятный анамнез, связанный с длительным контактом работающих с химическими веществами, может вызвать накопление веществ в различных органах и привести к негативному воздействию на функционирование жизненно-важных систем организма. В последующем, при возобновлении контакта, даже небольшие дозы веществ могут провоцировать развитие заболеваний и ухудшение состояния человека.

В-десятых, наличие специального образования или знаний.

Правильное применение средств защиты растений профессиональными работающими и населением зависит от полученных знаний (в процессе самообразования, специального обучения или курсов) о правилах безопасного использования пестицидов и способствует снижению риска воздействия.

В-одиннадцатых, соблюдение правил производственной и личной гигиены.

Данный фактор может внести существенный вклад в формирование суммарного риска воздействия на работающих как в агропромышленном комплексе, так и в условиях личных подсобных хозяйств.

Курение во время работы с пестицидами, прием пищи, остаточные количества химических веществ на невымытых руках, загрязненной рабочей одежде, на пищевой посуде, использованной не по назначению для приготовления рабочих растворов препаратов, могут увеличивать дозу поступления пестицидов в организм.

В-двенадцатых, разумная осторожность при обращении с любыми химическими композициями, в том числе и пестицидами.

Данный фактор может снизить риск воздействия пестицидов на здоровье населения и на работающих, он тесно связан с фактором «наличие специального обучения и знаний».

В вышеприведенном перечне проанализированы основные факторы, которые могут вносить наибольший потенциальный вклад в формирование риска для контактирующих с пестицидами.

Экспертиза средств защиты растений (пестицидов) с учетом потенциального риска воздействия направлена на предотвращение их неблагоприятного воздействия на здоровье человека и окружающую среду.

Все средства защиты растений (пестициды), применяемые в республике, должны проходить комплексные санитарно-гигиенические исследования с оценкой риска для работающих и населения, а также выявления их соответствия требованиям безопасности для жизни и здоровья человека, охраны окружающей среды, биологической и хозяйственной эффективности.

Установление четких причинно-следственных связей между воздействием химических факторов и развитием специфических заболеваний позволит разработать комплекс профилактических мероприятий, а также снизить вклад изученных факторов в формирование риска для здоровья людей.

УДК 616.8.009.86–053.2

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ

Ковтюк Н. И., Нечитайло Ю. Н., Юхимец И. А.

Учреждение образования
«Буковинский государственный медицинский университет»
г. Черновцы, Украина

Технологический прогресс сопровождается ростом социального благополучия населения, увеличением продолжительности жизни, старением населения, сохранением жизни детям с пороками развития, незрелостью, что влечет за собой рост количества недееспособных лиц, о которых должно заботиться общество. Возникла потребность в поддержке не только долголетия, но и качества жизни человека. В медицине понятие качества жизни касается, прежде всего, состояния здоровья, поэтому чаще всего используется термин «качество жизни, связанное со здоровьем» (КЖСЗ) [1]. Оценка качества жизни человека в современном здравоохранении рассматривается как интегральная характеристика на основе физических, психологических и социальных компонентов. Каждый из них, в свою очередь, включает в себя целый ряд составляющих, с одной стороны ограничивающих тот или иной вид активности, из-за симптомов заболевания или пороков, с другой — физиологических возможностей выполнения физической и умственной работы, обеспечения эмоционального комфорта. В клинической медицине индекс КЖСЗ входит в стандарты обследования и лечения больных, с его помощью проводят индивидуальный мониторинг процесса лечения, оценивают эффективность терапии и прогноз [2, 3].

Общая тенденция не обошла стороной и педиатрию, где в течение многих лет нарабатывалась методология оценки показателей КЖСЗ. Были созданы и апробированы соответствующие анкеты для здоровых и больных детей. В свою очередь они делятся на общие (генерические) и специальные, ориентированные на определенное заболевание, патологическое состояние [1, 4].

Процедура оценки КЖСЗ включает три основных этапа: анкетирование, сравнение результатов с референтными данными и вынесение заключения. Инструментом для первого этапа являются соответствующим образом сконструированные анкеты. В современной педиатрии используют стандартизированные опросники оценки качества жизни ребенка, апробированные в клинических исследованиях и клинической практике. Они отличаются хорошими психометрическими свойствами (надежностью, валидностью, чувствительностью). Большинство анкет были разработаны в виде англоязычных версий и имеют лока-

лизованные варианты. Во многих переводах культуральной адаптации уделяется недостаточно внимания, что может привести к отклонению в результатах [4].

Методология анкетирования включает создание соответствующих шкал и методик подсчета результатов. Формат анкеты предусматривает определенное количество вопросов понятных ребенку со шкалой ответов. Среди последних обычно доминируют психометрические шкалы из пяти пунктов, впервые предложены Ренсисом Ликертом еще в 1932 году, содержащие ответы типа — «да», «скорее да», «и да, и нет», «скорее нет», «нет». Дети младшего школьного возраста склонны к использованию крайних значений, в то время как старшие употребляют весь диапазон [5]. Кроме того, ежедневная активность детей разного возраста значительно отличается по сравнению со взрослыми по всем составляющим физического, психологического и социального функционирования. У дошкольников доминируют различные уровни игровой активности и умения самообслуживания, у школьников — проявлениями социального функционирования является школьная активность, успеваемость, коммуникации со сверстниками и учителями.

На показатели качества жизни влияет значительное количество факторов внешней среды, к которым дети более чувствительны чем взрослые, жизненные события, могущие нарушить психическую сферу ребенка и изменить восприятие собственного здоровья. Не последнюю роль играют и экологические факторы, особенно те, которые влияют на функционирование нервной системы. Несмотря на большое количество вариантов анкет оценки КЖСЗ, почти все они грешат отсутствием учета физиологических составляющих и специфических отклонений в здоровье ребенка.

С целью разработки методологических принципов оценки КЖСЗ нами в течение последних 5 лет были обследованы более 2000 детей в возрасте от 6 до 17 лет. Использовались локализованные версии наиболее распространенных международных анкет и наши собственные опросники с включением физиологических составляющих качества жизни. В наших работах мы показали, что качество питания и качество сна детей существенно влияет на все стороны их функционирования, а нарушения зрения и осанки у школьников значительно ухудшают общие показатели КЖСЗ. В то же время, к примеру, для оценки влияния нарушений зрения у взрослых существует целый ряд анкет, а для школьников — нет ни одной, как и нет ни одного вопроса касательно этого в общих анкетах.

Оценка качества жизни важна не только для определения состояния пациента на данный момент, но вместе с тем оптимальным считается лечение, которое и положительно влияет на течение болезни, и повышает качество жизни. С другой стороны, многие методы лечения не влияют на прогноз, однако могут существенно улучшить качество жизни, уменьшая проявления заболевания, частоту осложнений, частоту госпитализации и т. д.

Таким образом, оценка качества жизни детей может быть полезным инструментом как для клиницистов, так и для исследователей. В Украине исследования качества жизни остаются недостаточными ни по объему, ни по глубине не только из-за технических проблем, но и в связи с отсутствием социального запроса в обществе. Арсенал инструментов оценки КЖСЗ ограничен, а системный, комплексный, научно обоснованный подход еще не сформирован, что препятствует широкому внедрению данной методологии в теоретическую и практическую педиатрию.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ravens-Sieberer, U.* Generic health-related quality-of-life assessment in children and adolescents: methodological considerations / U. Ravens-Sieberer, M. Erhart, N. Wille // *Pharmacoeconomics*. — 2006. — Vol. 24, № 12. — С. 1199–1220.
2. *Гурылева, М. Э.* Проблема качества жизни в медицине / М. Э. Гурылева, Л. Д. Карданова. — Нальчик: Эль-Фа, 2007. — 96 с.
3. *Patrick, D. L.* Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life / D. L. Patrick, R. A. Deyo // *Med Care*. — 1989. — № 27 (suppl). — P. 217–232.
4. Исследование качества жизни в педиатрии / под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. — М.: РАЕН, 2008. — 108 с.
5. *Wallander, H.* Quality of life measurement in children and adolescents: issues, instruments, and applications / H. Wallander, M. Schmitt, H. M. Koot // *J. Clin Psychol.* — 2001. — № 57. — P. 571–585.

УДК 616.248-053.2: 616.233-002.2-08

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И УРОВЕНЬ КОНТРОЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ АКТИВНОСТИ ВОСПАЛЕНИЯ БРОНХОВ*Колоскова Е. К., Белоус Т. М., Белоус В. В., Билык Г. А.***Учреждение образования
«Буковинский государственный медицинский университет»
г. Черновцы, Украина*****Введение***

Бронхиальная астма (БА) на протяжении последних десятилетий является самой распространенной аллергопатологией детского возраста. Среди ключевых показателей, используемых для оценки течения БА, в последнее время используют маркеры контроля заболевания, причем именно достижение и удержание контроля над болезнью — главная цель Глобальной инициативы по профилактике и лечению астмы и локальных протоколов многих стран [1]. Следует отметить, что о полном контроле заболевания свидетельствует достижение или отсутствие минимальных его проявлений (дневные и ночные симптомы, функциональное ухудшение и неблагоприятные риски) на фоне применения базисных препаратов. У большинства пациентов можно достичь контроля, однако неконтролируемое течение БА достаточно часто встречается в детском возрасте, а длительное удержание полного контроля часто остается недостижимой целью для ряда пациентов. В настоящее время используются несколько опросников, применяемых с целью диагностики уровня контроля БА, большинство из которых состоят из вопросов и вариантов ответов, касающихся частоты дневных и ночных симптомов, обострений и госпитализаций, частоты применения быстродействующих β_2 -агонистов, ограничения физической активности, количества пропусков занятий в школе и т.п. Анкетирование позволяет выявлять пациентов с неконтролируемой бронхиальной астмой, изменять активность противовоспалительной терапии и, соответственно, уменьшать социальные и экономические затраты системы здравоохранения в целом [2].

Цель

Изучить уровень контроля над заболеванием и качество жизни у детей, страдающих бронхиальной астмой, в зависимости от активности воспаления бронхов.

Материал и методы исследования

Для достижения цели в условиях аллергопульмонологического отделения ОДКБ г. Черновцы (Украина) обследовано 109 детей школьного возраста, страдающих бронхиальной астмой, из которых сформировали две группы сравнения. Выраженное воспаление бронхов верифицировали при содержании метаболитов оксида азота в конденсате выдыхаемого воздуха более 40 мкмоль/л и протеолитической активности по лизису азоказеина более 1,3 мл/час (I группа), а умеренное — при меньших цифрах указанных показателей (II группа). Средний возраст детей I группы составил $11,2 \pm 0,51$ года (60 детей, 69,4 % мальчиков), II группы — $12,3 \pm 0,45$ года (49 детей, 76,7 % мальчиков). Таким образом, по основным характеристикам группы существенно не отличались.

Оценку степени тяжести БА, уровня контроля над заболеванием, объема профилактического лечения проводили согласно Приказу МЗ Украины № 767 от 25.12.2005 г. «Об утверждении Протоколов диагностики и лечения аллергических болезней у детей», а также рекомендаций Глобальной стратегии лечения и профилактики БА (GINA). Определенные степени контроля осуществляли с помощью опросников: Asthma Control Test (АСТ-тест) и анкеты, которая рекомендуется Глобальной стратегией лечения и профилактики бронхиальной астмы (GINA-тест) [3].

АСТ-тест содержит 7 вопросов (на 3 из которых отвечали родители) для детей до 11 лет и 5 вопросов для пациентов старше 12 лет. Ответ на каждый вопрос оценивался от 1 до 5 баллов. Общая сумма баллов, превышающая 20 баллов — свидетельствовала о полном контроле, от 16 до 19 баллов — о частичном контроле, 15 и менее баллов — об отсутствии контроля над заболеванием.

GINA-тест содержит шесть вопросов с альтернативными ответами: отсутствие дневных, ночных симптомов, физических ограничений и обострений, использование быстродействующих ингаляторов менее 2 раз в неделю. Сумма в 6 баллов свидетельствовала о полном контроле над заболеванием, 7–9 баллов — о частично-контролируемой астме, а выше 9 баллов — о неконтролируемой БА.

Определение качества жизни детей, страдающих БА, и их родителей проводили с помощью метода индивидуального анкетирования по «Опроснику по качеству жизни детей, больных бронхиальной астмой», предложенному E. Juniper (Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ) для детей и Pediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire (PACQLQ) для родителей) [4–5]. Опросник содержит 23 вопроса для пациентов и 13 вопросов для родителей, охватывает три группы вопросов, касающихся симптомов астмы, ограничения активности и эмоциональной сферы. Ответ на каждый вопрос оценивался от 1 (ребенок и родители «чувствуют» болезнь ежедневно) до 7 (болезнь не беспокоит) баллов, то есть уменьшение количества баллов ассоциирует с ухудшением качества жизни детей и их родителей. В дальнейшем определяли среднее арифметическое значение по каждой из групп вопросов.

Данное исследование проведено с учетом основных положений GCP ICH и Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения научных медицинских исследований с участием человека (1964–2000 гг.), что предполагало соблюдение концепции информированного согласия, учета преимущества пользы над риском вреда, принципа конфиденциальности и уважения к личности ребенка как личности, которая неспособна к самозащите, и других этических принципов в отношении детей, которые выступают объектом исследования.

Результаты исследования

Установлено, что уровень контроля над заболеванием по опроснику АСТ-теста в среднем составил у детей до 12 лет в I группе 16,2 балла против 20,0 баллов у пациентов II группы ($p > 0,05$), а у детей старше 12 лет — 13,7 и 16,9 баллов соответственно ($p < 0,05$). Следует отметить, что количество детей старше 12 лет, у которых сумма не превышала 15 баллов и свидетельствовала об отсутствии контроля, составила 82,3 % среди пациентов в I группе и 40,0 % во II группе ($p < 0,05$), что требует срочной коррекции базисной противовоспалительной терапии у детей с выраженной активностью воспалительного процесса дыхательных путей.

Уровень контроля БА согласно вопросам анкеты GINA у детей I группы в среднем составил 10,3 балла, во II группе — 9,0 баллов ($p \square 0,05$). В то же время сумма баллов 9 и выше, которая свидетельствовала о неконтролируемом течении БА, в I группе отмечена у 85,0 % детей и среди представителей II группы — в 55,5 % случаев ($p < 0,05$), что подтверждало необходимость увеличения объема базисной противовоспалительной терапии при выраженном воспалении бронхов.

Учитывая, что хроническая патология часто ухудшает качество жизни пациентов и его семьи, изучали показатели качества жизни по эмоциональной сфере пациентов, ограничению активности и симптомам астмы.

Средний показатель негативного влияния болезни на эмоциональный статус ребенка по данным анкеты PAQLQ составил в I группе — $4,4 \pm 0,56$ баллов против $5,9 \pm 0,33$ баллов во II группе детей ($p < 0,05$), а по данным PACQLQ — $3,0 \pm 0,29$ баллов и $4,3 \pm 0,75$ баллов соответственно ($p < 0,05$).

Наличие симптомов бронхиальной астмы дети оценивали в I группе в среднем на $4,4 \pm 0,42$ баллов и во II группе — $5,0 \pm 0,38$ баллов ($p < 0,05$). Среднее количество баллов, отражающих ограничение активности, у представителей I группы находилось на уровне $4,2 \pm 0,40$ баллов и $4,8 \pm 0,41$ баллов у пациентов II группы ($p < 0,05$), а по данным опросника для родителей ограничение активности у их детей — $3,2 \pm 0,29$ баллов и $3,1 \pm 0,35$ баллов соответственно ($p < 0,05$).

Выводы

1. У детей школьного возраста, страдающих бронхиальной астмой, при выраженном воспалении бронхов согласно опросникам АСТ и GINA чаще отмечается низкий или не-

достаточный уровень контроля над заболеванием, что требует увеличения объема базисной противовоспалительной терапии.

2. У детей при выраженном воспалении бронхов показатели качества жизни несколько хуже по сравнению с пациентами с умеренным воспалительным процессом, особенно это касается негативного влияния бронхиальной астмы на эмоциональный статус.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы / под ред. А. Г. Чучалина. — М.: Атмосфера, 2007. — 104 с.
2. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control / R. A. Nathan [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol. — 2004. — Vol. 113. — P. 59–65.
3. Measuring asthma control. Clinic questionnaire or daily diary? / E. F. Juniper [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care. Med. — 2000. — Vol. 162. — P. 1330–1334.
4. Measuring quality of life in children with asthma / E. F. Juniper [et al.] // Quality of Life Res. — 1996. — Vol. 5. — P. 35–46.
5. Measuring quality of life in the parents of children with asthma / E. F. Juniper [et al.] // Quality of Life Res. — 1996. — Vol. 5. — P. 27–34.

УДК 616.89-008.441.33-084

СОЗАВИСИМОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РЕЦИДИВА ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Комарова М. М.

Государственное учреждение

«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»
г. Гомель, Республика Беларусь

Химическая зависимость или зависимость от химически активных соединений — «состояние периодической или хронической интоксикации, вызываемое повторным употреблением естественного или синтетического вещества», характеризующееся неодолимым влечением к употреблению, тенденцией увеличивать дозу и «возникновением индивидуальных и социальных проблем», обусловленных злоупотреблением [1].

На сегодняшний день в Гомельской области в 5 раз (по сравнению с аналогичным периодом прошлого года) увеличилось количество потребителей различных видов психоактивных веществ (ПАВ), в том числе курительных смесей синтетического происхождения — спайсов. Проблема заключается в том, что последствия употребления таковых — и ближайшие и более отдаленные — не изучены. Условия потребления, медикаментозное лечение, психологическая коррекция аддиктивного поведения протекают практически в условиях живого эксперимента. Врачи, педагоги, психологи и родители прилагают все усилия в попытках распознать употребление и остановить его. Однако в поведении даже самых ближайших заинтересованных в этом лиц, проявляются черты, которые подспудно могут способствовать употреблению и даже провоцировать его. Другая сложность заключается в том, что люди, склонные к созависимости, отказываются признать у себя неконструктивные формы поведения или наличие самого состояния созависимости. Наш собственный опыт практического психолога подтверждает эти выводы.

Химическую зависимость называют семейным заболеванием. Зависимое поведение одного из членов семьи нарушает внутрисемейные взаимоотношения. Осложнения, которые неизбежно наступают впоследствии, обозначают термином созависимость (со — приставка, указывающая на совместность, сочетанность действий, состояний).

Созависимость — это фактор риска возникновения химической зависимости у потомства, почва для развития психосоматических заболеваний и депрессии, но также это опасность рецидива химической зависимости у больного. Созависимость становится тем фактором, который не позволяет страдающему химической зависимостью взять полную ответственность за свое поведение и жизнь и прекратить употребление. Когда говорят о низкой эффективности лечения больного с химической зависимостью, то часто сетуют на

то, что «больной вернулся в ту же среду». Действительно, социальное окружение может способствовать рецидиву болезни, особенно внутрисемейная среда. Так, слепая забота, сверхконтроль матери, воспитывающей сына, который употребляет наркотики, может стать фактором, провоцирующим употребление. Более того, часто поведение матери, склонной к созависимости, косвенно способствует началу наркотизации, ее укоренению и развитию.

«Созависимый человек полностью поглощен тем, чтобы управлять поведением другого человека, и совершенно не заботится об удовлетворении своих собственных жизненно важных потребностей» [2].

Созависимые происходят из семей, в которых имели место либо химическая зависимость, либо жестокое обращение (физическая, сексуальная или эмоциональная агрессия). Такие семьи носят название дисфункциональных. Воспитание в дисфункциональной семье подчиняется определенным правилам: взрослые — хозяева ребенка; лишь взрослые определяют, что правильно, что неправильно; родители держат эмоциональную дистанцию; воля ребенка, расцениваемая как упрямство, должна быть сломлена и как можно скорее. Воспитание в дисфункциональной семье формирует те психологические особенности, которые составляют почву созависимости.

Основные особенности созависимого. Низкая самооценка — это основная характеристика созависимых, на которой базируются все остальные. Отсюда вытекает такая особенность личности, как направленность вовне. Созависимые полностью зависят от внешних оценок, от характера межличностных взаимоотношений. Низкая самооценка движет ими, когда они стремятся помогать другим. Не веря, что могут быть любимыми и нужными, они пытаются заработать любовь и внимание близких и стать в семье незаменимыми.

Компульсивное желание контролировать жизнь других. Созависимые жены, матери, сестры больных с зависимостью — это контролирующие близкие. Они верят, что в состоянии контролировать все. Чем хаотичнее ситуация дома, тем больше усилий они прилагают по ее контролю. Созависимые уверены, что лучше всех в семье знают, как должны развиваться события и как должны себя вести другие члены. Созависимые пытаются не позволять другим быть самими собой и протекать событиям естественным путем. Для контроля над другими они используют разные средства — угрозы, уговоры, принуждение. Попытка взять под контроль практически неконтролируемые события часто приводит их к депрессиям, а у близких вызывает реакции сопротивления и оппозиции и подталкивает к приему запретного химического вещества. Боясь утратить контроль над ситуацией, созависимые сами попадают под контроль событий или своих близких, страдающих химической зависимостью.

Забота о других перехлестывает разумные и нормальные рамки. Соответствующее поведение вытекает из убежденности созависимых в том, что именно они ответственны за чувства, мысли, действия других, за их выбор, желания и нужды, за их благополучие или недостаток благополучия и даже за саму судьбу.

Созависимые берут на себя ответственность за других, но при этом совершенно безответственны в отношении собственного благополучия (плохо питаются, плохо спят, не посещают врача, не удовлетворяют собственных потребностей). Спасая больного, созависимые лишь способствуют тому, что он продолжает употреблять алкоголь или наркотики. Попытка спасти никогда не удастся. Это всего лишь деструктивная форма поведения для обоих в этом тандеме — зависимый/созависимый. Созависимые больше отдают, чем получают в ситуациях, связанных с химической зависимостью близкого. Они говорят и думают за него, верят, что могут управлять его чувствами и не спрашивают, чего хочет их близкий. Они решают проблемы другого, а в совместной деятельности (например, ведение домашнего хозяйства) делают больше, чем им следовало бы делать по справедливому разделению обязанностей. Созависимые не говорят: «Это очень плохо, что у тебя такая проблема. Чем я могу тебе помочь?». Их ответ таков: «Я здесь. Я это сделаю за тебя». Такая «забота» о больном или злоупотребляющем предполагает некомпетентность, беспомощность и неспособность его делать то, что делает за него созависимый близкий. Именно такими своими действиями созависимый и вынуждает его стать беспомощным и неспособ-

ным. Подобное состояние представляет собой «приобретенную беспомощность» — безынициативность и покорность, которая вырабатывается в случае, если человек не чувствует возможности контроля над событиями своей жизни [3]. Зато это дает основание самим со-зависимым чувствовать себя нужными и незаменимыми.

Сфера чувств. Многие поступки созависимых мотивированы страхом, который является основой развития любой зависимости. Страх столкновения с реальностью, страх быть брошенной, страх, что случится самое худшее, страх потери контроля над жизнью и т. д. Помимо страха у созависимых могут проявляться и другие чувства: тревога, стыд, вина, затянувшееся отчаяние, негодование, гнев и даже ярость.

Другая характерная особенность эмоциональной сферы — обнубильяция чувств (затуманивание, неясность восприятия), либо даже полный отказ от чувств. По мере длительности стрессовой ситуации в семье у созависимых увеличивается переносимость эмоциональной боли и толерантность негативных эмоций. Способствует росту толерантности такой механизм эмоционального обезболивания, как «отказ от себя». Созависимые даже думают, что не имеют права на свою личную жизнь и готовы отречься от своего чувственного опыта.

Механизмы психологической защиты. Созависимые используют все формы психологической защиты: рационализацию, минимизацию, вытеснение и прочее, но более всего отрицание. Они склонны игнорировать проблемы или делать вид, что ничего серьезного не происходит. Так, в нашей практике имел место пример, когда мать мальчика, отцом которого являлся наркозависимый, «не замечала» первых проб ПАВ у своего ребенка, начавшихся в восьмилетнем возрасте. Позднее она «не замечала» и продолжения употребления, когда началась полинаркотизация (эпизодическое употребление различных видов ПАВ). Заметила лишь тогда, когда не заметить было уже невозможно — ее 18-летний сын начал злоупотребление избранного психостимулирующего вещества «запойным» способом.

Созависимые легко обманывают себя, верят в ложь, верят всему, что им сказали, если сказанное совпадает с желаемым. Они на протяжении многих лет готовы верить очередному обещанию зависимого о самостоятельном прекращении употребления.

Созависимые чаще всего отрицают у себя наличие признаков созависимости. Именно отрицание мешает мотивировать их на преодоление собственных проблем, попросить помощи, затягивает и усугубляет химическую зависимость у близкого, позволяет прогрессировать созависимости и держит всю семью в дисфункциональном состоянии.

Таким образом, проявления созависимости довольно разнообразны. Они касаются всех сторон психической деятельности, мировоззрения, поведения человека, системы верований и ценностей, а также физического здоровья. Поведение по принципу созависимости наносит вред не только самому человеку, но также может способствовать употреблению близким ПАВ, провоцировать его, либо явиться фактором риска рецидива уже существующей химической зависимости родственника или близкого.

Для преодоления деструктивного поведения созависимости, следует, во-первых, признать у себя его наличие и обратиться к специалисту. Помощь в этом может оказать врач, психотерапевт или психолог. Психологом или психотерапевтом будет составлена индивидуальная программа психокоррекции или психотерапии в рамках индивидуального, а затем и семейного консультирования. Программа помощи должна включать в себя: образование по вопросам зависимости и созависимости, семейной системы, индивидуальную и групповую психотерапию, семейную психотерапию, чтение литературы по соответствующей проблеме. Признанным же эффективным методом и наиболее желательным является групповая психотерапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Личко, А. Е. Подростковая наркология: руководство / А. Е. Личко, В. С. Битенский. — Л.: Медицина, 1991. — 304 с.
2. Москаленко, В. Созависимость: характеристики и практика преодоления / В. Москаленко. — М., 1998. — 30 с.
3. Майерс, Д. Социальная психология / Д. Майерс; пер. с англ. — СПб.: Питер, 1999. — 688 с.

УДК 616.1:616.12-008.331.1]-098+614.8.126.1

**МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ
И ДРУГИЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ***Коробко И. Ю., Нечесова Т. А., Павлова О. С.,
Ливенцева М. М., Горбат Т. В., Черняк С. В.***Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр «Кардиология»»
г. Минск, Республика Беларусь*****Введение***

Артериальная гипертензия (АГ) — один из главных факторов риска ишемической болезни сердца и инсульта. У пациентов с АГ выявлено повышение общей смертности в 2–5 раз, а смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 2–3 раза [1, 2].

Наряду с АГ существуют и другие факторы риска, влияющие на развитие и прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний, такие как гиперхолестеринемия, курение, ожирение и т. д.

У нас в республике за последние несколько лет устойчиво сохраняется ситуация, при которой около 40 % больных с впервые выявленной гипертензией имеют ишемическую болезнь сердца и около 17 % цереброваскулярные заболевания. Это свидетельствует о недостаточной выявляемости АГ и неудовлетворительной профилактике факторов риска среди пациентов с АГ. Среди факторов риска отдельно можно выделить метаболический синдром (МС), который представляет собой сочетание таких факторов риска, как АГ, абдоминальное ожирение, нарушения липидного и углеводного обмена.

Цель

Изучение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе МС, у пациентов с АГ, состоящих на диспансерном учете в поликлиниках г. Минска.

Материал и методы исследования

На первом этапе для выявления факторов риска у пациентов с АГ, методом случайных чисел, было выбрано 7 поликлиник г. Минска. Было проанализировано 414 амбулаторных карт пациентов с АГ диспансерной группы. При анализе амбулаторных карт учитывалось отражение таких факторов риска, как общее и абдоминальное ожирение, дислипидемия, уровень глюкозы крови. Анализировались текущие записи участковых терапевтов, листы учета факторов риска, этапные эпикризы. На втором этапе исследования, методом случайной выборки, из 414 амбулаторных карт было отобрано 107 карт для целенаправленного обследования пациентов с целью выявления факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Таким образом, было обследовано 107 пациентов с АГ I–III ст.

Наряду с клиническим обследованием, пациентам проводилось определение таких факторов риска, как индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), уровень общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХЛПНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХЛПВП), триглицеридов (ТГ), а также уровень глюкозы крови. Учитывались такие факторы риска, как курение и отягощенная наследственность.

Для диагностики МС проводилось измерение окружности талии, исследование липидного спектра, уровня глюкозы крови. Диагноз МС выставляется согласно рекомендациям АТР III [3].

Результаты исследования

При анализе 414 амбулаторных карт учитывалось не только отражение в картах факторов риска, но и рекомендации по их устранению, а также контроль за их динамикой. Выявлено, что такие компоненты МС, как ОТ, ТГ и ХЛПВП были отражены в амбулаторных картах только в 24,4, 30,2 и 10,1 % соответственно. Уровень глюкозы крови был отражен в 78,3 % амбулаторных карт. Необходимо отметить, что такой показатель как ОТ не отмечался врачами-терапевтами и отражался в амбулаторных картах только при осмот-

ре эндокринолога. При анализе амбулаторных карт, с учетом данных обследования и критериев АТР III, наличие МС можно было диагностировать у 20 пациентов, что составило от количества проанализированных карт 5,75 %. Важно подчеркнуть, что указаний на наличие МС не было ни в одной из амбулаторных карт.

Как указывалось выше, из 414 карт было 107 (81 женщина и 26 мужчин) отобрано для последующего анализа. Среди обследованных пациентов АГ I ст. была выявлена у 12 человек, II ст. — у 75, III ст. — у 20 пациентов. Средний возраст обследуемых составил $51,0 \pm 0,7$ года. Отягощенная наследственность по АГ была выявлена у 70 пациентов (16 мужчин и 54 женщины), курили 16 человек. Уровни систолического артериального давления составляли $158,7 \pm 3,37$ мм рт. ст. для мужчин и $156,6 \pm 2,3$ мм рт. ст. для женщин. Уровни диастолического артериального давления $102,3 \pm 2,12$ для мужчин и $98,03 \pm 1,35$ для женщин. Как среди мужчин, так среди женщин у большинства исследуемых не было достигнуто целевого уровня артериального давления, несмотря на то, что пациенты находились под диспансерным наблюдением и получали гипотензивную терапию. При осмотре из 107 человек артериальное давление ниже 140/90 мм рт. ст. было выявлено только у 6 (5,6 %) пациентов.

Характеристика показателей липидного обмена, уровня глюкозы, ИМТ и ОТ в целом по группе представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Клиническая характеристика пациентов с АГ

Количество	Показатели							
	ОХ, ммоль/л	ХСЛПНП, ммоль/л	ХСЛПВП, ммоль/л	ТГ, ммоль/л	глюкоза, ммоль/л	ИМТ, кг/м ²	ОТ, см	
							муж	жен
n = 107	$6,26 \pm 0,12$	$4,26 \pm 0,10$	$1,43 \pm 0,03$	$2,03 \pm 0,19$	$5,99 \pm 0,16$	$31,0 \pm 0,51$	$105,4 \pm 2,37$	$101,7 \pm 1,55$

Видно, что отмечалось увеличение таких показателей, как ОХ, ХЛПНП, ТГ, уровня глюкозы, а также ИМТ и ОТ. Было выявлено, что повышение ОХ отмечалось у 84 % пациентов, ХЛПНП — у 87,9 %, ТГ — у 49,5 % пациентов. Увеличение ИМТ и ОТ отмечалось у 86 и 73 % пациентов соответственно, причем более чем у 80 % пациентов отмечалось наличие дислипидемии и ожирения.

Из 107 обследованных не было выявлено ни одного пациента с повышенным уровнем артериального давления, как единственным фактором риска. Среди обследованных пациентов 28 % (30 человек) имели 6 факторов риска, 7 факторов риска — 9,3 % (10 человек), 8 факторов риска — 20,6 % (22 человека), 9 факторов риска — 15,9 % (17 человек), т. е. более 50 % больных имели более 6 факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

В ходе анализа полученных результатов установлено, что у пациентов моложе 40 лет, повышение таких факторов риска, как уровень ОХ и ХЛПВП встречается более, чем у 60 % больных. Ожирение, как общее, так и абдоминальное встречается более, чем у 40–50 % больных. Это свидетельствует о необходимости борьбы с факторами риска с молодого возраста и на начальных этапах развития АГ. Таким образом, по данным обследования больных АГ диспансерной группы поликлиник г. Минска выявлено, что наиболее часто встречаются такие факторы риска, как повышенный уровень ОХ, ХЛПНП, общее и абдоминальное ожирение.

Распределение факторов риска в зависимости от возраста представлено на рисунке 1.

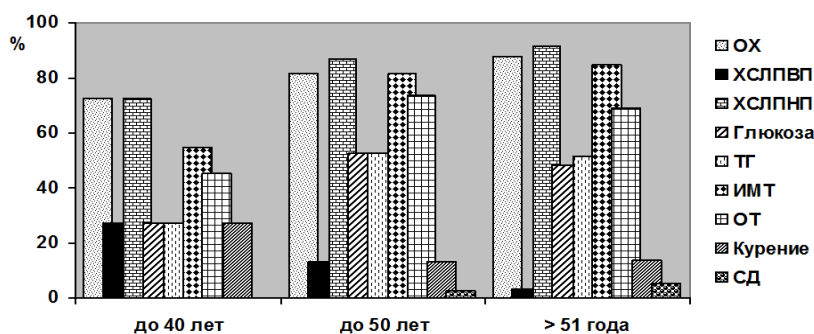


Рисунок 1 — Распределение факторов риска в зависимости от возраста

Из 107 обследованных критериям МС соответствовало 54 пациента (42 женщины и 12 мужчин). Среди пациентов с МС АГ II ст. была у 45 пациентов, АГ III ст. — у 9 человек. Частота МС увеличивалась с возрастом. Так, в возрасте до 40 лет МС был выявлен у 3 человек (5,1 %), в возрасте от 41 до 50 лет — у 20 (37 %), после 51 года у 31 пациента (57,4 %). При анализе компонентов МС было выявлено, что наиболее часто встречалось сочетание АГ с увеличением ОТ и гипертриглицеридемией. Указанное сочетание компонентов МС было выявлено у 21 пациента (38,9 %). У 14 пациентов (25,9 %) было выявлено сочетание АГ, абдоминального ожирения, гипертриглицеридемии и нарушения углеводного обмена.

Таким образом, если при анализе амбулаторных карт было выявлено наличие МС у 5,75 % пациентов, то при целенаправленном обследовании МС был установлен у 50,5 % пациентов.

Анализ амбулаторных карт и последующее обследование пациентов с АГ диспансерной группы г. Минска показал недостаточную эффективность выявления факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с АГ.

Недостаточная диагностика факторов риска и неудовлетворительная борьба с уже имеющимися факторами риска свидетельствуют о плохом уровне первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний среди пациентов с АГ диспансерной группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Оганов, Р. Г.* Современные стратегии профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний / Р. Г. Оганов, Г. В. Погосова // Кардиология. — 2007. — № 12. — С. 4–9.
2. *Lawes, C. M.* International Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease. 2001 / C. M. Lawes, S. Vander Hoom, A. Rodgers // Lancet. — 2008. — Vol. 371. — P. 1513.
3. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report // Circulation. — 2002. — Vol. 106. — P. 3143–3421.

УДК 613.1:159.9](476)

ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Короткевич Т. В., Голубева Т. С.

Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр психического здоровья»
г. Минск, Республика Беларусь

По определению Всемирной организации здравоохранения, психическое здоровье — это состояние благополучия, при котором человек осознает свои возможности, способен справиться с повседневными житейскими трудностями и может плодотворно работать и приносить пользу обществу [1].

Изучение динамики состояния психического здоровья населения является важной государственной задачей и осуществляется ежегодно по формам государственной статистической отчетности, утвержденным Национальным статистическим комитетом Республики Беларусь.

Показатели, характеризующие состояние психического здоровья:

- первичная и общая заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами;
- структура психических расстройств по нозологическим формам;
- инвалидность, обусловленная психическими и поведенческими расстройствами;
- суицидальная активность населения.

Интенсивные показатели рассчитываются на основании данных Национального статистического комитета Республики Беларусь о численности и половозрастной структуре населения.

За последнее десятилетие зарегистрирован рост первичной заболеваемости психическими расстройствами (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ) [2]. В 2013 г. первичная заболеваемость населения психическими расстройствами увеличилась по сравнению с 2002 г. (486,2 на 100 тыс. населения) на 56,7 % и состави-

ла 762,0 на 100 тыс. населения (среднегодовой темп прироста 4,2 %). В 2012–2013 гг. отмечена стабилизация показателей первичной заболеваемости населения психическими расстройствами (2012 г. — 761,5; 2013 г. — 762,0 на 100 тыс. населения).

Показатель первичной заболеваемости психическими расстройствами выше среди детского населения, чем во взрослой популяции. В 2013 г. первичная заболеваемость в детской популяции составила 990,3 на 100 тыс. детей; во взрослой — 710,5 на 100 тыс. взрослых. Если в 2002–2005 гг. первичная заболеваемость в детской популяции в 2 раза превышала аналогичный показатель среди взрослого населения, то в последние годы (с 2009 г.) соотношение дети/взрослые по первичной заболеваемости уменьшилось до 1,5, что может быть обусловлено более низким среднегодовым темпом прироста первичной заболеваемости среди детского населения, чем среди взрослых (2,2 против 5,5 %).

В структуре первичной заболеваемости психическими расстройствами доля пограничных нервно-психических расстройств выросла с 78,3 % в 2002 г. до 83,9 % в 2013 г. Данный факт может свидетельствовать о повышении доступности психиатрической помощи и доверия населения к специалистам службы охраны психического здоровья. В то же время уменьшилась доля впервые выявленных пациентов с шизофренией (с 2,2 до 1,0 %) и умственной отсталостью (с 7,5 до 3,5 %).

Аналогичные изменения наблюдаются в структуре первичной заболеваемости психическими расстройствами в детской популяции, где преобладающими являются непсихотические расстройства, в том числе расстройства поведения и психологического развития. Их удельный вес в структуре первичной заболеваемости в детской популяции в 2013 г. составил 91,4 %.

Общая заболеваемость населения психическими расстройствами (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ) увеличилась на 28,4 %: с 2831,0 на 100 тыс. населения в 2002 г. до 3635,2 — в 2013 г. (среднегодовой темп прироста 2,3 %), в том числе: среди детей — с 3401,6 до 4543,2 на 100 тыс. детского населения (на 33,6 %), среди взрослого населения — с 2648,7 до 3430,4 на 100 тыс. населения возраста 18 лет и старше (на 29,5 %) [2]. Из пациентов, обращающихся в течение года за оказанием психиатрической помощи по поводу как вновь возникших, так и ранее существовавших психических расстройств, 53–55 % составляют лица трудоспособного возраста.

За последнее десятилетие возросло количество пациентов, обратившихся в течение года за оказанием психиатрической помощи и взятых под диспансерное наблюдение врача-психиатра-нарколога: с 77,9 % в 2002 г. до 84,4 % в 2013 г. [2]. Максимальное количество пациентов из обратившихся за психиатрической помощью было взято под диспансерное наблюдение в 2008 г. — 87,6 %. Данный факт свидетельствует об эффективной работе амбулаторных психиатрических организаций здравоохранения.

В 2013 г. показатель первичной инвалидности по психическим расстройствам, кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ, составил 2,86 на 10 тыс. населения, в детской популяции — 2,31 на 10 тыс. детского населения; его значение по сравнению с 2002 г. (общая популяция — 2,04 на 10 тыс. населения, детская популяция — 1,75 на 10 тыс. детского населения) выросло в общей популяции на 40,7 %, среди детей — на 32,2 % и является максимальным за последние 12 лет, как в общей, так и в детской популяции [2].

Минимальное значение показателя первичной инвалидности было зарегистрировано в 2008 г.: в общей популяции — 1,75 на 10 тыс. населения; в детской популяции — 1,29 на 10 тыс. детского населения. С 2009 г. наметилась тенденция к росту показателя первичной инвалидности.

За период с 2002 по 2013 гг. в структуре заболеваний, приведших к первичной инвалидности, снизилась доля шизофрении (с 35 до 18 %), психических расстройств вследствие эпилепсии (с 10 до 5 %), умственной отсталости (с 22 до 14 %), возросла доля хронических неорганических психозов, детских психозов (с 3 до 5 %) и других психических расстройств (с 30 до 57 %).

Общая инвалидность по психическим расстройствам в 2013 г. составила 52,01 на 10 тыс. населения; в детской популяции — 23,37 на 10 тыс. детского населения (в 2002 г. — 52,05

на 10 тыс. населения и 24,30 на 10 тыс. детского населения соответственно). Показатели общей инвалидности являются относительно стабильными.

Из пациентов, являющихся инвалидами по психическому заболеванию, около 60 % составляют лица трудоспособного возраста. В 2013 г. работали 5,3 % от общего числа инвалидов (в 2002 г. — 5,9 %). В период с 2002 по 2013 гг. количество инвалидов, работающих в специальных условиях (в специальных цехах и лечебно-производственных мастерских) в среднем составило 16,1 % от общего числа работающих инвалидов.

Количество инвалидов, находящихся в стационарных учреждениях психоневрологического профиля Министерства труда и социальной защиты, за 10 лет выросло на 12,4 %, с 11 327 человек в 2002 г. до 12 728 — в 2013 г., что составило соответственно 22,0 и 25,9 % от общего количества инвалидов по психическим расстройствам в указанные годы.

Количество детей-инвалидов, находящихся в детских стационарных учреждениях психоневрологического профиля, за рассматриваемый период уменьшилось на 38,8 %, с 1491 ребенка в 2002 г. до 913 детей в 2013 г., что составило соответственно 13,2 и 7,2 % от общего количества детей, признанных инвалидами по психическим заболеваниям в указанные годы.

Первичная заболеваемость психическими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, сохраняется в республике на высоком уровне [3]. В 2013 г. показатель первичной заболеваемости наркологическими расстройствами составил 233,9 на 100 тыс. населения (2002 г. — 267,3). За период с 2002 по 2013 гг. наблюдался рост первичных обращений в учреждения здравоохранения в связи с употреблением психоактивных веществ с вредными последствиями: с 266,4 на 100 тыс. населения в 2002 г. до 509,0 — в 2013 г. Следует отметить, что в последние годы наметилась тенденция снижения первичной заболеваемости населения, связанной с употреблением психоактивных веществ (2011 г. — 828,1; 2012 г. — 770,3; 2013 г. — 742,8 на 100 тыс. населения), что является результатом государственной политики, направленной на снижение потребления алкоголя населением.

Общая заболеваемость наркологическими расстройствами возросла на 24,6 % (с 1829,3 на 100 тыс. жителей в 2002 г. до 2279,9 — 2013 г.); общее число лиц, обратившихся за медицинской помощью по поводу употребления психоактивных веществ с вредными последствиями увеличилось в 2,2 раза (с 684,6 до 1499,1 на 100 тыс. жителей соответственно) [3].

Показатель суицидов за период с 2002 по 2013 гг. в республике снизился: в общей популяции — на 39,6 % (с 33,3 до 20,1 на 100 тыс. населения); среди городского населения — на 47,8 % (с 25,3 до 13,2 на 100 тыс. городских жителей); среди сельского населения — на 19,5 % (с 52,7 до 42,4 на 100 тыс. сельских жителей).

Однако, несмотря на снижение суицидальной активности населения, уровень суицидов в популяции остается высоким (выше 20 на 100 тыс. жителей) в соответствии с критериями ВОЗ. Обращает на себя внимание тот факт, что в 2013 г. уровень суицидов среди сельского населения (42,4 на 100 тыс. жителей) был в 3,2 раза выше, чем в городской популяции (13,2 на 100 тыс. жителей).

Таким образом, за период 2002–2013 гг. в республике отмечался рост первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами, в том числе, общей заболеваемости связанной с употреблением психоактивных веществ, на фоне увеличения показателя первичной инвалидности и стабилизации показателя общей инвалидности по психическим расстройствам, а также имело место снижение суицидальной активности населения.

Учитывая тот факт, что состояние психического здоровья населения является важнейшим фактором благополучия и успешного функционирования любого государства, необходимо признать, что ответственность за формирование психического здоровья общества должна лежать не только на медицинских учреждениях, но и на социальных службах, учреждениях системы образования, общественных организациях. Проблема сохранения и укрепления психического здоровья общества требует комплексных целенаправленных действий и объединения усилий специалистов различных ведомств и служб, а не только врачей психиатров-наркологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Herrman, H. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice / H. Herrman, S. Saxena, R. Moodie. — Geneva: WHO, 2005.
2. Государственная статистическая отчетность по форме 1 — психиатрия (Минздрав) «Отчет о заболеваниях психическими расстройствами, расстройствами поведения и контингентах наблюдаемых больных (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)»: постановление Министерства статистики и анализа Республики Беларусь от 01.11.2007 № 379 (с изменениями и дополнением, внесенными постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь от 21.10.2008 № 319).
3. Государственная статистическая отчетность по форме 1 — наркология (Минздрав) «о заболеваниях и контингентах больных психическими расстройствами в связи с употреблением психоактивных веществ»: постановление Министерства статистики и анализа Республики Беларусь от 01.11.2007 № 380 (с изменениями и дополнением, внесенными постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь от 21.10.2008 № 320).

УДК [616.69 – 008.8+612.616] – 055.1 – 071(476.6)

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ МУЖЧИН В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 11 ЛЕТ

Корчагин О. Ю., Вашкевич И. И., Разина С. А., Полудень Н. Б.

Учреждение здравоохранения
«Гродненский областной клинический перинатальный центр»
Государственное учреждение здравоохранения
«Городская поликлиника № 6»
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Проблема бесплодия, несомненно, является одной из важнейших в современном обществе. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется до 2 млн бесплодных пар. Репродуктивное здоровье населения привлекает все большее внимание науки. В Европейских странах сложилась тревожная демографическая ситуация, обусловленная снижением рождаемости, старением населения, сложной экологической обстановкой, хроническим стрессом и другими факторами. Отмечается неуклонное падение показателей фертильности мужчин, что связано с вредным влиянием окружающей среды, урбанизацией, бесконтрольным применением лекарственных средств [1].

Наблюдения за показателями эякулята в последние 50–70 лет указывают на значительное их снижение [2].

Цель

Изучение показателей спермы у мужчин из бесплодных браков, обратившихся в урологический кабинет по лечению мужского бесплодия консультативно-диагностического отделения «Брак и семья» поликлиники перинатального центра.

Материалы и методы исследования

Нами было проанализировано 508 спермограмм у пациентов, обратившихся в урологический кабинет по лечению мужского бесплодия консультативно-диагностического отделения «Брак и семья» г. Гродно. Из них 100 спермограмм в 2003 г. (I группа), 100 — в 2005 г. (II группа), 100 — в 2008 г. (III группа) и 108 спермограмм в 2011 г. (IV группа), 100 — в 2012 г. (V группа). Возраст пациентов варьировал от 19 до 36 лет. Исследование проводилось классическим методом. Сравнивали объем эякулята, концентрацию, подвижность (а — быстрое поступательное движение (%), в — медленное поступательное движение (%), с — непоступательное движение (%), d — неподвижные сперматозоиды (%)), жизнеспособность, морфологию сперматозоидов. Данные сравнивались с нормальными показателями спермы: объем ≥ 2 мл, концентрация ≥ 20 млн/мл, подвижность ≥ 25 % категории «а» или ≥ 50 % категории «а + в», морфология ≥ 30 % нормальных форм, жизнеспособность ≥ 50 %.

Результаты и обсуждение

В I группе средние показатели эякулята были следующими: объем — 3,8 мл, концентрация — 45,2 млн/мл, подвижность: а — 18,5 %, в — 27,1 %, с — 26,4 %, d — 28,0 %,

нормальные формы — 80,8 %, жизнеспособность — 68,6 %. У 8 ($8 \pm 2,7$ %) человек отмечалась аспермия. У 50 ($50 \pm 5,0$ %) пациентов выявлена нормозооспермия, у 9 ($9 \pm 2,7$ %) — олигоастенозооспермия, у 33 ($33 \pm 4,7$ %) — астенозооспермия.

Во II группе показатели эякулята были: объем — 4,1 мл, концентрация — 42 млн/мл, подвижность: а — 15 %, в — 23 %, с — 24 %, d — 38 %, морфологически нормальных форм — 60 %, жизнеспособность — 58 %. У 7 ($7 \pm 2,6$ %) отмечалась аспермия. У 38 ($38 \pm 4,9$ %) выявлена нормозооспермия, у 14 ($14 \pm 9,3$ %) — олигоастенозооспермия, у 41 ($41 \pm 15,6$ %) — астенозооспермия.

В III группе показатели эякулята были: объем — 3,6 мл, концентрация — 41,7 млн/мл, подвижность: а — 14,1 %, в — 18,3 %, с — 18,3 %, d — 49,3 %, морфологически нормальные формы — 56,2 %, жизнеспособность — 65,9 %. У 3 ($3 \pm 1,7$ %) выявлена аспермия, у 15 ($15 \pm 3,6$ %) — нормозооспермия, у 19 ($19 \pm 3,9$ %) — олигоастенозооспермия, у 63 ($63 \pm 4,8$ %) — астенозооспермия.

В IV группе показатели эякулята были: объем — 3,5 мл, концентрация — 39,2 млн/мл, подвижность: а — 11,5 %, в — 13,3 %, с — 27,8 %, d — 47,4 %, нормальные формы — 45,8 %, жизнеспособность — 66,8 %. У 8 ($7,4 \pm 2,5$ %) человек отмечалась аспермия. У 11 ($10,2 \pm 2,9$ %) пациентов выявлена нормозооспермия, у 17 ($15,7 \pm 3,5$ %) — олигоастенозооспермия, у 72 ($66,7 \pm 4,5$ %) — астенозооспермия.

В V группе показатели эякулята были: объем — 2,9 мл, концентрация — 45 млн/мл, подвижность: а — 12,2 %, в — 15,4 %, с — 20,3 %, d — 52,1 %, нормальная морфология — 39,6 %, жизнеспособность — 64,6 %. У 7 ($7 \pm 2,6$ %) пациентов отмечалась аспермия, у 14 ($14 \pm 3,5$ %) — нормозооспермия, у 15 ($15 \pm 3,6$ %) — олигоастенозооспермия, у 79 ($79 \pm 4,1$ %) — астенозооспермия (рисунок 1).

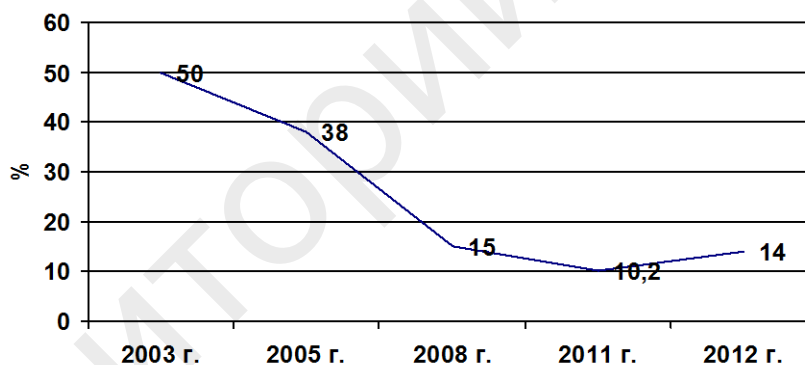


Рисунок 1 — Динамика нормальных спермограмм за последние 11 лет

Как видно из рисунка 1, за 10 лет наблюдения количество мужчин с нормальными спермограммами из бесплодных пар, обратившихся в урологический кабинет по лечению мужского бесплодия консультативно-диагностического отделения «Брак и семья», значительно сократилось с 50 % в 2003 г. до 10,2 % в 2011 г. В 2012 г. отмечается некоторое повышение количества нормальных спермограмм.

Таким образом, за период с 2003 по начало 2011 гг. отмечается значительное снижение показателей эякулята. Лишь в 2012 году наметился незначительный рост количества нормальных спермограмм. Данное исследование свидетельствует о снижении генеративной функции у мужчин и требует разработки и внедрения социально-экономических и медицинских мероприятий в общегосударственную программу, направленную на сохранение и восстановление репродуктивного здоровья мужчин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тер-Аванесов, Г. В. Андрологические аспекты бесплодного брака: практ. руководство // Г. В. Тер-Аванесов. — М., 2000. — 68 с.
2. Макрушин, Г. А. Динамика функциональных показателей эякулята жителей Кузбасса за 5 лет: материалы IV Всероссийского конгресса: «Мужское здоровье» / Г. А. Макрушин, Н. Н. Кузнецова, Е. В. Помешкин. — М., 2008. — 223 с.

УДК 618.1-089

**ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ
I ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КУРСКОГО ГОРОДСКОГО
КЛИНИЧЕСКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА**

Косинова Е. С., Рыбников В. Н., Сидоров Г. А.

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Курский государственный медицинский университет»
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

На протяжении последнего столетия хирургический подход в гинекологии стал одним из главнейших вопросов медицинской практики. Накопленный мировой опыт использования лапароскопического доступа для осуществления оперативных вмешательств на органах малого таза у женщин определил место лапароскопии как основной методики диагностики и лечения широкого спектра гинекологических заболеваний.

Большое количество гинекологических операций могут быть выполнены эндоскопическим доступом, существенно снижающим продолжительность госпитализации, утраты трудоспособности и не оставляющим косметических дефектов на теле после проведения операции. Учитывая тот факт, что лапароскопический доступ предполагает минимальную инвазивность вмешательства, требования к качеству послеоперационного периода при эндоскопических операциях, несомненно, выше, чем при использовании других хирургических доступов. Современное состояние техники позволяет применить лапароскопию как для диагностических целей, так и для оперативного вмешательства. Оперативная лапароскопия делает возможным лечение бесплодия, эндометриоза, кист яичников, миомы матки, внематочной беременности и др.

Цель

Разработка рекомендаций, направленных на дальнейшее совершенствование оперативной помощи женщинам на основе современных технологий.

Материалы и методы исследования

В ретроспективное исследование были включены 3342 женщины в возрасте от 15 до 72 лет (медиана $30 \pm 1,5$ лет), поступившие в I гинекологическое отделение КГКПЦ (Курский городской клинический перинатальный центр является основной базой кафедры акушерства и гинекологии Курского государственного медицинского университета в течение 25 лет, а также первым лечебно-профилактическим учреждением, в котором начали выполнять эндоскопические операции) в период с 2004 по 2011 гг. Исследовалась медицинская документация: выписки из историй болезни, протоколы операций. В отношении полученных данных проведена статистическая обработка с использованием программ Microsoft Office Excel и Biostat. Для оценки достоверности разности был использован расчет критерия Стьюдента.

Результаты исследования

В 2004 г. прооперировано эндоскопическим доступом 183 больных, что составило 29,3 % от общего числа прооперированных (862); 2005 г. — 38,6 % (296 из 772); 2006 г. — 36,6 % (262 женщины из 724 прооперированных); 2007 г. — 50,3 % (506 из 808); в 2008 г. — 57,9 % (507) пациенток были выполнены лапароскопические операции от общего числа (875); 2009 г. — 63,4 % (550) из 100 % (868). В 2010 г. прооперировано эндоскопическим доступом 494 больных, что составило 60,8 % от общего числа прооперированных (813), в 2011 г. — 62,7 % (544 из 862) женщин. Увеличилось количество малоинвазивных оперативных вмешательств, выполняемых как в плановом порядке (в 2004 г. — 27,6 %, 2011 г. — 49,9 %; $p < 0,05$), так и в практике оказания urgentной помощи: в 2004 г. — 33,9 % операций, в 2011 г. — 92,2 % ($p < 0,01$). Наиболее частые патологии в urgentной практике, при

которых были выполнены лапароскопические операции: эктопическая беременность (2004 г. — 51,4 %; 2011 г. — 98,9 %, $p < 0,05$), апоплексия яичника; в плановом порядке — кисты и опухоли яичников, бесплодие, миомы матки, эндометриоз, а так же лапароскопия с диагностической целью. Основную группу пациенток составили женщины в возрасте от 25 до 35 лет (77,1 %). Средний возраст больных с миомой матки $41 \pm 4,7$ лет, с аденомиозом — $53 \pm 5,1$ лет, с гиперпластическими процессами эндометрия — $59,5 \pm 2$ лет, патологией яичников — $28,7 \pm 3,4$ лет, с хроническим сальпингоофоритом — $32,7 \pm 3,2$ лет, страдающих бесплодием — $29,1 \pm 2,6$ лет, с апоплексией яичника — $32,4 \pm 3,3$ лет, с эктопической беременностью — $29,5 \pm 2,9$ лет; диагностическая лапароскопия в основном выполнялась больным в возрасте $31 \pm 1,8$ лет. По социальным группам пациентки распределились следующим образом: учащиеся — 11,4 %, рабочие — 17,3 %, служащие — 34,3 %, индивидуальные предприниматели — 12,7 %, рентьеры — 1,3 %, неработающие — 4,2 %, иждивенцы государственных и общественных учреждений — 5,8 %, пенсионеры — 13 %. 72,4 % больных на момент обращения за медицинской помощью находились в браке. Посещают женскую консультацию 2 раза в год лишь 17 % женщин, 1 раз в год — 71 % (причем в большинстве случаев при медико-профилактических осмотрах), менее 1 раза за год — 12 %. При этом четко выполняют рекомендации акушеров-гинекологов 81 % женщин. При исследовании данных анамнеза установлено, что время с момента заболевания до поступления в перинатальный центр у экстренных больных составило в 81,8 % случаев менее 12 ч, в 18,2 % — от 1 до 3 суток; у плановых больных: 1 месяц — 19,3 % случаев, 6 месяцев — 27,1 %, 1 год — 32,9 %, в 20,7 % случаев больше 1 года. 58,5 % пациенток поступают в I гинекологическое отделение по направлению акушера-гинеколога женской консультации в плановом порядке, 37,6 % с бригадой скорой медицинской помощи, 3,9 % женщин — самостоятельно (по экстренным показаниям). Больные, находившиеся на лечении в отделении в период с 2004 по 2011 г., в 76,7 % случаев являются жителями города Курска, 21,1 % — Курской области, 2,2 % женщин, обратившись за медицинской помощью в КГКПЦ проживают за ее пределами. При этом следует отметить, что ежегодно растет процент таких пациенток в связи с тем, что при наличии полиса ОМС застрахованные лица имеют право на выбор организации и врача в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Следовательно, можно предположить, что высокопрофессиональный коллектив и работа (в частности хирургическое лечение с применением малоинвазивных технологий, послеоперационная реабилитация, результаты, в том числе, отдаленные) I гинекологического отделения КГКПЦ пользуются заслуженным авторитетом и доверием среди женского населения.

Современное эндоскопическое оборудование, улучшение материальной базы, накопленный опыт высококвалифицированных врачей отделения и кафедры акушерства и гинекологии КГМУ позволили сократить время с момента поступления до оперативных вмешательств с использованием современных технологий при ургентных состояниях в среднем с 16,8 ч в 2004 г. до 4,9 ч в 2011 г. За период с 2004 по 2011 гг. при экстренных оперативных вмешательствах, выполненных лапароскопическим доступом, среднее пребывание больных на койке при эндоскопических операциях в 2 раза меньше, чем при лапаротомическом доступе ($p < 0,01$). Также мы выявили снижение показателей средних койко-дней при лапароскопических операциях в экстренном порядке с 4,6 в 2004 г. до 4,2 в 2011 г. Оперативное лечение плановых больных (выполнение лапароскопических операций) производилось в течение первых, максимум, вторых суток с момента поступления в стационар, полостным доступом — на 2–3 сутки. При сравнении продолжительности пребывания пациенток в стационаре отмечено уменьшение сроков пребывания за счет больных, у которых операции выполнены лапароскопическим доступом (2004 г. — 4,6 к/д, 2011 г. — 4,4 к/д).

Таким образом, продолжительность лечения после лапаротомических операций почти в 2 раза превышает сроки пребывания на койке пациентов после эндоскопических операций ($p < 0,05$).

Кроме того, при анализе показателей работы койки (количество прооперированных больных, занятость койки, оборот койки, среднее пребывание на койке) выявлено, что ко-

личество пациенток, прооперированных в гинекологическом отделении № 1 в период 2004–2011 гг., увеличилось с 624 в 2004 г. до 862 в 2011 г., также возросли занятость (310,5–339,5) и оборот койки (48,7–66,9), в то время как показатели среднего пребывания на койке уменьшились (5,8–4,1) за счет увеличения количества операций, выполненных эндоскопическим доступом.

Следовательно, материальные затраты при использовании малоинвазивных технологий также в 2 раза меньше по сравнению с затратами при использовании абдоминального доступа в связи с вдвое меньшим пребыванием пациенток в гинекологическом стационаре, при лечении которых использовались эндоскопические методы, что объясняет и экономическую выгоду в использовании лапароскопических методов диагностики и лечения.

При анализе частоты послеоперационных осложнений за исследуемый период было выявлено их снижение с 1,67 % в 2004 г. до 0,11 % в 2011 г. Широкое применение современных технологий также позволило расширить объем оперативных вмешательств до пангистерэктомий, которых в 2011 г. было выполнено лапароскопическим доступом 36.

Практические рекомендации. Лапароскопические операции требуют правильной организации работы гинекологического отделения, специальной подготовки врача и, чем выше его профессионализм, тем меньше возможность возникновения характерных для лапароскопии осложнений, тем больший объем оперативных вмешательств может быть проведен. Таким образом, результаты работы свидетельствуют о целесообразности использования лапароскопического доступа при гинекологических операциях и о необходимости внедрения этого метода в широкую сеть гинекологических учреждений в связи с малой травматичностью лапароскопических операций, проявляющейся в виде кратковременности оперативного вмешательства, уменьшения сроков пребывания в стационаре, снижения кровопотери, послеоперационных болей, быстрого восстановления физиологических функций, трудоспособности. Велика также экономическая целесообразность применения эндоскопических технологий. Хотя стоимость операции выше, лечение оказывается более рентабельным за счет экономии медикаментов, уменьшения госпитального периода и сроков реабилитации пациенток. Акушерам-гинекологам женских консультаций рекомендуется проводить санитарно-просветительские мероприятия среди женского населения различных возрастных и социальных групп в виде индивидуальных и групповых разъяснительных бесед, выпустить тематические печатные и электронные материалы для распространения о репродуктивном здоровье, медицинской активности, современных методах диагностики и лечения, их преимуществах.

УДК 616.89 - 008.441.13 + 343.225.3]:336.532.1(476)

ОЦЕНКА ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Кралько А. А., Медведев А. С., Харузина Е. С.

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

г. Минск, Республика Беларусь

Высокий уровень распространенности потребления алкоголя является одной из наиболее негативных тенденций последнего времени. Алкоголь признан третьей ведущей причиной болезней и преждевременной смерти во всем мире после низкой массы тела при рождении и небезопасного секса, опережая в этом отношении табак. Внешние негативные последствия и материальный ущерб от вредного употребления алкоголя значительно существеннее, чем от курения, и намного превышают негативные последствия и издержки, связанные с употреблением запрещенных наркотиков. В большинстве стран мира зависимость от алкоголя встречается в настоящее время значительно чаще других наркологических заболеваний.

Кроме ущерба, наносимого физическому и нравственному здоровью населения, последствия употребления алкоголя в стране сопряжены с огромными потерями экономиче-

ского характера (экономическая стоимость бремени алкоголизма), но вследствие своей многофакторности, трудноизмеримы. Экономическое бремя алкоголизма представляет собой очень значимую проблему не только для Республики Беларусь, но и для большинства стран мира. Согласно оценкам ВОЗ, связанные с алкоголизмом расходы для общества составляют 2–5 % ВВП. Эти цифры представляют собой минимальную оценку ущерба, поскольку учитывают лишь прямые издержки, вызванные алкоголизмом, и не учитывают негативное воздействие чрезмерного употребления алкогольных напитков на все общество. Рядом исследований было показано, что из года в год в различных странах экономическая стоимость алкоголизма растет, алкоголизм съедает миллиардные суммы.

В соответствии с международными рекомендациями, где учитываются как прямые, так и косвенные издержки, с учетом полученных данных о затратах по отдельным статьям в Республике Беларусь и на основании расчетов, опубликованных в доступной научной и популярной печати нами были рассчитаны совокупные экономические потери от потребления алкоголя в стране в 2012 г., которые складывались из прямых и косвенных затрат.

В первую очередь к прямым затратам мы отнесли затраты на организацию и функционирование наркологической службы, которая занимается диагностикой, лечением и реабилитацией всех видов зависимостей. До 90 % расходов времени персонала связаны с оказанием помощи пациентам злоупотребляющим алкоголем. Поэтому эту часть затрат можно оценить как процент от общей суммы на содержание наркологической службы в стране и определить на основе расчета доли пациентов с алкогольной зависимостью от всех наблюдаемых пациентов (состоящих на учете). В 2012 г. затраты на оказание наркологических услуг населению на бюджетной основе составили не менее 125 млрд рублей.

Затраты на реализацию Государственной программы национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011–2015 гг. (далее — программа) рассчитывались по фактическому освоению выделенных средств на реализацию мероприятий программы и в 2012 г. составили 6 862,7 млн рублей.

Расходы организаций здравоохранения на группу металкогольных заболеваний по диагностике, лечению, профилактике и реабилитации составят сумму прямых затрат. Однако эта группа затрат не представлена в полной мере в статистических базах. Сумма расходов организаций здравоохранения на группу металкогольных заболеваний по диагностике, лечению, профилактике и реабилитации, согласно данным ВОЗ, составляет в ряде стран до 40 % всех ассигнований на здравоохранение. Если применить этот расчет на наш бюджет — то это как минимум 3600 млрд рублей.

Также рассчитывались затраты, связанные с имущественным и социальным ущербом вследствие пьянства и алкоголизма, в том числе, экономические потери вследствие ДТП, травм, убийств, самоубийств, порчи и уничтожения имущества, содержанием части системы исполнения наказаний, ЛТП, вытрезвителей. При помощи данных показателей удастся количественно измерить долю происшествий по причине острого и хронического употребления алкоголя и рассчитать ущерб от этих происшествий. По данным Министерства внутренних дел в 2012 г. примерно 20 % всех преступлений были совершены в состоянии алкогольного опьянения, 14 % всех ДТП совершены лицами, находящимися в состоянии алкогольного опьянения. Расходы МВД на содержание лечебно-трудовых профилакториев составили не менее 23,5 млрд рублей, расходы на содержание вытрезвителей — не менее 16 млрд руб. Расходы консолидированного бюджета в 2012 г. по статьям: «Правоохранительная деятельность и обеспечение безопасности», «Органы внутренних дел», «Органы судебной власти» — не менее 8000 млрд рублей. Таким образом, расходы правоохранительных органов, связанные с пьянством составили 2720 млрд рублей. Затраты вследствие пожаров, случившихся по вине лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, по данным Министерства чрезвычайных ситуаций, составили в 2012 г. не менее 10 млрд рублей.

Далее рассмотрим косвенные затраты, которые в первую очередь обусловлены экономическими потерями в связи с преждевременной смертностью и нетрудоспособностью вследствие алкоголизма.

На основании оценки стоимости года человеческой жизни и количества утеранных лет жизни вследствие заболеваний, связанных со злоупотреблением алкоголем можно оценить стоимость косвенного ущерба или недополученного обществом дохода вследствие злоупотребления алкоголем в стране. В 2012 г. число лиц, снятых с наркологического учета в связи со смертью составило почти 5000 человек, а ВВП на душу населения в 2012 г. — 55 722,4 тыс. рублей, в результате ущерб составил 278,6 млрд рублей.

На основании оценки стоимости года человеческой жизни и количества утеранных лет жизни вследствие заболеваний, связанных со злоупотреблением алкоголем, можно оценить стоимость косвенного ущерба, или другими словами, недополученного обществом дохода вследствие металкогольных заболеваний. Число лет жизни, потерянных вследствие заболеваний, связанных со злоупотреблением алкоголем, в 2012 г. составило 66102 года (6,86 лет × 9650). В связи с тем, что у нас в стране нет разработанных критериев оценки стоимости человеческой жизни, воспользуемся цифрой ВВП на душу населения в 2012 г., которая составила 55 722,4 тыс. рублей. Таким образом, стоимость потерянных лет жизни вследствие причин, связанных со злоупотреблением алкоголем в 2012 г. составила 3683,3 млрд рублей (66102 года × 55 722,4 тыс. руб.).

Министерством труда и социальной защиты Республики Беларусь, органами по труду, занятости и социальной защите в 2012 г. малообеспеченным гражданам и семьям, в том числе неблагополучным семьям, оказывалась государственная адресная социальная помощь (далее — ГАСП), гуманитарная и другие виды социальной помощи. По итогам 2012 г. ГАСП назначена 281,9 тыс. человек на общую сумму 411,6 млрд рублей. При этом, неблагополучным семьям помощь назначена в натуральной форме (продукты питания, одежда, обувь, школьные принадлежности и др. предметы первой необходимости) на сумму около 1,6 млрд рублей.

В 2012 г. белорусы потратили на спиртное 18,8 трлн рублей, что составляет чуть более 10 % общего объема розничного товарооборота. Результаты расчетов свидетельствуют, что в Беларуси один человек, постоянно употребляющий алкоголь, в год в среднем тратит более 6,5 млн рублей или 550 тыс. ежемесячно.

Кроме прямых затрат на покупку спиртного существует множество косвенных и альтернативных издержек. К ним относится то, что можно было бы приобрести на деньги, потраченные на алкоголь, а именно:

- упущенные проценты по вкладам, если бы деньги были размещены в банк;
- количество посещений мест проведения досуга, если бы деньги были потрачены на билеты в кинотеатры, театры, музеи;
- товары длительного пользования, которые можно было бы купить;
- упущенный эффект от оздоровления, если бы деньги были потрачены на оздоровление;
- упущенные выгоды, связанные с получением образования, если бы деньги были потрачены на платное обучение.

Из-за отсутствия ряда статистических данных указанные альтернативные издержки не рассчитывались.

Таким образом, уровень затрат, связанных с пьянством и алкоголизмом, в 2012 г. составил 5,6 % от ВВП, в то время как доходы, полученные за счет реализации алкогольной продукции, в том же году составили 2,8 % от ВВП. Последствия употребления алкоголя приносят большие общие экономические потери хозяйству республики — примерно 29 трлн рублей в год. Расходы белорусов на алкоголь почти в четыре раза превысили расходы на покупку лекарств, и почти в три раза — расходы на покупку верхней одежды и обуви. Сумма, потраченная на алкоголь, вполне сопоставима с инвестициями в жилищное строительство, которые в 2012 г. составили 21,5 трлн рублей.

Следует отметить, что приведенные данные о затратах полностью не отражают реальной картины, так как многообразие прямых и косвенных экономических потерь от пьянства создает большие трудности в количественном подсчете их размеров, как носителей экономической информации. В настоящее время методика подсчета экономических потерь от пьянства и алкоголизма разработана недостаточно полно, отсутствуют в достаточном количестве глубокие аналитические материалы и исследования, раскрывающие влияние алкогольного потребления на экономику, семью, воспитание подрастающего поколения, общественный правопорядок.

УДК 614.23:331.102.32:303.621.34

**ОЦЕНКА СЛОЖНОСТИ, ОТВЕТСТВЕННОСТИ И НАПРЯЖЕННОСТИ ТРУДА ВРАЧЕЙ,
ЗАНИМАЮЩИХ РАЗЛИЧНЫЕ ДОЛЖНОСТИ, ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ**

Кульпанович О. А., Щавелева М. В., Калинина Т. В.

**Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь**

В Республике Беларусь сложилась четкая система определения напряженности труда специалистов, занятых в различных отраслях экономики. В основе этой системы лежит ряд нормативных документов, принятых на уровне правительства (как пример — постановление совмина от 22.02.2008 № 253 «об аттестации рабочих мест по условиям труда»), а также отдельных министерств: министерства труда и соцзащиты, министерства здравоохранения.

Вместе с тем, наличие системы аттестации, о которой нами сказано выше, не исключает и других методов оценки напряженности труда. В частности, с применением анкетирования специалистов, занятых в той же отрасли экономики. Это объясняется целым рядом причин: процедура аттестации затрагивает рабочие места. Работник, занятый трудовой деятельностью именно на том месте, где аттестацией определен вредный уровень напряженности, получает соответствующие доплаты. Однако вредный уровень напряженности труда определяется не на каждом рабочем месте у лиц, занимающих одинаковую (по номенклатуре) должность. В то же время в основу оплаты труда специалистов бюджетной сферы положена тарифная сетка, призванная определить правильные соотношения между оплатой труда и квалификационным уровнем работников. Таким образом, аттестация рабочих мест по условиям труда данную проблему не решает.

В этой связи нами проанализировано мнение 44 респондентов (врачей различных специальностей) относительно сложности, ответственности и напряженности труда врачей, занимающих различные должности. Перечень врачебных должностей, относительно которых проводилось анкетирование, определен постановлением министерства здравоохранения республики Беларусь от 22.12.2010 № 175 «о требованиях к занятию должностей руководителей, врачей-специалистов, провизоров-специалистов». Все 89 врачебных должностей сгруппированы данным постановлением по 7 профилям специальностей: терапевтический, педиатрический, хирургический, медико-профилактический, медико-диагностический, стоматологический организационный. Респондентам было предложено дать оценку сложности, ответственности и напряженности труда по всем врачебным должностям.

В 5 анкетах (11,4 % от числа опрошенных), труд всех специалистов (врачи), занятых в здравоохранении, оценен как максимально сложный, ответственный и напряженный.

В то же время безусловно, (на 100 %, т. е. всеми лицами, принявшими участие в опросе) как максимально сложный, ответственный и напряженный оценен труд специалистов, работающих на 2-х должностях: кардиохирурга и нейрохирурга.

При оценке труда других специалистов мнения опрошенных разделились.

Исходя из профиля медицинской специальности как максимально сложный, ответственный и напряженный оценивался при анкетировании труд специалистов хирургического профиля (68,18 % лиц, участвующих в опросе, дали максимальную оценку). Далее по перечню следовали специалисты педиатрического профиля (как максимально сложный, ответственный и напряженный этот труд оценило 54,54 % респондентов); стоматологического (50,0 %); терапевтического (34,09 %); медико-диагностического (27,27 %); медико-профилактического (25 %). Замыкают данный перечень врачи организационного профиля: врач-валеолог, врач-методист и врач-статистик. Их труд как максимально сложный, ответственный и напряженный оценило только 20,45 % респондентов.

При этом почти в каждом профиле медицинской специальности имеются должности, получающие оценку сложности, ответственности и напряженности труда, отличающуюся

от среднегрупповых. Особенно это выражено в группах специальностей терапевтического и хирургического профилей.

В группе специалистов терапевтического профиля к минимально сложному, ответственному и напряженному труду (или как к простому труду) отнесены следующие должности. Врач-косметолог и врач лечебной физкультуры (20,4 % лиц, участвующих в опросе, дали максимальную оценку сложности, ответственности и напряженности их труда; 56,8 % — минимальную); аналогичная ситуация наблюдается при оценке труда врача спортивной медицины. В то же время труд врача скорой медицинской помощи (тоже терапевтический профиль) как максимально сложный, ответственный и напряженный оценило 86,3 % респондентов; никто из респондентов не отнес труд врача скорой медицинской помощи к минимально сложному, ответственному и напряженному.

В группе специалистов хирургического профиля к минимально сложному, ответственному и напряженному труду отнесен труд врача-фониатра (40,9 % опрошенных не считали этот труд напряженным...).

Выводы

1. Полученные в ходе анкетирования данные позволяют распределить профили врачей-специалистов по мере нарастания сложности, ответственности и напряженности труда следующим образом: организационный; медико-профилактический; медико-диагностический; терапевтический, стоматологический, педиатрический, хирургический.

2. Анкетируемыми по-разному оценивается сложность, ответственность и напряженность труда врачей, занятых на должностях терапевтического и хирургического профилей специальностей.

УДК 618.3 - 07; 21.3

ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ

Кухарчик Ю. В., Гутикова Л. В.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Демографическая безопасность является одной из актуальных проблем национальной политики государства. Она неразрывно связана с созданием благоприятных условий для реализации генетического потенциала семьи и укрепления репродуктивного здоровья нации. При этом особенно актуально не только сохранение, но и физиологическое развитие каждой беременности. Известно, что самой частой причиной осложнений беременности в I триместре является преждевременное ее прерывание, приводящее к снижению рождаемости и росту заболеваний матери и ребенка. Обширные и многоплановые исследования во всем мире, направленные на изучение этиологии и патогенеза невынашивания беременности, разработку эффективных превентивных и терапевтических мероприятий, не позволяют с уверенностью считать эту проблему решенной. Ежегодно в мире каждая пятая желанная беременность завершается самопроизвольным абортom, причем в большинстве случаев (от 45 до 88,6 %) беременность прекращает свое развитие в ранних сроках [1, 2, 3]. Это связано прежде всего с генетическими, гормональными расстройствами, инфекционными, тромбофилическими или иммунопатологическими причинами. Однако в клинической практике генез НБ остается неустановленным у каждой третьей женщины [2].

Несмотря на большое количество причин, приводящих к НБ, действие их на конечном этапе реализуется посредством многовекторных метаболических взаимодействий на уровне центральной нервной системы. При этом важнейшую роль играют биогенные амины, которые являются природными регуляторами и модификаторами биологических реакций организма. Однако вопрос о роли серотонинергической системы в инициации каскада биохимиче-

ских реакций, приводящих к нарушению протекания гестационного процесса, окончательно не решен, хотя известно, что биогенные амины координируют гипоталамическую регуляцию гормональной функции гипофиза, контролируя секрецию гормонов его передней доли, а также осуществляет паракринную регуляцию сократимости матки и сосудистого тонуса.

До настоящего времени не разработаны критерии ранней диагностики угрозы прерывания беременности, основанные на изменениях содержания биогенных аминов и их предшественников. Кроме того, не уточнена степень взаимосвязи этих соединений с гормонально-метаболическими процессами, определяющими течение беременности.

По данным одних авторов, повышение в плазме крови женщин уровня предшественника серотонина — триптофана — приводит к снижению агрегации тромбоцитов в I триместре беременности, способствуя сохранению беременности [3]. По данным других авторов, серотонин повышает функциональную активность тромбоцитов и их склонность к образованию тромбов, а возникающая при этом тромбоцитарная дисфункция потенцирует вазоконстрикцию, нарушение реологических и коагуляционных свойств крови с развитием тканевой гипоксии, являющейся триггером невынашивания беременности [4].

Кроме того, активацию свертывающей системы и усиленное тромбообразование могут провоцировать активные радикалы кислорода, запуская процесс перекисного окисления липидов. Вместе с тем в литературе не представлено данных об участии прооксидантно-антиоксидантной системы в регуляторной иерархии гестационного процесса, хотя имеются сведения, что продукты перекисного окисления липидов являются основной причиной деструкции клеточных мембран и, следовательно, могут быть повреждающим фактором средства рецепторов к гормонам и медиаторам, а снижение концентрации антиоксидантов на этом фоне способно приводить к срыву системы адаптации организма женщины к беременности [5].

На основании полученных нами данных по оценке биогенного и гормонального гомеостаза разработана схема профилактического превентивного лечения, включающая прием в течение 10 дней фолиевой кислоты, магния лактата с пиридоксином и биологически активной добавки, содержащей янтарную и аскорбиновую кислоты. Произведена оценка уровней триптофана, серотонина и прогестерона на фоне приема описанных выше лекарственных средств.

В результате анализа полученных данных нами установлено, что после курса профилактического превентивного лечения отмечается повышение концентрации триптофана в 1,1 раза, серотонина в 1,8 раза, прогестерона в 1,1 раза, чем у женщин не получавших лечения. Для оценки статистической значимости концентраций триптофана, серотонина и прогестерона, полученных до и после проведенной профилактической превентивной терапии, вычисляли критерий Wilcoxon. Получены значения $p < 0,05$ для уровня содержания в плазме крови триптофана и серотонина, что позволяет судить о достоверном увеличении определяемых показателей у обследованных женщин.

Мы считаем, что увеличение концентрации исследуемых показателей обусловило положительные результаты проведенной терапии и благоприятное течение беременности у 90 % пролеченных женщин. У двух пролеченных по нашей схеме женщин течение беременности в сроке 12–13 недель осложнилось клиникой угрозы прерывания, потребовавшей проведения повторной коррекции, после проведения которой беременность у этих женщин протекала без осложнений. При сопоставлении этих клинических характеристик с пациентками не получавшими лечение, мы обнаружили, что течение второго и третьего триместров осложнилось угрозой прерывания беременности в этой группе в 27,1 % случаев, а именно встречалось в 2,7 раза чаще, чем у женщин в группе без лечения.

Кроме того, после проведенного курса профилактического превентивного лечения отмечается повышение концентрации триптофана в 1,2 раза и серотонина в 1,8 раза в плазме крови и прогестерона в 1,3 раза в сыворотке крови в сравнении с аналогичными показателями в группе женщин, не получавших лечение ($p < 0,05$).

Эффективность разработанной нами терапии подтверждается минимизацией осложнений и патологических состояний у обследованных пациенток. Так, после курса проведенной профилактической превентивной терапии нами выявлено, что течение гестацион-

ного процесса у всех женщин третьей подгруппы во II и III триместрах протекало без осложнений, причем все роды у этих женщин были срочными. Только 1 пациентка родоразрешена путем операции кесарева сечения (показание — миопия высокой степени обоих глаз). Следует отметить, что среди осложнений в родах у обследованных женщин с приемом комплекса препаратов профилактической превентивной терапии отмечены такие осложнения, как преждевременное излитие околоплодных вод и первичная слабость родовой деятельности (у двух пациенток).

Физическое развитие новорожденных от женщин после проведенного курса профилактической превентивной терапии не имело достоверных различий по сравнению с детьми, родившимися от пациенток, не получавших лечение ($p > 0,05$). Следовательно, разработанная нами профилактическая превентивная терапия способствовала гармоничному развитию плода. Кроме того, оценка по шкале Апгар новорожденных от женщин, прошедших курс профилактической превентивной терапии, характеризовалась более высокими показателями (на 4–7 %) по сравнению с новорожденными обследованных групп контроля и составила на первой минуте $8,96 \pm 0,48$ баллов, а на пятой минуте — $9,26 \pm 0,13$ баллов. Следует отметить, что у новорожденных от женщин, получавших профилактическое превентивное лечение, асфиксия и патологические синдромы со стороны центральной нервной системы не были выявлены.

По нашим данным, клиническая эффективность разработанных нами методов коррекции угрозы самопроизвольного прерывания беременности ранних сроков составила 90 %, что объясняется патогенетической направленностью действия препаратов, включенных в схемы терапии.

Следовательно, своевременно проведенный комплекс профилактических мероприятий способствует не только пролонгированию беременности, но и неосложненному течению гестационного процесса, что в последующем дает возможность сохранить желанную беременность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасимович, Г. И. Оценка влияния образа жизни на репродуктивное здоровье / Г. И. Герасимович, С. М. Стасевич // Репродуктивное здоровье в Беларуси. — 2009. — № 1. — С. 24–29.
2. Пересада, О. А. Невынашивание беременности: диагностика, профилактика, лечение и реабилитация / О. А. Пересада // Искусство медицины. — 2008. — № 7. — С. 33–52.
3. Яцук, А. Г. Состояние сосудисто-тромбоцитарного гемостаза при беременности: признаки нормы и патологии / А. Г. Яцук, А. В. Масленников, И. Р. Тимершина // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2010. — № 4. — С. 17–19.
4. Choi, M. Immunohistochemical localisation of the serotonin 5-HT_{2B} receptor in mouse gut, cardiovascular system and, brain / M. Choi // FEBS Lett. — 1996. — Vol. 391. — P. 45.
5. Role of increased production of superoxide anions by NAD(P)H oxides and xanthine oxidase in prolonged endotoxemia / R. P. Brandes [et al.] // Hypertension. — 1999. — Vol. 33, № 5. — P. 1243–1249.

УДК 613.955

ВЛИЯНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО РЕЖИМА НА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ШКОЛЬНИКОВ

Лабодаева Ж. П., Болдина Н. А., Бобок Н. В.

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

Введение

Состояние здоровья школьников, одной из наиболее уязвимых социальных групп, — актуальная медико-гигиеническая проблема, ибо постоянная интенсификация учебного процесса требует оптимального функционирования организма и устойчивости механизмов адаптации к влиянию окружающей среды.

Ухудшению функционального состояния и здоровья детей и подростков способствует дефицит суточной двигательной активности, приводящей к нарушению биологических потребностей растущего организма в движении.

Одним из средств укрепления здоровья, повышения адаптационных возможностей является физическое воспитание, адекватное состоянию здоровья, возрасту, полу, физической подготовленности.

Цель

Изучение влияния экспериментального двигательного режима на морфофункциональное состояние учащихся 3–6 классов учреждения общего среднего образования г. Минска.

Материалы и методы исследования

Оценка эффективности физкультурно-оздоровительного режима проведена в динамике 3-х лет обучения (с 3-го по 6-й классы). Лонгитудинальному наблюдению подлежали 67 человек (35 мальчиков и 32 девочки).

Особенности предлагаемого двигательного режима заключались в:

- увеличении объема физической нагрузки по сравнению с традиционными программами физического воспитания (4 урока физической культуры в неделю);
- дифференцированном физическом воспитании в зависимости от половой принадлежности (с 1-го класса разные программы и отдельные занятия физической культурой для мальчиков и девочек);
- постоянном врачебном контроле за физической нагрузкой учащихся.

Программа исследований базировалась на изучении морфофункционального состояния основных систем организма. Антропометрические и физиометрические показатели оценивали по длине, массе тела, жизненной емкости легких, мышечной силе рук.

Физическое развитие, являясь одним из важнейших показателей состояния здоровья, зависит от условий жизни, воспитания и служит объективным критерием эффективности оздоровительных мероприятий.

Анализ влияния экспериментального двигательного режима на физическое развитие школьников позволяет отметить, что количество детей с гармоничным физическим развитием от 3-го к 6-му классу существенно не изменилось и составило 66 %. Однако с 11 до 22,2 % увеличилось число учащихся с дефицитом массы тела и с 23 до 13,3 % уменьшилось количество школьников с избытком массы тела.

Изучение динамики физического развития с гендерных позиций свидетельствует о наличии полового диморфизма в протекании изучаемого процесса. К 3-му году наблюдения гармоничное физическое развитие отмечено у 42,8 % девочек. За 3 года количество школьниц с избытком массы тела увеличилось на 4,8 %, а с дефицитом массы — на 28,6 %. У 9,5 % школьниц, имеющих избыточную массу, произошла гармонизация физического развития за счет снижения веса. Остались с дисгармоничным физическим развитием за счет избытка массы 9,5 %, за счет дефицита массы — 4,8 % учениц.

К 6-му классу гармоничное физическое развитие имели 66,6 % мальчиков. В ходе трехлетних наблюдений отмечено увеличение на 11,1 % количества учащихся с дефицитом массы. Численность учеников с избытком массы тела не изменилась. Улучшение физического развития за счет снижения избыточной массы тела отмечено у 5,6 % школьников. К 6-му классу дисгармоничное физическое развитие за счет избытка массы тела имели 11,3 %, дефицита массы — 5,6 % мальчиков. Таким образом, использование экспериментального двигательного режима в течение 3-х лет обучения привело к положительной динамике физического развития у 52,3 % девочек и 72,2 % мальчиков.

Влияние предложенной программы физического воспитания на степень развития мускулатуры учащихся изучалось с помощью определения мышечной силы кистей рук (динамометрии). В 3-м классе мышечная сила соответствовала возрастному-половому стандарту у 92 и отставала у 8 % обследованных.

К 6-му году обучения наблюдалось увеличение до 96,0 % количества обследуемых с мышечной силой, соответствующей возрастным нормативам, и на 4 % уменьшилось число учащихся с низкими показателями мышечной силы.

Следует отметить, что экспериментальный двигательный режим оказывает более выраженное тренирующее воздействие на степень развития мышечной силы девочек. Так,

в 3-м классе показатель мышечной силы соответствовал возрастным нормативам у 91,7 % и отставал у 8,3 % школьников соответственно. К 6-му классу все ученицы имели мышечную силу, соответствующую возрастным нормативам.

Тренирующее воздействие экспериментально-двигательного режима на организм мальчиков менее выражено. В 3-м классе мышечную силу, соответствующую возрастным нормативам, имели 92,3 %, ниже — 7,7 % учеников. К 6-му классу количество мальчиков с мышечной силой, соответствующей возрастным нормативам, достигло 91,9 %, и отставанием — 7,3 %.

Исследование мышечной силы в ходе учебного и календарного годов позволили выявить ее положительную динамику в течение учебного года (от осени к весне) более выраженную у девочек и отсутствие изменений в период летних каникул (от весны к осени). Вероятно, регулярные занятия физической культурой в учебном процессе и их отсутствие в летнее время приводит к выше указанным проявлениям.

Одним из ведущих критериев оздоровительного эффекта физического воспитания является увеличение резервных возможностей организма. Функциональные особенности дыхательной системы отражает жизненная емкость легких. В динамике 3-х лет наблюдения отмечено увеличение показаний жизненной емкости легких как у мальчиков, так и у девочек. В 3-м классе жизненная емкость легких соответствовала возрастным нормативам у 44,4 %, и была ниже нормативов у 55,6 % детей. К 6-му классу у 92,2 % обследуемых жизненная емкость легких соответствовала возрастным нормативам и 9,8 % учащихся имели жизненную емкость легких ниже возрастных нормативов. Анализ жизненной емкости легких в зависимости от пола позволяет отметить равнозначное увеличение изучаемого показателя как у мальчиков, так и у девочек в ходе 3-летнего применения экспериментально-двигательного режима.

Заключение

Таким образом, расширение диапазона двигательных возможностей детей школьного возраста, формирование потребности в самостоятельном использовании движений в целях сохранения и укрепления здоровья, являясь долгосрочной программой оптимизации физического воспитания, приводит к улучшению морфологического статуса и увеличению функциональных резервов организма школьников.

УДК

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЙ БАЗЫ В ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Лопатина А. Л., Цецохо А. В.

**Палата представителей Национального собрания Республики Беларусь
г. Минск, Республика Беларусь**

Анализ состояния здоровья населения и деятельности здравоохранения ставит перед отраслью все новые проблемы и задачи, главной целью которых было и остается улучшение здоровья населения, снижение заболеваемости, смертности, увеличение продолжительности жизни на основе дальнейшего повышения качества и доступности медицинской помощи населению, усиление профилактической направленности при широком вовлечении населения в формирование здорового образа жизни.

Немаловажное значение в эффективном развитии системы здравоохранения имеет законодательная база. От ее состояния во многом зависит работа всей отрасли, реальное наполнение конституционного права граждан на охрану здоровья, доступность медицинской помощи и лекарственного обеспечения.

В настоящее время на рассмотрение парламентариев на четвертой сессии Палаты представителей Национального собрания Республики Беларусь пятого созыва Постоянная комиссия по здравоохранению, физической культуре, семейной и молодежной политике планирует представить 3 законопроекта.

Проект Закона Республики Беларусь «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» (второе чтение).

Разработка законопроекта обусловлена необходимостью совершенствования отдельных норм Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» с учетом практики его применения.

Так, законопроектом предлагается:

— дополнить Закон статьей 181 «Медицинская профилактика заболеваний», статьей 182 «Диспансеризация населения», статьей 321 «Виды медицинских экспертиз», статьей 341 «Медицинское освидетельствование», статьей 391 «Обращение медицинских изделий. Государственный контроль за качеством медицинских изделий и их обращением», статьей 631 «Меры по охране здоровья населения»;

— изложить в новой редакции статью 16 Закона о видах, формах и условиях оказания медицинской помощи, статью 19 Закона об изменении и коррекции половой принадлежности, статьи 26 и 27 Закона о порядке проведения стерилизации и искусственного прерывания беременности, статью 36 Закона о судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизах, статью 38 Закона о порядке обеспечения граждан Республики Беларусь лекарственными средствами и медицинскими изделиями, статью 39 Закона о ввозе, вывозе, реализации, медицинском применении, хранении, возврате производителю или поставщику, уничтожении лекарственных средств, а также о государственном контроле за производством, хранением, реализацией и качеством лекарственных средств, статью 64 Закона о возмещении организациям здравоохранения, иным организациям и индивидуальным предпринимателям расходов на оказание медицинской помощи;

— внести изменения и дополнения в другие статьи Закона.

В частности, в соответствии с предлагаемым законопроектом изменениями и дополнениями:

— уточняется порядок организации оказания медицинской помощи;

— закрепляются новые виды оказания медицинской помощи, такие как высокотехнологическая, медико-социальная и паллиативная медицинская помощь;

— расширяется перечень условий оказания медицинской помощи. Помимо установленных действующим Законом амбулаторных и стационарных условий предусматривается оказание медицинской помощи в условиях отделений дневного пребывания и вне организаций здравоохранения;

— предусматривается создание в организациях здравоохранения врачебно-консультационных комиссий для решения наиболее сложных и спорных вопросов при оказании медицинской помощи;

— определяются способы осуществления медицинской профилактики заболеваний;

— конкретизируются положения, касающиеся изменения и коррекции половой принадлежности;

— ужесточаются возрастные требования к пациентам, желающим провести стерилизацию;

— устанавливается обязанность организаций здравоохранения по созданию условий для преабортного психологического консультирования женщин, обратившихся за проведением искусственного прерывания беременности;

— закрепляется право врача-специалиста на отказ от проведения искусственного прерывания беременности, если такой отказ непосредственно не угрожает жизни и (или) здоровью женщины, а также обязанность руководителя организации здравоохранения, получившего письменное уведомление врача-специалиста об отказе от проведения искусственного прерывания беременности, организовать женщине проведение искусственного прерывания беременности другим врачом-специалистом;

— определяются виды медицинских экспертиз, такие как экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная экспертиза, медицинское освидетельствование, военно-врачебная экспертиза, судебно-медицинская экспертиза, судебно-психиатрическая экспертиза, независимая медицинская экспертиза и иные виды медицинских экспертиз, проводимые в соответствии с законодательством Республики Беларусь;

— вводится понятие Республиканского формуляра лекарственных средств и закрепляется требование о необходимости его использования при обеспечении граждан лекарственными средствами при оказании им медицинской помощи за счет средств республиканского и (или) местных бюджетов;

— расширяется перечень случаев предоставления информации, составляющей врачебную тайну, без согласия пациента;

— определяются меры по охране здоровья населения и закрепляется требование о необходимости их осуществления в пределах своей компетенции республиканскими органами государственного управления, местными исполнительными и распорядительными органами, иными органами, общественными объединениями, юридическими и физическими лицами, в том числе индивидуальными предпринимателями;

— предусматривается обязанность юридических и физических лиц, в том числе индивидуальных предпринимателей, причинивших своими противоправными действиями вред здоровью граждан Республики Беларусь, иностранных граждан и лиц без гражданства, а также в иных случаях, предусмотренных законодательными актами, возмещать организациям здравоохранения, иным организациям и индивидуальным предпринимателям расходы на оказание пострадавшим медицинской помощи.

Проект Закона Республики Беларусь «О внесении дополнений и изменений в некоторые законы Республики Беларусь по вопросам донорства крови и ее компонентов» (второе чтение).

Законопроект разработан в соответствии с пунктом 1 плана подготовки законопроектов на 2013 год, утвержденного Указом Президента Республики Беларусь от 3 января 2013 г. № 1, в целях обеспечения системного и согласованного правового регулирования вопросов, связанных с донорством крови и ее компонентов.

Проект Закона предусматривает внесение изменений и дополнений в законы Республики Беларусь «О пенсионном обеспечении военнослужащих, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, Следственного комитета Республики Беларусь, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям и органов финансовых расследований» и «О донорстве крови и ее компонентов».

Законопроектом, в частности, предлагается:

— конкретизировать гарантии, предоставляемые донорам крови и ее компонентов, в случае сдачи крови, ее компонентов во время трудового отпуска (отпуска, предоставляемого военнослужащим, лицам начальствующего и рядового состава), в государственные праздники и праздничные дни, установленные и объявленные Президентом Республики Беларусь нерабочими, в выходные дни или после рабочего дня;

— установить обязанность донора крови, ее компонентов предупредить нанимателя о дате медицинского осмотра, выполнения донорской функции, использования дней отдыха и обязанность нанимателя беспрепятственно отпускать работника для медицинского осмотра и выполнения донорской функции;

— создать Единую базу данных донорства крови, ее компонентов, содержащую информацию о личностях донора и реципиента, посттрансфузионных реакциях и осложнениях, об объеме и запасах заготовленной крови, ее компонентов, о лицах, у которых выявлены медицинские противопоказания для сдачи крови, ее компонентов и иную необходимую информацию.

Наряду с этим проектом Закона предполагается внесение дополнений, направленных на пропаганду выполнения донорской функции на безвозмездной основе.

Кроме того, законопроектом предлагается правовые нормы Закона Республики Беларусь «О донорстве крови и ее компонентов» привести в соответствие с положениями Указа Президента Республики Беларусь от 16 февраля 2012 г. № 62 «Об учреждении официальных геральдических символов Министерства здравоохранения» в части наименования нагрудного знака отличия Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Ганаровы донар Рэспублікі Беларусь».

Проект Закона Республики Беларусь «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О лекарственных средствах» (первое чтение).

Законопроект разработан в целях совершенствования положений Закона Республики Беларусь «О лекарственных средствах» с учетом практики его применения.

Проектом Закона предлагается:

- дополнить Закон статьей 53 «Республиканский формуляр лекарственных средств»;
- изложить в новой редакции статью 8 Закона «Государственная регистрация (подтверждение государственной регистрации) лекарственных средств», статью 11 Закона «Система фармаконадзора», статью 17 Закона «Промышленное производство лекарственных средств» и статью 21 Закона «Розничная реализация лекарственных средств»;
- внести изменения и дополнения в другие статьи Закона.

Согласно вышеназванным изменениям и дополнениям предполагается:

— закрепить положения о Республиканском формуляре лекарственных средств как основе для формирования и разработки перечня основных лекарственных средств, формуляров лекарственных средств государственных организаций здравоохранения, годовых планов государственных закупок лекарственных средств, клинических протоколов, методов оказания медицинской помощи;

— упростить осуществление административной процедуры по государственной регистрации лекарственных средств, изменив срок действия регистрационного удостоверения бессрочно, вместо 5 лет;

— ввести регистрацию предельных максимальных отпускных цен на лекарственные средства;

— определить систему фармаконадзора, как комплекс мероприятий, направленных на своевременное выявление всех изменений во взаимной оценке пользы и риска лекарственных средств, а также минимизации негативных последствий их применения;

— уточнить положения о проведении клинических испытаний лекарственных средств, предусмотрев нормы, защищающие права пациентов, участвующих в клинических испытаниях;

— закрепить перечень случаев, при которых розничная реализация лекарственных средств может осуществляться вне аптек (в местах проведения международных тематических выставок, международных спортивных, культурно-массовых мероприятий);

— отменить практику утверждения постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь перечня лекарственных средств, отпускаемых без рецепта врача. Процедуру ознакомления граждан с такой информацией предлагается сделать более мобильной путем размещения ее на официальном сайте Министерства здравоохранения Республики Беларусь в глобальной компьютерной сети Интернет;

— наделить медицинского работника, имеющего среднее специальное образование правом выписки рецепта врача.

Наряду с этим законопроект предусматривает существенное обновление и дополнение понятийного аппарата, используемого в Законе «О лекарственных средствах».

Реализация предлагаемых законопроектными дополнениями и изменениями, будет способствовать обеспечению доступности высокоэффективных и безопасных лекарственных средств, развитию фармацевтической промышленности с соблюдением стандартов надлежащей производственной практики, повышению конкурентоспособности лекарственных средств отечественного производства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Конституция Республики Беларусь от 15.03.1994 с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24.11.1996г. и 17.10.2004 г. (ред. от 17.11.2004 № 1) // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь от 4 января 1999 г. № 1/0.

2. Об утверждении плана подготовки законопроектов на 2013 год: Указ Президента Респ. Беларусь 3 января 2013 г. № 1 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 4000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. — Минск, 2014.

3. Об учреждении официальных геральдических символов министерства здравоохранения: Указ Президента Респ. Беларусь 13 февраля 2012 г. № 62 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 4000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. — Минск, 2014.

4. О донорстве крови и ее компонентов: Закон Респ. Беларусь 30 ноября 2010 г. № 197-3 (в ред. Закона Республики Беларусь от 13.12.2011 № 325-3) // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 4000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. — Минск, 2014.

5. О здравоохранении: Закон Респ. Беларусь 18 июня 1993 г. № 2435-XII// Консультант Плюс: Беларусь. Технология 4000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. — Минск, 2014.

6. О лекарственных средствах: Закон Респ. Беларусь 20 июля 2006 г. № 161-3 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 4000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. — Минск, 2014.

УДК 613.2:616-053.9

ПИЩЕВОЙ СТАТУС, ЗДОРОВЬЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Мамчиц Л. П.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сохранение здоровья населения — важнейшая задача профилактической медицины. Во многих странах мира исследования качества жизни в медицине являются приоритетными. Внедрение концепции качества жизни принимается как новая парадигма в развитии системы оказания медицинской помощи. Современные требования при реализации национальных программ по здравоохранению предусматривают необходимость руководствоваться комплексным подходом к оценке здоровья населения и основываться не только на объективных медицинских данных, но и на субъективном восприятии самого человека его физиологических, психологических и социально-гигиенических характеристиках, возникающих при ухудшении здоровья. Качество жизни — показатель, который отражает степень адаптации человека к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социальному статусу и экономическому положению [1].

Во многих странах мира в настоящее время наблюдается повышение научного интереса к исследованию проблем людей пожилого и старческого возраста, требующих проведения обоснованных мероприятий, направленных на поддержание здоровья, замедление процессов старения, продление периодов социально активной жизни [2].

В соответствии с классификацией ВОЗ возраст 60–74 года считается пожилым, 75 и старше — старческим, а свыше 90 лет — периодом долгожительства. Старение населения сегодня затрагивает все страны мира. По прогнозам ООН, к 2025 г. общее число жителей в возрасте 60 лет и старше достигнет более 1,1 млрд чел. В Республике Беларусь, по прогнозным оценкам, к 2020 г. доля населения пенсионного возраста достигнет 28 % [3].

Новый здоровье сберегающий подход в медицине позволяет оценивать здоровье не со среднестатистической точки зрения, а с индивидуально-групповой оценкой с учетом критериев физического, социального и психологического благополучия [1]. Исследование качества жизни (КЖ) — высокоинформативный, надежный и эффективный метод оценки общего благополучия человека, состояния здоровья как населения в целом, так и отдельных социальных групп [4].

Цель

Оценка пищевого статуса и качества жизни людей пожилого и старческого возраста, проживающих в разных регионах Республики Беларусь.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось в 2 этапа. На первом этапе проведена оценка показателей качества жизни у 110 лиц пожилого и старческого возраста (средний возраст 72,3 года) с помощью «SF-36 Health Status Survey» по восьми шкалам: 1) физическое функционирование

ние (PF); 2) ролевое (физическое функционирование (RP); 3) боль (BP); 4) общее здоровье (GH); 5) жизнеспособность (VT); 6) социальное функционирование (SF); 7) эмоциональное функционирование (RE); 8) психологическое здоровье (MH). Все шкалы опросника объединены в 2 суммарных измерения — физический компонент здоровья (1–4 шкалы) и психический (5–8 шкалы). Результаты представлены в виде оценок в баллах в пределах от 0 до 100 [5].

На втором этапе с помощью специально разработанного опросника изучалась информация об условиях и образе жизни опрошенных. Анкета состояла из нескольких блоков и включала демографические характеристики (пол, возраст, занятость, образование, семейный статус), вопросы содержательного характера, дающие информацию об уровне доходов, условиях жизни и частоте обращаемости за медицинской помощью, о социально-психологических особенностях личности респондентов; состоянии здоровья и наличии хронической патологии. Для характеристики степени выраженности патологий использован индекс полиморбидности: число заболеваний/один больной (Л. Б. Лабезник, 2000). Для оценки пищевого статуса рассчитаны индексы массы тела (ИМТ).

Сравнение средних величин в группах, различающихся по полу, возрасту, образованию и другим параметрам, осуществляли методами непараметрической статистики, так как распределение в сравниваемых группах не было нормальным, генеральные дисперсии в них отличались по критерию Фишера. Для сравнения несвязанных выборок использовали тест Манна-Уитни. Различие между средними значениями считали достоверным при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Средние значения показателей КЖ лиц старше 60 лет для 8 шкал опросника SF-36 колебались от 46,5 (шкала общего здоровья) до 72,9 (шкала социального функционирования). Сравнение показателей КЖ лиц старше 60 лет со стандартизованными суммарными показателями КЖ здоровых лиц, полученных для населения США, страны, где был предложен опросник, выявило определенные закономерности.

Абсолютные значения показателей КЖ по всем шкалам опросника ниже для пожилых лиц, за исключением шкалы социального функционирования. Различия в показателях статистически значимы ($p < 0,05$). Самые низкие показатели КЖ лиц старше 60 лет отмечены по шкале общего здоровья. Наиболее существенные отличия в показателях, характеризующих физический компонент здоровья. Снижение показателей КЖ в данных возрастных группах населения совпадает с данными о качестве жизни населения других стран. При этом показатели психологического компонента здоровья снижены в меньшей степени, чем физического.

Значения показателей КЖ у мужчин и женщин отличаются по всем шкалам опросника (таблица 1).

Таблица 1 — Средние значения показателей качества жизни мужчин и женщин пожилого и старческого возраста

Показатели (средние \pm SD)	PF	RP	BP	GH	PH	VT	SF	RE	MH	MH
Лица старше 60 лет, n = 110	53,1 \pm 27,5	47,4 \pm 33,6	59,6 \pm 31,2	44,7 \pm 28,5	37,8\pm9,1	49,8 \pm 26,6	71,5 \pm 27,3	59,4 \pm 29,3	60,0 \pm 28,2	45,8\pm10,0
Мужчины, n = 40	62,4 \pm 24,1	52,4 \pm 33,7	58,6 \pm 33,1	50,3 \pm 29,4	40,6\pm8,8	53,9 \pm 27,7	75,4 \pm 22,7	57,7 \pm 29,9	65,9 \pm 29,7	47,0\pm9,7
Женщины, n = 70	47,8 \pm 28,0	44,5 \pm 33,8	60,4 \pm 31,6	41,5 \pm 28,6	37,0\pm9,3	47,9 \pm 26,5	69,3 \pm 27,2	61,0 \pm 29,4	57,6 \pm 28,1	45,7\pm10,1
Стандартизованные суммарные показатели	84,5 \pm 23,3	80,9 \pm 34,0	75,2 \pm 23,7	71,9 \pm 20,3	50,0\pm10,0	60,9 \pm 20,9	83,3 \pm 22,7	81,3 \pm 33,0	74,7 \pm 18,1	50,0\pm10,0

Параметры качества жизни у мужчин выше, чем у женщин, но эти различия статистически не значимы, статистически значимы различия в показателях КЖ по физическому компоненту PF. Полученные данные согласуются с данными сравнительных исследований КЖ у мужчин и женщин, выполненных в разных странах [41].

Состояние здоровья в пожилом возрасте определяется многочисленными факторами, действующими в течение всей жизни. Одним из ведущих факторов поддержания здоровья и продления жизни является питание. Пищевой статус человека — это состояние структуры,

функций и адаптационных резервов организма, которое складывается под влиянием предшествующего фактического питания, то есть потребляемого состава и количества пищи, а также условий ее потребления и генетически детерминированных особенностей метаболизма питательных веществ. Результаты исследования показали, что 77,3 % респондентов пожилого и старческого возраста имеют избыточный пищевой статус с ИМТ более 25,0, из них 45,8 % страдают ожирением (ИМТ более 30,0). Среди лиц с избыточным пищевым статусом 87,2 % имеют хронические заболевания различных органов и систем. Уровень болезненности у лиц с ожирением выше, чем у лиц с нормальной массой тела и показателями ИМТ в пределах 18,5–25,0 (соответственно индекс полиморбидности $3,1 \pm 0,4$ и $2,3 \pm 0,4$). Показатели качества жизни у лиц с ожирением снижены по шкалам физического здоровья PF (на 17,3 %) и общего здоровья GH (на 33 %) (рисунок 1).

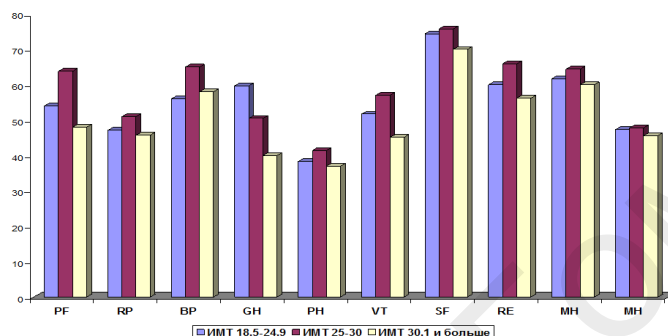


Рисунок 1 — Показатели качества жизни у лиц пожилого возраста с различным пищевым статусом (значения ИМТ)

Соотношение лиц с ожирением и лиц с оптимальными показателями ИМТ у мужчин 1:1, у женщин 4:1, причем у женщин ухудшение показателей качества жизни более выражено и отмечается по всем шкалам опросника.

Вывод

При избыточной массе тела и ожирении у мужчин, и особенно у женщин, наблюдается ухудшение показателей качества жизни и более высокий уровень распространения хронической патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лучкевич, В. С. Качество жизни как объект системного исследования и интегральный критерий оценки здоровья и эффективности медико-профилактических и лечебно-реабилитационных программ / В. С. Лучкевич // Актовая речь в Санкт-Петербургской академии им. И. И. Мечникова. — Санкт-Петербург, 2011. — 86 с.
2. Горшунцова, Н. К. Здоровье, полиморбидность и качество жизни людей старшего возраста и долгожителей / Н. К. Горшунцова, Н. В. Медведев // Современные наукоемкие технологии. — 2005. — № 4. — С. 40–42.
3. Медико-социальные проблемы потребности пожилых людей Гомельского региона / В. А. Подоляко [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. — 2011. — № 2(28). — С. 133–140.
4. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — 2-е изд.; под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. — М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. — 320 с.
5. Sf-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / J. E. Ware // The Health Institute, New England Medical Center, Boston, Mass. — 1993.

УДК 159.9.075:004.9:316.723:316.346.32-053.6

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР КАК СОВРЕМЕННОЙ СУБКУЛЬТУРЫ МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ

Маркевич О. В., Музыка Е. Г.

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

Наше время характеризуется стремительным развитием информационных и компьютерных технологий, которые существенно перестраивают практику повседневной жизни и улучшают качество жизни людей. Информационные технологии делают нашу жизнь про-

ще и получают широкое распространение. Они позволяют людям экономить затраты времени на решение многих повседневных и производственных проблем, создают новые возможности для практической реализации человеком своих гражданских прав и свобод.

Большинство подростков сегодня ни шагу не ступает без мобильного телефона или портативного медиа-плеера, планшета, другого гаджета. Эти и другие электронные устройства становятся все более многофункциональными, мощными и доступными. Мы станем свидетелями того, как компьютеры, мобильные телефоны, планшеты быстро проникают в дома, детские сады, школы. Без них трудно представить современного подростка, качество жизни которого, в большей степени, определяется способностью окружения предоставлять ему необходимые информационные продукты и услуги.

Знакомить детей с современными технологиями легче всего через компьютерные игры. Играя на компьютере, ребенок активно взаимодействует с миром, пусть даже и искусственным. В компьютерной игре застенчивый младший подросток может стать непобедимым героем и вершителем судеб. Вот почему так и получается — многие ребята все свое свободное время тратят на прохождение игр и на виртуальный мир, где они могут быть кем захотят. Где, даже совершив ошибку, можно всегда перезагрузиться и начать все сначала. Младший подросток, играющий в компьютерную игру, имеет прекрасную возможность почувствовать себя сильнее, смелее, красивее. Виртуальный мир глубоко проникает в его сознание. Попадая туда, в мир компьютерных игр, подросток получает новое имя. Оно символизирует начало его «виртуальной жизни». Трансформируя образ своего «Я», младший подросток соединяет в своем сознании две разные жизни — виртуальную и реальную, и два разных образа — образ реального человека и, например, компьютерного героя. Он начинает заново социализироваться, постигать нормы и ценности другого мира, что каждый раз способствует сохранению как самой картины мира ребенка, так и воспроизводству всей субкультуры младших подростков в целом.

Реалистичные компьютерная графика, звуковые эффекты способны на время игры полностью заменить реальность. Через какое-то время ребенок теряет связь с реальной жизнью и переносит себя в виртуальный мир, где он получает острые, яркие впечатления. Пройти игру для него становится чуть ли не смыслом жизни. В. С. Мухина констатирует, что, действуя в уме с образами, ребенок представляет себе реальное действие с предметом и его результат, таким путем решает стоящую перед ним задачу. Для облегчения перехода от действия с реальными предметами к действию с их образами, а затем и знаками эффективно использование компьютерных развивающих и обучающих игр. Играя, ребенок использует слова, изображения, знаки и числа как заместители предметов [1].

Компьютер в руках умелого и внимательного наставника может стать инструментом, интенсифицирующим развитие ребенка. Изучение проблемы предпочтения компьютерных игр связано с широкой распространенностью игр и превращением их в основную форму досуга детей. Компьютер играет огромную роль в воспитании и общем психическом развитии ребенка. Л. С. Выготский говорил, что человек, рождаясь, застает верх человеческого развития. И вот в какой-то момент человек, рождаясь, обнаруживает компьютер.

Американские исследователи М. Коул, Ш. Текл назвали электронные игры — «воспитателями, не имеющими себе равных». Основная цель введения компьютера в мир ребенка — это, прежде всего, его успешная социализация, формирование готовности к жизни в современном информационном обществе, приобщение к мировой культуре. Сегодня компьютерные технологии можно считать тем новым способом передачи знаний, который соответствует качественно новому способу приобщения ребенка к современной культуре общества. Этот способ позволяет ребенку с интересом учиться, находить источники информации, воспитывает самостоятельность и ответственность при получении новых знаний, расширяет кругозор [2].

В своей работе психологам, педагогам и родителям приходится сталкиваться с современной субкультурой младших подростков. Им приходится иметь в виду особенности субкультуры и характерные черты подростковой субкультуры. Это важно для того, чтобы при организации воспитательного и образовательного процесса можно было бы предположить позитивное или негативное влияние той или иной субкультуры на младших подростков.

Для проверки правильности теоретических умозаключений было проведено эмпирическое исследование на базе общеобразовательной школы СШ № 66 г. Гомеля (опрошено 40 учащихся 7-х классов: 20 мальчиков и 20 девочек). Исследование основывалось на материалах специально разработанного анкетного опроса подростков. Для обработки полученных данных использовались методы контент-анализа. В ходе исследования были проанализированы мнения учащихся, характеризующие поведенческие, когнитивные и аффективные аспекты обращения младших подростков к компьютерным играм.

По данным анкетирования выявлялись следующие психологические особенности: 1) общая характеристика включенности подростков в компьютерную игровую деятельность; 2) жанровые предпочтения подростков в области компьютерных игр; 3) мотивация обращения младших подростков к компьютерным играм; 4) характеристика особенностей эмоциональных состояний подростков при игре в компьютерные игры; 5) определение степени игровой компьютерной увлеченности.

Результаты исследования позволили определить характер трансформаций подростковой субкультуры, произошедших под влиянием информационных технологий и охарактеризовать социальную ситуацию пользования информационными технологиями в подростковом возрасте. Использование компьютерных технологий резко повысило свой статус как среди предпочитаемых подростками видов деятельности, так и источников информации. Характер трансформаций заключается в «компьютеризации досуга» подростка, когда чтение книг и непосредственное общение со сверстниками вытесняется «общением» с компьютером.

Анализ жанровых предпочтений компьютерных игр показал, что мальчики отдают предпочтение, в первую очередь, стратегиям, затем — автосимуляторам и динамическим играм; девочки чаще всего играют в приключения, затем идут динамические игры и стратегии. Во многом данный выбор определяется влиянием полоролевых стереотипов. Кроме того, выбирая ту или иную игру, подросток может преследовать разные цели, среди которых и отдых, и удовольствие от игры, и приобщение к престижному занятию, и включение в привлекательную группу сверстников, и самоиспытание, и тренинг. Таким образом, компьютерные игры могут выполнять ряд социально-психологических функций, влияя на качество жизни современного подростка.

Анализ полученных данных относительно мотивации обращения подростков к компьютерным играм показал, что к младшему подростковому возрасту обращение школьника к различным жанрам компьютерных игр приобретает полимотивированный характер. В целом же ведущими являются два мотива: «скучно, нечем заняться» и «желание развлечься». Около трети подростков впервые познакомились с компьютерными играми в более младшем возрасте. Следовательно, именно в подростковом возрасте наблюдается своеобразный пик приобщения детей к компьютерным играм.

Игровая реальность может служить как на благо развития современного подростка, стать подготовкой к будущей профессиональной деятельности, удовлетворять возросшие потребности подростка, так и негативно влиять на игрока, приводить к формированию зависимости, обеднению межличностного взаимодействия, снижения качества его жизнедеятельности. В ходе проведенного исследования было выявлено, что игровая компьютерная зависимость у младших подростков как психологическая форма зависимости, определяется положительным эмоциональным отношением к компьютерной игре, низким самоконтролем, высокой целевой направленностью на компьютерную игру и предпочтением виртуального общения реальному.

В целом, результаты проведенного исследования позволили выявить высокую значимость игровой компьютерной деятельности в подростковом возрасте. Поскольку проблематика игры и ведущей роли игровой деятельности в психологии обычно связывается с дошкольным возрастом, результаты данного исследования дают возможность обнаружить новый смысл, который приобретает игровая деятельность на этапе подросткового возраста.

Анализ полученных в ходе исследования данных относительно места реализации подростками компьютерной игровой деятельности показал, что игровая деятельность в

школьной ситуации для подростка оказывается полностью вытесненной, поэтому важно обратить внимание на возможность включения элементов игровой деятельности в психолого-педагогическую практику среднего звена школы.

На основании вышеизложенного можно сделать следующий вывод, что при включении в компьютерные игры у подростков появились возможности социальной и познавательной активности; информационной грамотности, самостоятельности, уверенности, социальной независимости; способности к самореализации; соотношений интересов и информационных потребностей; появления нового вида общения (ребятам предоставляется возможность активно обсуждать компьютерные игры, свои достижения и промахи); обогащения активного словарного запаса (новая терминология); возможность раскрытия личности, сплочения подростков и с родителями, и со сверстниками.

Как обычные игры, так и компьютерные игры можно использовать как средство воспитания и включения в образовательную деятельность, как средство развития любознательности. Компьютер и компьютерные игры — это неотъемлемая часть современного технического прогресса и от него невозможно оградиться. Следует ориентировать развивающуюся личность подростка на творчество особого рода — с применением компьютера, который стал бы лишь удобным инструментом для решения творческих задач и в самом деле дал человеку широкие возможности влиять на качество собственной жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мухина, В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: учеб. для студ. вузов. — 4-е изд., стер. / В. С. Мухина. — М.: Академия, 1999. — 456 с.
2. Бревнова, Ю. А. Компьютерные игры в современной субкультуре детства: социокультурный аспект / Ю. А. Бревнова — М., 2012. — 23 с.

УДК 614.21:616.831-005

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ И РАСХОДЫ НА СТАЦИОНАРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПРЕХОДЯЩИМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ДОБРОВОЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

Мартынчик С. А., Соколова О. В., Бастрон А. С., Потемкин Е. Л.

**Научно-исследовательский институт общественного здоровья
и управления здравоохранением**

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования**

**«Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»
г. Москва, Российская Федерация**

Введение

В России, как и во всем мире, сосудистые заболевания головного мозга являются ведущей причиной смертности и больших социально-экономических потерь в обществе [5]. Расходы на лечение больных сосудистой патологией мозга достигают до 20 % всех затрат на здравоохранение России [1, 2].

В последние десятилетия наблюдаются значительные успехи в лечении больных на основе внедрения современных технологий и программ, что требует значительных инвестиций. При этом важна демонстрация не только оценки ущерба, но и эффективности мероприятий оказания специализированной стационарной медицинской помощи пациентам в острой фазе заболевания.

По мнению ряда авторов, эффективные результаты лечения больных связаны с увеличением расходов, ассоциируемых с проведением интенсивной терапии и мониторинговых устройств, наиболее полно реализуемых в условиях добровольного медицинского страхования (ДМС) [3, 4].

В этих условиях оценка организации стационарной медицинской помощи, как правило, проводится на основе комплекса данных: 1) сроки от развития ишемической атаки

до поступления больных в стационар; 2) доступность применения в первые 24 часа развития нейровизуализационных и ряда других современных высокотехнологичных диагностических методов; 3) использование современных высокоэффективных методов лечения больных в острой фазе; 4) доступность современных реабилитационных технологий на разных стадиях заболевания.

Преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК) и ее нозологические формы (транзиторные ишемические атаки, гипертоническая энцефалопатия, церебральные гипертонические кризы) характеризуются локальной ишемией мозга с очаговыми неврологическими симптомами у больного с сосудистым заболеванием, которые продолжаются не более суток.

Для оценки вероятности исхода ПНМК и восстановления функций используются различные шкалы, соответствующие неврологическому дефициту. Правильная оценка неблагоприятного прогноза позволяет определить характер, тип и экстренность лечебного вмешательства [6]. Оценка риска неблагоприятного исхода может рассматриваться как эквивалент тяжести состояния пациента, она необходима не только для уточнения прогноза заболевания, но и для выработки тактики лечения, оценки длительности пребывания в стационаре. Исход при ПНМК оценивают с помощью шкал, выражающих степень неврологического дефицита или функциональные нарушения. Шкальные оценки функционального состояния после транзиторной ишемической атаки включают измерения инвалидизации или зависимости в повседневной активности и измерение функциональной независимости. Наиболее широкое применение в клинической практике для оценки функционального состояния больного после ТИА получили шкала Рэнкина (J. Rankin, 1957) и индекс Бартел (C. Bertels, 1989).

Исходную тяжесть ТИА оценивают по модифицированной шкале Рэнкина (Rankin Scale), при этом считают, что в постороннем уходе нуждаются больные с показателями шкалы 3, 4 и 5 баллов. Достаточно распространенный метод оценки функционального исхода при ТИА — индекс Бартела (Barthel Index), оценивающий степень нарушения жизнедеятельности, способность самообслуживания. Эти шкальные оценки функционального состояния больного после ПНМК могут быть использованы для обоснованных экономических расчетов — формирования дифференцированных затрат на оказание медицинской помощи в связи с оценкой тяжести пациента.

Цель

Интегративная оценка использования ресурсов и расходов на оказание стационарной медицинской помощи больным с преходящими нарушениями мозгового кровообращения в условиях ДМС.

Материал и методы исследования

Диагноз ТИА по МКБ-10 основывался на клинических признаках и симптомах, а также результатах клиничко-лабораторных, функциональных и специальных методов исследований. Оценка клинического состояния больных ПНМК в балльных шкалах проведена с помощью шкал Рэнкина и индекса Бартела. Больные были классифицированы как: «не нуждающиеся в медицинской помощи» (индекс Бартела < 30), «нуждающиеся в медицинской помощи» (индекс Бартела -30–70), «функционально независимые» пациенты (индекс Бартела -70). Пациенты с индексом Рэнкина от 0 до 2 были классифицированы как «функционально независимые», пациенты с оценкой 3–5 баллов по Рэнкину были отнесены к категории «испытывающих умеренную или выраженную зависимость в посторонней помощи».

Экономическая оценка включала: прямые расходы на медицинские услуги (клиничко-диагностические, функциональные и специальные процедуры), затраты на случай и продолжительность лечения. Расходы стратифицировали в зависимости от условий пребывания в различных отделениях стационара, длительности и возраста и оценки функционального состояния пациентов. Эффект лечения пациентов измеряли по изменениям клиничко-диагностических шкал (день поступления и день выписки). Данные обработаны с применением первичной статистики, достоверность различий оценена по критерию Стьюдента.

Результаты исследования

В исследование включены 381 больной с диагнозом ПНМК, из них: с преходящими нарушениями мозгового кровообращения (I66.0) — 45 больных, с транзиторными ишемическими атаками (G45.8) — 37 больных, с гипертонической энцефалопатией (G45.0) — 74 больных, с цереброваскулярными гипертоническими кризами (I67.8) — 225 больных. Женщины составили 63,3 % от общей численности выборки (241). В общей сложности 68 % больных ПНМК (259) лечились в палатах неврологического отделения, остальные 32 % (122) были приняты в неврологические отделения интенсивной терапии. Среднее время от появления симптомов до госпитализации составило — $5,8 \pm 2,9$ часов. По результатам лечения выписано на домой — 92 % (350) пациентов, на реабилитацию — 8 % (31) пациентов.

Динамика изменения функционального состояния пациентов (исходы лечения) в зависимости от принадлежности к группам ПНМК приведена в таблице 1.

Таблица 1 — Исходы лечения пациентов в различных группах ПНМК

Диагноз по МКБ-10	Возраст, $x \pm m$	Бартел-индекс, 1 день, $x \pm m$	Бартел-индекс при выписке, $x \pm m$	Рэнкин-индекс, 1 день, $x \pm m$	Рэнкин-индекс при выписке, $x \pm m$
G45.8 (n = 82)	$66,6 \pm 1,0$	$67,5 \pm 1,2$	$81,5 \pm 1,0$	$1,73 \pm 0,10$	$0,70 \pm 0,10$
G45.0 (n = 74)	$62,3 \pm 0,6$	$70,0 \pm 0,8$	$85,5 \pm 0,6$	$1,42 \pm 0,10$	$0,39 \pm 0,10$
I67.8 (n = 225)	$55,6 \pm 0,8$	$76,8 \pm 0,6$	$89,0 \pm 0,4$	$1,13 \pm 0,10$	$0,13 \pm 0,10$
ИТОГО (n = 381)	$58,5 \pm 0,7$	$73,4 \pm 0,5$	$86,7 \pm 0,4$	$1,3 \pm 0,10$	$0,3 \pm 0,10$

Из данных таблицы 1 следует достоверное значительное повышение среднего значения индексов Бартела и Рэнкина, документирующих клиническое улучшение пациентов всех групп ПНМК по результатам лечения. Разница по индексу Бартела составила 13,3 ед., а по шкале Рэнкина — 1,0 ед. ($P < 0,05$). В первые 24 часа пребывания в стационаре функциональное состояние больных оценено как «нуждающиеся в медицинской помощи» (индекс Рэнкина 30–70 баллов) в 52,0 % (198) случаев, при выписке состояние оценено как «функционально независимое» у 100 % случаев (381) больных. Состояние всех пациентов по шкале Бартела при госпитализации и выписке оценивалось от 0–2 баллов (легкие нарушения жизнедеятельности и способность справляться с потребностями без посторонней помощи).

В таблице 2 представлены продолжительность пребывания больных в стационаре и расходы на лечение больных, принадлежащих к различным группам ПНМК.

Таблица 2 — Продолжительность пребывания больных в стационаре и расходы на лечение

Диагноз по МКБ-10	Всего дней, $x \pm m$	Отделение интенсивной терапии, дни, $x \pm m$	Неврологическое отделение, дни, $x \pm m$	Расходы на случай, руб., $x \pm m$	Расходы в день, руб., $x \pm m$
G45.8	$12,6 \pm 0,8$	$1,1 \pm 0,02$	$12,3 \pm 0,3$	73606 ± 3049	$5841,7 \pm 132$
G45.0	$12,6 \pm 0,5$	$0,9 \pm 0,01$	$11,5 \pm 0,2$	71078 ± 1782	$5641,1 \pm 101$
I67.8	$11,2 \pm 0,3$	$0,8 \pm 0,01$	$10,4 \pm 0,3$	60026 ± 1148	$5359,5 \pm 95$
ИТОГО	$11,6 \pm 0,2$	$0,9 \pm 0,01$	$10,7 \pm 0,3$	62994 ± 1165	5866 ± 100

Из данных таблицы 2 следует, что средняя продолжительность пребывания больных ПНМК составила 11,6 дней, в блоке интенсивной терапии 0,9 дней. Различия в продолжительности пребывания для различных групп ПНМК были статистически не значимыми, что можно объяснить использованием единой стандартизированной технологии диагностики и лечения.

Общие расходы на законченный случай госпитализации составили 62994 руб., в день — 5866 руб. Четких статистически значимых различий в средних затратах по группам больных не наблюдалось, что позволяет объединить больных в одну клинико-статистическую группу ПНМК (КСГ ПНМК).

Прямые затраты на лечение больных ПНМК составили около 40,8 %. При этом затраты от общей стоимости случая госпитализации составили: на консультации врачей — 6,1 %, на лабораторные исследования — 9,6 %, на функциональные исследования (ЭКГ, УЗИ-исследования) — 11,6 %, на специальные исследования (компьютерная томография, МРТ-томография) — 5,8 %, на

физиотерапию и логотерапию — 7,7 %. При этом статистически значимых различий относительно расходов по группам больных ПНМК выявлено не было.

Обсуждение результатов

Исследование имеет ряд ограничений. Так, в исследовании рассматриваются только прямые медицинские расходы на оказание стационарной помощи больным ПНМК. Не учитываются косвенные расходы (расходы на оплату больничных листов, раннего выхода на инвалидность и смертность в возрасте до 65 лет).

Тем не менее, можно предположить, что косвенные затраты оказывают значительное влияние на общие издержки: 1) около 25 % больных в нашем исследовании были моложе 60 лет; 2) около 8 % больным потребовалось дополнительное восстановительное лечение в центрах реабилитации; 3) высокая частота сопутствующей патологии (сердечно-сосудистые заболевания) оказывает дополнительное воздействие на снижение качества жизни пациентов, выполнение ими социальных функций и психическое здоровье.

Заключение

Исследование, выполненное в ведомственном многопрофильном стационаре г. Москвы, в отношении использования ресурсов и расходов на стационарное лечение больных ПНМК в условиях ДМС свидетельствует о высокой экономической нагрузке острых сосудистых заболеваний мозга на систему здравоохранения и общество, а также поддерживает выводы относительно ценности использования клинико-диагностических шкал для прогностической оценки результата и затрат на лечение больных клинико-статистической группы ПНМК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кучеренко, В. З. Принципы организации и бюджетирования стационарной помощи при сосудистых заболеваниях головного мозга (краткий обзор литературы) / В. З. Кучеренко, О. В. Соколова, С. А. Мартынич // Экономика здравоохранения. — 2012. — № 3. — С. 3–10.
2. Мартынич, С. А. Медико-экономическая оценка и обоснование совершенствования организационных форм оказания стационарной помощи при мозговом инсульте / С. А. Мартынич, О. В. Соколова // Социальные аспекты здоровья населения. — 2013. — Т. 30, № 2. — С. 10.
3. Accompanying research for DRG introduction: Effect of structure reform / B. P. Buhr [et al.] // Deutsches Arzteblatt. — 2008. — Vol. 105, Is. 14. — P. 732–735.
4. Evers, S. M. Economic evaluation in stroke research: A systematic review / S. M. Evers, A. J. Ament, G. Blaauw // Stroke. — 2000. — Vol. 31, Is. 5. — P. 1046–1053.
5. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century / V. L. Feidin [et al.] // Lancet Neurol. — 2003. — Vol. 2. — P. 43–53.
6. Disability Measures in Stroke: Relationship Among the Barthel Index, the Functional Independence Measure, and the Modified Rankin Scale / S. Kwon [et al.] // Stroke. — 2004. — Vol. 35. — P. 918–923.

УДК 616–006.6:616.89–008.447(476)

ВЗАИМОСВЯЗЬ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ С МЕХАНИЗМАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Махнач Л. М.

Государственное учреждение

**«Республиканский научно-практический центр онкологии
и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова»
г. Минск, Республика Беларусь**

В настоящее время проблема совладающего со стрессом поведения (копинг-поведения) и психологической защиты у онкологических пациентов признана одним из приоритетных направлений в клинической психологии. Под стратегиями совладающего поведения далее в статье будут пониматься различные виды активности человека, направленные на преодоление стрессового воздействия. Необходимость изучения совладания со стрессом в ситуации онкологического заболевания продиктована потребностью в совершенствовании методов профилактики, разработке программ оказания психологической помощи онкологическим пациентам, своевременном выявлении больных группы риска развития состоя-

ний психологической дезадаптации и определении психологических стратегий при работе с данными пациентами. В исследовании приняли участие 152 пациента (96 женщин и 56 мужчин), находившихся на лечении в Республиканском научно-практическом центре онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова, и 60 пациентов (30 женщин и 30 мужчин), находившихся на лечении в Республиканском научно-практическом центре пульмонологии и фтизиатрии. У 59 испытуемых был диагностирован колоректальный рак, у 54 — рак молочной железы, у 24 — рак легкого, у 13 — рак желудка и у 60 — туберкулез легких. Выбор данных вариантов патологии объясняется значимостью их воздействия на психическое и физическое состояние индивида, высокой смертностью. Для определения типов психологических защит применялась методика «Индекс жизненного стиля» в адаптации Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева [1]. Для диагностики копинг-поведения применялся опросник «Индикатор стратегий преодоления стресса» Д. Амирхана, адаптированный В. М. Ялтонским и Н. А. Сиротой [2, 3]. Полученные результаты подвергались частотному и корреляционному анализу.

Изучение совладающего поведения у пациентов с онкологической и неонкологической патологией указывает на выраженность каждой стратегии внутри данных групп. Как у онкологических больных, так и у пациентов с неонкологической патологией стратегия разрешения проблем была ведущей в структуре копинг-поведения ($8,65 \pm 3,554$ балла и $10,32 \pm 1,613$ балла соответственно). Конструктивное решение проблем является когнитивно-поведенческим процессом, в результате которого формируются знания о социальной действительности и установка на активную борьбу с болезнью, умение общаться с другими, вырабатываются альтернативные способы реагирования на стресс. Копинг-стратегия «поиска социальной поддержки» занимала третье место в структуре копинг-поведения у онкологических пациентов ($6,43 \pm 2,173$ балла), а у пациентов с неонкологической патологией — пятое место ($6,00 \pm 1,462$ балла). Поиск социальной поддержки позволяет пациентам путем сотрудничества с другими, находящимися на разных этапах лечения, успешно совладать со стрессовой ситуацией: снизить эмоциональное напряжение, иначе взглянуть на проблему онкологического заболевания, найти соответствующую информацию о болезни и рассмотреть возможные варианты проводимого противоопухолевого лечения. Последнее место по степени выраженности занимала копинг-стратегия «избегание» у пациентов с неонкологической патологией, среднестатистический балл которой составил $5,08 \pm 2,473$, у онкологических больных — $5,24 \pm 1,701$. Ее использование обусловлено недостаточной возможностью пациентов осуществлять когнитивную оценку проблемной ситуации и пассивным приспособлением к ней. Однако использование данной стратегии может носить адекватный либо неадекватный характер в зависимости от конкретной стрессовой ситуации, возраста индивида и фактического состояния ресурсной системы личности [2]. Пациенты с онкологической патологией данную стратегию использовали чаще, чем неонкологические пациенты. Распределение совладающего поведения происходило следующим образом: разрешение проблем, поиск социальной поддержки, избегание (по-видимому, оно может указывать на сформированность механизма реагирования на стресс у пациентов в ситуации болезни).

Сравнительный анализ абсолютных значений защитных механизмов респондентов показал, что в структуре механизмов психологической защиты (МПЗ) ведущее место у больных людей занимает «проекция», проявляющаяся в неосознанном перенесении собственных побуждений и желаний на других людей. Существенных различий в системе психологических защит у пациентов с онкологической и неонкологической патологией установлено не было. Для них свойственно преобладание таких механизмов психологической защиты, как «отрицание» и «интеллектуализация». Наличие психологической защиты «отрицание» в структуре личности пациентов свидетельствует об игнорировании значимости травматического события, отвлечении от проблемы. Выбор психологической защиты «интеллектуализация» обусловлен способностью пациентов минимизировать переживания, вызванные ситуацией болезни, с помощью аналитического подхода. Они много чи-

тают о болезни, расспрашивают о ней у врачей, сравнивают себя с другими пациентами, находящимися в худшем положении.

Сравнительный анализ защитных механизмов мужчин и женщин показал, что существенных различий в системе их психологических защит выявлено не было. Установлено, что у мужчин в меньшей степени преобладают механизмы психологической защиты «регрессия», «компенсация», «замещение», а у женщин — «вытеснение», «компенсация», «замещение».

При анализе полученных данных у пациентов с онкологической патологией было отмечено снижение уровня защитных механизмов «регрессия» и «замещение» на 15,2 и 10,8 % по сравнению с группой пациентов с неонкологической патологией. Низкие показатели «регрессии» указывают на то, что для онкологических больных характерно стремление сохранить свой профессиональный статус. Низкие показатели защитного механизма «замещение» показывают, что такие негативные эмоции, как напряжение, раздражение, гнев блокируются пациентами и подавляются в себе. Увеличение уровня защитного механизма «реактивное образование», по-видимому, свидетельствует о стремлении пациентов не показывать своих эмоциональных переживаний другим, чтобы лишний раз не обременять близких людей своими проблемами.

Результаты корреляционного анализа показали, что взаимосвязь МПЗ «проекция», «регрессия», «замещение» прослеживается в обеих группах испытуемых, однако с различными копинг-стратегиями. Так, показатель «избегание» в группе онкологических пациентов положительно коррелирует с показателями «проекция» ($r = 0,217$), «регрессия» ($r = 0,213$), «замещение» ($r = 0,200$). В этом случае пациент ориентирован на восстановление эмоционального благополучия путем попыток избежать какого-либо взаимодействия с проблемой с помощью переноса эмоционально неприемлемых мыслей, установок и желаний на других людей. Показатель «замещение» положительно коррелирует с показателем «установка на активную переработку проблем и эффективное приспособление» ($r = 0,185$), что усиливает возможности пациентов в совладании со стрессом. Показатель «интеллектуализация» в данной группе пациентов положительно коррелирует с показателем «поиск поддержки, призыв о помощи» ($r = 0,226$). В этом случае, возможность рационально объяснить и интерпретировать события, связанные с онкологическим заболеванием, обеспечивается с помощью социальной поддержки.

Психологические защиты «замещение» и «регрессия» в группе пациентов с неонкологической патологией связаны с адаптивной стратегией «поиск поддержки, призыв о помощи» ($r = 0,349$) и свидетельствуют о взаимосвязи между этими психологическими защитами, обеспечивающими адаптацию пациентов в стрессовой ситуации с помощью семьи, других значимых лиц. Взаимосвязь психологической защиты «компенсация» со стратегией «избегания, уединения, реакцией аутического типа» может свидетельствовать об агрессивном способе реагирования на стресс ($r = 0,426$). В группе пациентов с неонкологической патологией отмечаются отрицательные взаимосвязи между защитным механизмом «отрицание» и «избеганием, уединением, реакциями аутического типа» ($r = -0,324$); защитным механизмом «проекция» и «установка на активную переработку проблем и эффективное приспособление» ($r = -0,267$). Данные взаимосвязи указывают на то, что чем больше пациенты стремятся избавиться от эмоционально неприемлемых мыслей и приписать их другим людям, тем менее их поведение направлено на конструктивное решение проблемных ситуаций. Психологическая защита «отрицание» обнаруживает достоверные отрицательные корреляционные связи с теми же копинг-стратегиями, что и механизм «вытеснение»: «мрачность прогноза, проекция тревоги в будущее» ($r = -0,365; 0,316$), «избегание, уединение, реакции аутического типа» ($r = -0,324; 0,368$), что свидетельствует о тесной взаимосвязи между психологическими защитами «отрицание» и «вытеснение» и неконструктивным способом совладания со стрессом.

Отличительной особенностью группы онкологических пациентов является меньшее количество взаимосвязей между МПЗ и копинг-стратегией «избегание» по сравнению с группой пациентов с неонкологической патологией. Формирование данной стратегии на

травматическую ситуацию у онкологических пациентов связано с функционированием защитных механизмов, которые блокируют эмоциональные реакции, выражающиеся в форме тоски и постоянной тревоги.

Для механизма «отрицания» в группе онкологических пациентов не выявлено ни одной достоверной положительной взаимосвязи с характеристиками совладающего поведения, а в отношении такого МПЗ, как «интеллектуализация» выявлена всего одна связь на минимальном уровне достоверности. Анализируя полученные данные, можно предположить, что механизмы «отрицание» и «интеллектуализация» являются конструктивными способами совладания со стрессом, помогающими пациентам адаптироваться к сложившейся ситуации.

Таким образом, особенности психологических защит и копинг-стратегий у онкологических больных оказывают существенное влияние на течение болезни и обуславливают актуальную потребность пациентов в психологической помощи, разработке методики коррекции копинг-стратегии и индивидуальных программ, учитывающих личностные особенности пациентов.

Для профилактики состояний психологической дезадаптации, улучшения результатов лечения и повышения качества жизни при всех видах лечения, нами разработана программа психологической помощи онкологическому пациенту, позволяющая уменьшить выраженность тревоги и депрессии и оказывающая позитивное влияние на проблемно-разрешающее поведение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля / под ред. Л. И. Вассерман. — СПб.: Психоневролог. ин-т им. В. М. Бехтерева. — 1999. — 49 с.
2. Сирота, Н. А. Теоретические основы копинг-профилактики наркомании как база для разработки практических превентивных программ / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Наркология. — 2007. — № 10. — С. 45–49.
3. Сирота, Н. А. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Обозр. психиатр. и мед. психол. — 1994. — № 1. — С. 63–64.

УДК 613.955 : 004

УВЛЕЧЕНИЕ КОМПЬЮТЕРАМИ КАК ФАКТОР ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ

Мигель М. В., Тищенко Е. М.

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Образ жизни является основой здоровья. Особенно важно следить за образом жизни подростков — следующего трудоспособного поколения нашей страны. Сейчас почти невозможно представить жизнь современного подростка без «чудо-машины» — компьютера. Он используется повсеместно — для учебы, развлечений, общения. Многие родители замечают, что компьютер плохо сказывается на здоровье их детей, вызывая снижение зрения, сутулость. В настоящее время опубликовано большое число работ о влиянии компьютерных игр на формирование агрессивности у детей и подростков, анализ которых позволяет констатировать сильную поляризацию мнений: одни авторы доказывают, что компьютерные игры агрессивного содержания повышают агрессивность пользователей, другие отрицают эту взаимосвязь, последних примерно в два раза больше. Достоверны лишь полученные данные о том, что игры с агрессивным содержанием способны стимулировать агрессивность у детей, но только младшего школьного возраста (6–9 лет) [1]. В то же время использование компьютерных игр в коррекционной работе позволяет решить ряд психологических проблем, связанных, например, с заниженной самооценкой, плохой переключаемостью внимания, медлительностью, помочь в развитии пространственного мышления, ключевых процессов социальной перцепции и коммуникации [2].

Цель

Изучение увлечения компьютерами как фактора образа жизни школьников.

Результаты исследования

Методом анонимного анкетирования было опрошено 199 учеников 8–9 классов городской средней школы, из них 92 (46,2 %) — юноши и 107 (53,8 %) — девушки. Анкета включала 34 вопроса и была специально разработана для данного исследования. Подавляющее число респондентов (77 %) из полной семьи, 23 % — из неполной. Родители опрошенных детей в большинстве своем имеют среднее специальное (54 % матерей и 47,2 % отцов) и высшее образование (27,6 % матерей и 20,6 % отцов). 72,9 % опрошенных утверждают, что у их родителей отсутствуют вредные привычки, и 27,1 % признают, что в их семье родители курят. На вопрос «Как вы оцениваете климат в вашей семье» большинство респондентов ответили «благоприятный» (92 %), 2 % подростков — «неблагоприятный», в то же время 6 % затруднились ответить. При предложении оценить свои успехи в учебе, 70,4 % ответили «средне» (75 % юношей и 66,4 % девушек), «отлично и хорошо» выбрали 25,6 % (30,8 % — девушки, 19,6 % — юноши).

При опросе удалось выяснить, что свое свободное время треть подростков (32,6 %) проводят за компьютерными играми. Но лица разного пола ответили на этот вопрос так же в разном процентном соотношении: 55,4 % — юноши и 13,1 % — девушки. Чуть больше трети подростков (36,2 %) проводят свое свободное время за просмотром TV и DVD, почти половина (49,7 %) «сидят в социальных сетях». У половины подростков (50,8 %) компьютер появился более трех лет назад, у каждого четвертого (26,6 %) «2–3 года назад», у 2 % компьютера нет до сих пор. Четверть опрошенных подростков (26,1 %) утверждает, что проводит за компьютером 2–3 часа в день, еще четверть (25,1 %) — 1–2 часа в день. В то же время 16,6 % (17,4 % — юноши и 15,9 % — девушки) проводят за компьютером более 4 часов в день. 15,9 % девушек и 6,5 % — юношей ответили, что проводят за компьютером менее 1 часа в день. На вопрос «Играете ли вы в компьютерные игры» 93,5 % юношей и 37,4 % девушек ответили утвердительно. Треть опрошенных (32,2 %) проводят за играми на компьютере до 1 часа в день, в то же время 40 % юношей играют в компьютерные игры в течение 2–3 часов каждый день. Больше половины юношей (52 %) играют в «стрелялки», а девушки предпочитают стратегии (10 %), в то же время более половины опрошенных (56,3 %) ответили, что компьютерные игры занимают незначительную часть их свободного времени. После окончания компьютерной игры четверть опрошенных (25,6 %) испытывают удовлетворение, 14 % подростков чувствуют усталость. Почти у половины подростков (45,2 %) родители ограничивают время, проводимое за компьютером, и у 35,7 % подростков родители контролируют, чем они занимаются за компьютером. 42,7 % подростков считают, что родители должны знать, в какие компьютерные игры играет их ребенок. Более половины респондентов (55,8 %) считают, что компьютерные игры влияют на физическое и психическое развитие ребенка.

Почти 83 % опрошенных ответили, что имеют много друзей, и почти треть респондентов (24,6 %) ответили отрицательно на тот же вопрос. Чуть меньше половины подростков (45,7 %) признают, что многие их друзья играют в компьютерные игры. Почти три четвертых респондентов (71,9 %) считают, что им легко общаться со сверстниками, в то же время пятая часть опрошенных подростков (19,6 %) признают, что имеют некоторые трудности в общении. Треть респондентов мужского пола (33,6 %) и почти две пятых респондентов женского пола (38,3 %) не определились с будущей профессией. Среди юношей наиболее распространен ответ «инженер» (18,5 %) и «машинист» (4,3 %). Среди девушек — «юрист» (7,5 %) и «учитель» (4,7 %). На вопрос «Может ли быть польза от компьютерных игр в реальной жизни» 45,7 % респондентов ответили отрицательно и 35,2 % — положительно (49,0 % — лица мужского пола и 23,4 % — лица женского пола). Компьютерные игры вызывают интерес у 60,3 % опрошенных (75,0 % — юноши, 47,7 % — девушки). Половина респондентов (50,8 %) никогда не поступали в жизни, опираясь на компьютерные игры. Компьютерные игры со сценами жестокости у 29,6 % вызывают желание прекратить игру, у 15,5 % — агрессию, 13,6 % — страх.

71,4 % опрошенных подростков предпочитают работать в коллективе, 28,6 % — в одиночку. На вопрос «Легко ли вас вывести из себя» 39,2 % респондентов ответили отрицательно, 31,7 % — положительно. 9,5 % опрошенных подростков часто чувствуют себя раздраженными, 51,3 % — иногда испытывают раздражение. Семь из десяти респондентов разрешают конфликтные ситуации компромиссом, взаимным согласием, 19,6 % — игнорируют конфликты, 9,4 % — вступают в крупную ссору и 2 % — дракой. На вопрос «Как вы считаете, если человек ничего не добился в жизни, то в чем причина?» две третьих респондентов (67,3 %) ответили — «он виноват сам», 26,6 % указывают, что «все зависит от стечения обстоятельств». 66,8 % анкетированных при принятии важных решений «всегда разумно взвешивают свои решения», 17,1 % признают, что «им трудно принимать решения, они часто сомневаются», 14,6 % — «принимают решения, не задумываясь». 32,2 % респондентов часто осознанно идут на риск, 54,7 % предпочитают не рисковать, так как считают это неразумным.

Таким образом, несмотря на то, что многие респонденты предпочитают проводить свое свободное время, гуляя с друзьями, 93,5 % опрошенных подростков мужского пола играют в компьютерные игры не менее 1 часа в день, из них 13 % проводят за компьютерными играми от 3 до 5 часов в день. Не смотря на то, что 70 % опрошенных подростков стараются решать конфликты компромиссом, 20 % имеют проблемы в общении со сверстниками. Среди подростков выявляется агрессия и неспособность некоторых из них урегулировать конфликтные ситуации мирным путем. 35 % опрошенных школьников старших классов не определились с выбором будущей профессии. 67,3 % респондентов слишком требовательно относятся к собственной личности и считают, что человек сам виноват во всех своих неудачах. Семь из десяти опрошенных подростков утверждают, что «всегда разумно взвешивают свои решения», но в то же время трое из десяти подростков признают, что часто осознанно идут на риск. В целом, несмотря на контроль со стороны родителей, подростки старших классов, особенно лица мужского пола, проводят за компьютерными играми значительную часть своего свободного времени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шапкин, С. А. Компьютерные игры: новая область психологических исследований / С. А. Шапкин // Психологический журнал. — 1999. — № 1. — С. 47–67.
2. Шмелев, А. Г. Мир поправимых ошибок. Вычислительная техника и ее применение / А. Г. Шмелев // Компьютерные игры. — 1998. — № 3. — С. 27–39.

УДК 616-008.9:616.36-008.6:61644:618.3]-055.2

АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ (обзор литературы)

Могильницкая О. Э., Егорова Т. Ю.

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Генитальный эндометриоз остается достаточно широко распространенным заболеванием, выявляется у 0,5–5 % фертильных женщин и у 25–40 % женщин, страдающих бесплодием. По наблюдениям Г. А. Савицкого (2002), среди женщин, подвергшихся лапароскопическому обследованию по поводу бесплодия за период 1989–2000 гг., частота эндометриоза составила около 47 %. В последние годы число диагностированных случаев заболевания демонстрирует экспоненциальный рост. В структуре гинекологической заболеваемости эндометриоз прочно удерживает третье место после воспалительных заболеваний и миомы матки, приводя к значительным нарушениям репродуктивной функции, стойкому болевому синдрому, бесплодию, нарушению функции смежных органов, нередко отрицательно влияя на психоэмоциональное состояние женщин, существенно снижая качество жизни.

Основу диагностики эндометриоза вне зависимости от локализации гетеротопий составляет циклический характер клинических проявлений, среди которых ведущее место занимает болевой синдром. В основном он проявляется выраженными болями в нижних отделах живота, альгодисменореей, диспареунией, дисхезией (боль при дефикации) [2]. Болевой синдром имеют до 65 % женщин с эндометриозом [3]. Постоянная боль приводит к снижению физической, социальной, сексуальной функции и развитию эмоционально-аффективных расстройств, что крайне негативно отражается на качестве жизни женщин [2]. При этом от 30 до 75 % женщин отмечают болезненные менструации, выраженные в большей или меньшей мере, вплоть до временной утраты трудоспособности (молодые девушки ежемесячно вынуждены пропускать несколько дней учебного процесса, для работающих женщин это, зачастую, причина 2–3-дневного «выключения» из обычного ритма жизни) [4]. По данным К. Nnoaham и соавт., эндометриоз снижает показатели работоспособности и приводит к потере трудоспособности: 11 ч на одну женщину в неделю, что на 38 % больше, чем у женщин без эндометриоза. Причем снижение эффективности работы приводит к большим трудовым потерям, чем время нетрудоспособности. Кроме того, страдает повседневная деятельность этих женщин, не связанная с профессией (уборка, учеба, уход за детьми и др.). В период обострения симптомов заболевания ограничивается социальная активность. Жалобы на диспареунию предъявляют до 70 % пациенток, страдающих наружным генитальным эндометриозом с преимущественным поражением ретроцервикальной области, крестцово-маточных связок. Однако не всегда наблюдается корреляция между анатомическими характеристиками очага, длительностью процесса и степенью выраженности тазовых болей. Диспареуния вызывает беспокойство у пациенток, негативно влияя на качество жизни и межличностные отношения с половым партнером [4]. Болезненные ощущения влияют на эмоциональную сферу, психическое и общее состояние женщины, в том числе на внутрисемейные отношения [4]. По данным S. Kennedy (2001, 2002), женщины с эндометриозом редко вступают в семейные отношения. Другим важным симптомокомплексом эндометриоза является нарушение менструальной функции по типу гиперполименореи или скудных темных перименструальных кровянистых выделений, которые приводят к анемии, далее к ухудшению общего самочувствия и снижению показателей качества жизни таких больных. Бесплодие также является характерным признаком эндометриоза; его частота колеблется в значительных пределах — от 20 до 68 % среди женщин репродуктивного возраста. Бесплодие в браке остается важной медицинской и социальной проблемой, прежде всего для развитых стран с низким уровнем рождаемости. По данным ВОЗ, при частоте бесплодия 15 % и выше, его влияние на демографические показатели значительно превышает суммарное влияние невынашивания и перинатальных потерь. Восстановление фертильности у пациентов является важным этапом медицинской и социальной реабилитации. Кроме того, неспособность иметь детей изменяет социальную, психологическую адаптацию пациентов в обществе и ведет к снижению качества жизни.

В настоящее время все исследования в области эндометриоза проводятся с целью оценки ущерба, наносимого обществу этой болезнью (K. Zondrivan, S. Kennedy, WERF; 2010). Актуальной проблемой является оценка качества жизни пациенток, страдающих эндометриозом. Наблюдается значительный рост интереса к понятию «качество жизни» со стороны представителей различных областей медицины и увеличение числа публикаций по данной проблеме. При этом в литературе отмечаются значительные различия как в толковании понятия и его составляющих, так и в подходах к оценке качества жизни на практике.

В последние годы выделен ряд характеристик понятия «качество жизни», среди которых основными являются: многомерность, изменяемость во времени, участие больного в оценке его состояния [1].

Многомерность. Понятие «качество жизни» включает информацию об основных сферах жизни человека: физической, психической и социальной. Оценка качества жизни позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного с учетом как связанных, так и не связанных с заболеванием факторов.

Изменяемость во времени. Качество жизни изменяется во времени в зависимости от состояния больного. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния больного и в случае необходимости проводить коррекцию лечения. Больные эндометриозом нуждаются в постоянной лекарственной терапии и диагностическом контроле, в систематическом контакте с медицинским персоналом [5]. Это приводит к тому, что у больных эндометриозом сочетанное воздействие как собственно заболевания, так и процесса его лечения (стационарный и амбулаторный этапы) создает новый образ жизни, подчиняющий себе как бытовую сферу, так и сферу профессиональной деятельности человека. Оценка качества жизни в этом случае не только приобретает клиническую значимость, являясь критерием эффективности терапии, но и помогает определить уровень социальной адаптации и активности человека на фоне его заболевания. Социально-экономические аспекты эндометриоза включают высокую стоимость обследования и лечения пациенток с данным заболеванием. World Endometriosis Research Foundation (WERF) провело исследования по изучению стоимости лечения эндометриоза. Исследование проводилось в 12 медицинских центрах в 10 странах. Стоимость лечения составляет 22 миллиарда в год на женщин репродуктивного возраста! До 2801 доллара на одну пациентку [5]. Во всем мире эндометриозом страдают примерно 86 млн женщин, число которых постоянно растет, поэтому это заболевание относят к разряду современных эпидемий. Годы изнуряющей боли, бесплодия, спорадической и иногда полной потери трудоспособности препятствуют раскрытию потенциала и полной реализации возможностей этих женщин в социальной сфере, обществе и в семье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян, Л. В. Эндометриозы: руководство для врачей / Л. В. Адамян, В. И. Кулаков. — М.: Медицина, 1998. — С. 317.
2. Яроцкая, Е. Л. Современные подходы к лечению больных с тазовыми болями в клинике оперативной гинекологии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е. Л. Яроцкая. — М., 2004. — С. 398.
3. Hummelshoj, L. Endometriosis significantly impacts womens productivity at work, first worldwide study finds / L. Hummelshoj // WERF: Press release. — 2010. — С. 1–3.
4. Jones, G. Health-related quality of life measurement in women with common benign gynecological conditions: a systematic review / G. Jones, S. Kennedy, C. Jenkinson // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2002. — С. 187, 501–511.
5. Multi-center studies of the global impact of endometriosis and the predictive value associated symptoms / K. E. Nnoaham // J. Endometriosis. — 2009. — С. 36–45.

УДК 616.89-008.441.33-084

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Науменко Н. М.

Государственное учреждение

«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»
г. Гомель, Республика Беларусь

Проблема зависимостей является не только медицинской, но прежде всего социальной проблемой. Последствия от употребления психоактивных веществ (далее — ПАВ) разнообразны. Ущерб здоровью, причина преждевременной смерти, инвалидности, деградации личности, автодорожные происшествия, аварии, травмы и несчастные случаи на производстве, противоправные действия.

Психоактивное вещество — это любое вещество, после употребления которого изменяется восприятие, настроение, познавательная способность, поведение или двигательные функции человека и в результате употребления которого развивается зависимость.

Зависимое (аддиктивное) поведение (от лат. *addictus* — «тот, кто связан долгами») — это одна из форм отклоняющегося поведения личности, которая связана со злоупотреблением чем-то или кем-то в целях саморегуляции или адаптации. В переводе с английского *addiction* — «склонность, пагубная привычка» [1].

Актуальность проблемы борьбы с зависимостями в Республике Беларусь обуславливается:

- недостаточным уровнем понимания значимости и опасности употребления ПАВ как отдельными гражданами, так и населением в целом;
- отсутствием личной мотивации в отказе от употребления ПАВ;
- недостаточным, а порой и полным отсутствием знаний о здоровом образе жизни, об алкоголе, табаке, наркотиках, их свойствах, последствиях их употребления.

Число больных наркоманией в Республике Беларусь ежегодно увеличивается. В период с 1987 по 2013 гг. число регистрируемых в течение года больных наркоманией возросло в 32,6 раза. Объем потребления спиртных напитков на душу населения Республики с 1995 по 2012 гг. увеличился с 6,7 до 11,97 литра абсолютного алкоголя.

За период 9 месяцев 2013 г. первичная заболеваемость синдромом алкогольной зависимости (хроническим алкоголизмом) в Гомельской области составила 151,5 на 100 тыс. человек (снижение на 14,6 %, 177,4 на 100 тыс. человек; здесь и далее показатели приводятся в относительных цифрах). На профилактический учет по поводу употребления алкоголя с вредными для здоровья последствиями взято 5901 пациент (снижение на 2 %, 6021 пациент). В результате случайных отравлений и воздействия этилового спирта умерло 90 человек (снижение на 44,4 %, 162 человека) [2].

За период 9 месяцев 2013 г. первичная заболеваемость синдромом наркотической зависимости (наркоманией) в Гомельской области составила 9,3 на 100 тыс. человек (рост на 12,1 %, 8,3 на 100 тыс. человек). На профилактический учет по поводу употребления наркотических средств с вредными для здоровья последствиями (эпизодическое употребление наркотических средств) взято 308 пациентов (рост на 30,5 %, 236 пациентов). В области зарегистрировано 36 случаев передозировок наркотическими средствами (рост в 3 раза, 12 случаев) [2].

В Республике Беларусь проблема алкоголизации и употребления наркотических средств решается на государственном уровне. Разработаны, утверждены и выполняются следующие программы:

1. Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011–2015 гг. (далее — Государственная программа).

2. Комплекс мер, направленных на снижение алкоголизации населения, употребления наркотических средств и уменьшения уровня смертности, вызванной управляемыми причинами.

Мероприятия, проводимые в рамках выполнения Государственных программ, направлены на привитие навыков здорового образа жизни, на уменьшение доступности ПАВ и на уменьшение мотивации к их употреблению.

Основной целью профилактической работы в данном направлении является формирование у населения гигиенических адекватных навыков и привычек поведения, выработки стойкого осознанного негативного отношения к употреблению ПАВ.

Профилактическая работа должна быть своевременной и целенаправленной, проводиться при тесном взаимодействии с управлениями образования, идеологической работы, культуры и по делам молодежи, спорта и туризма, общественными организациями, правоохранительными органами, религиозными объединениями, средствами массовой информации в комплексе мероприятий, направленных на формирование мотивации населения для укрепления позитивных решений в отношении улучшения здоровья.

Существуют отработанные подходы к проведению профилактического воздействия в зависимости от уровня проблемы.

Первичная профилактика зависимостей имеет целью предупредить начало употребления наркотиков, алкоголя лицами, ранее их не употреблявшими. Она является преимущественно социальной, наиболее массовой, ориентирована на общую популяцию детей, подростков, молодежи и стремится уменьшить число лиц, у которых может возникнуть заболевание, а ее усилия направлены на предупреждение развития болезни, формирование способности сохранить и укрепить здоровье.

1. Подход, основанный на распространении информации о психоактивных веществах.

Основа данного подхода — познавательная модель употребления наркотиков, алкоголя. Предоставление частичной информации о фактах влияния употребления ПАВ на ор-

ганизм, поведение, а также статистических данных о распространенности наркомании, алкоголизма, изменениях личности, проблемах, с этим связанных. Согласно этой модели человек принимает более или менее осознанное решение, употреблять ПАВ или нет. Подход должен быть дифференцирован в зависимости от пола, возраста, социальных условий, характерных для определенных групп населения.

2. Подход, основанный на эмоциональном обучении.

Риск употребления ПАВ может быть снижен путем развития эмоциональной сферы. Этот подход концентрируется на ощущениях, переживаниях человека, его навыках их распознавать и управлять собственными эмоциями, выражать свои чувства. Зависимость от психоактивных веществ чаще развивается у лиц, имеющих как затруднения в определении и выражении эмоций, так и личностные факторы риска (низкая самооценка, слабо-развитые навыки принятия решений и т. д.). Здесь целью профилактического воздействия является развитие навыков распознавания и выражения эмоций, повышение самооценки, развитие навыков общения и принятия решений.

3. Подход, основанный на роли социальных влияний.

Начало употребления алкоголя и наркотиков провоцируется как средствами массовой информации, так и сверстниками, родителями, употребляющими ПАВ и являющимися своеобразным эталоном, ролевой моделью для детей и подростков, не употребляющих эти вещества.

Влияние сверстников и семьи играет важную роль в этом процессе, способствуя или препятствуя началу употребления. Поведение человека формируется в результате его собственного поведения и воздействия примеров окружающих (родители, другие родственники, друзья и т. д.).

4. Подход, основанный на формировании жизненных навыков.

Жизненные навыки — это те навыки личного поведения и межличностного общения, которые позволяют людям контролировать и направлять свою жизнедеятельность, развивать умение жить вместе с другими и вносить изменения в окружающую среду. Основной набор жизненных навыков включает в себя: творческое и критическое мышление, эффективное общение, принятие решений и решение проблем, самосознание, сопереживание, навыки личных взаимоотношений, умение управлять эмоциями и совладать со стрессом.

5. Подход, основанный на деятельности, альтернативной потреблению наркотиков. Интегративный подход.

Составными компонентами данного подхода часто являются знания о ПАВ и последствиях их употребления, развитие мотивации на укрепление здоровья, формирование жизненных навыков, навыков разрешения проблем, поиска социальной поддержки. Обучение навыкам противостояния давлению употребить ПАВ и защиты себя и других сверстников в ситуациях, связанных с возможным их употреблением. Несовместимая с употреблением вредных веществ альтернативная деятельность (спорт, творчество, культурные мероприятия, хобби и т. д.) способствует уменьшению распространения употребления ПАВ.

6. Подход, основанный на укреплении здоровья.

Укрепление здоровья — это процесс, помогающий усилить контроль за определенными параметрами здоровья и таким образом улучшить его. В настоящее время укрепление здоровья является неким объединяющим понятием и отражает примирение человека с окружающей средой. Оно сочетает в себе личный выбор и социальную ответственность, что ведет к улучшению здоровья в будущем [3].

Приоритетными направлениями Государственных программ продолжают оставаться вопросы разработки системы эффективных профилактических мероприятий, взаимодействия государственных органов с общественными и религиозными организациями, обеспечения научных исследований в области профилактики алкоголизма, наркомании и связанных с ними последствий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Змановская, Е. В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): учеб. пособие для студентов высших учебных заведений / Е. В. Змановская. — М.: Академия, 2004. — 288 с.
2. О выполнении комплекса мер, направленных на снижение алкоголизации населения, употребления наркотических средств и уменьшения уровня смертности, вызванной управляемыми причинами: Решение лечебно-контрольной комиссии. — Гомель, 2013. — С. 2–4.
3. Пособие по профилактике потребления психоактивных веществ (Программа БУМАД) / Пол Кук [и др.]. — Минск: Белсэньс, 2006. — 112 с.

УДК 616.248–039.31:616.24–008.1:612.014.4–053.2

**ФАКТОРЫ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ КАК ТРИГГЕРЫ ПРИСТУПОВ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, АССОЦИИРОВАННОЙ
СО СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЛЕГКИХ**

Ненартович И. А.

**Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Общепризнано, что целью лечения астмы является достижение ее контроля, что подразумевает улучшение качества жизни пациента. Это особенно важно для пациентов — детей, так как с одной стороны определяет не только физическое, но и психологическое состояние ребенка. С другой стороны, ребенок с астмой по истечении времени станет человеком трудоспособного возраста с астмой. Астма характеризуется высокочувствительной терапией и часто связана с длительной нетрудоспособностью пациента. «Формула» достижения контроля подразумевает сочетание адекватного объема лекарственной терапии и устранение (по возможности) триггеров приступов из окружения пациента. В основе бронхиальной астмы лежит воспаление, а в последние годы также публикуются данные о наличии и структурных изменений легких [1]. Но как структурная патология влияет на контроль заболевания, отличается ли спектр триггеров при их наличии — эти вопросы все еще не освящены.

Цель

Оценить роль факторов внешней среды как триггеров приступов у детей с бронхиальной астмой, ассоциированной со структурными изменениями легких.

Методы исследования

В анализируемую выборку включен 101 ребенок с бронхиальной астмой среднетяжелого или тяжелого персистирующего течения из числа пациентов, находившихся на лечении в условиях пульмонологического отделения для детей УЗ «Минская областная детская клиническая больница» в период 2010–2013 гг. Диагноз бронхиальной астмы и степень тяжести ее течения устанавливали согласно критериям GINA (пересмотр 2002 г.), на основе которых принят национальный (Республика Беларусь) консенсус по бронхиальной астме у детей и взрослых. Степень контроля заболевания определяли в соответствии с требованиями GINA (пересмотр 2006 г.). Рандомизация пациентов осуществлялась после получения данных компьютерной томографии органов грудной клетки с формированием 2 параллельных групп:

1. Пациенты с бронхиальной астмой среднетяжелого и тяжелого персистирующего течения с наличием структурных изменений легких (основная группа).
2. Пациенты с бронхиальной астмой среднетяжелого и тяжелого персистирующего течения без структурных изменений легких (группа сравнения).

Сведения об организации гипоаллергенного быта были получены при беседе с пациентом и его законными представителями.

Статистическую обработку результатов проводили в программах MS Excel 2007 и «Statistica», 6.0 (StatSoft, США). Анализ соответствия вида распределения признаков закону нормального распределения выполняли с использованием критерия Шапиро-Уилка; при уровне статистической значимости $p_1 \leq 0,05$ распределение считали отличным от нормального. Меры центральной тенденции и рассеяния данных рассчитывали при помощи методов описательной статистики. Количественные параметры представляли в виде медианы и межквартильного интервала (Me [25÷75]). При проведении статистического анализа полученных данных мы использовали непараметрические методы (U-критерий Манна-Уитни). Для анализа различия частот в независимых группах применяли критерий χ^2 Пирсона. Если в группе было менее 10 наблюдений, то применяли поправку Йетса на непрерывность. При частоте изучаемого признака менее 5 использовали точный критерий Фишера. Критическим уровнем значимости при проверке гипотез принимали $p_2 \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение

По результатам выполненной компьютерной томографии у 46,5 % (47/101) пациентов были выявлены различные структурные изменения легких (рисунок 1). Примечательно, что у 9 детей выявлялись сочетания структурных изменений: 11,1 % (1/9) пневмофиброз + плевральные спайки, 11,1 % (1/9) пневмофиброз + булла, 22,2 % (2/9) пневмофиброз + усиленный деформированный легочной рисунок (УДЛР), 11,1 % (1/9) эмфизема + УДЛР, 11,1 % (1/9) пневмофиброз + перибронховаскулярные узелки (ПБВУ), 11,1 % (1/9) пневмофиброз + ателектаз, 11,1 % (1/9) пневмофиброз + плевральные спайки+ ПБВУ, 11,1 % (1/9) эмфизема + УДЛР + плевральные спайки.

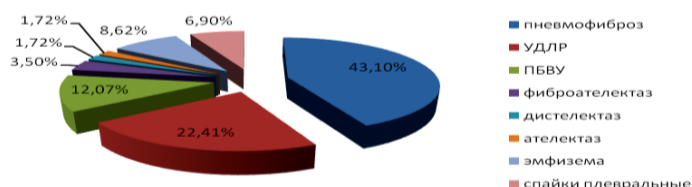


Рисунок 1 — Структурные изменения легких у детей с бронхиальной астмой

Сформированных групп статистически значимо не отличались по длительности заболевания (в 1-й группе Me [25÷75] = 11 [9:14] лет, во 2-й Me [25÷75] = 9 [7:12] лет, $p = 0,75$), половому составу пациентов (соотношение мальчики/ девочки в 1-й группе 32/ 15, а во 2-й 35/19, $p = 0,73$), по соотношению степеней тяжести заболевания: в первой группе оказалось 39 пациентов со среднетяжелым и 8 с тяжелым персистирующим течением, во второй группе 47 и 7 детей, соответственно ($\chi^2 = 0,33$, $p = 0,57$). При анализе степени контроля установлены значимые различия для пациентов с неконтролируемой астмой тяжелого течения с наличием структурной патологии ($p = 0,0513$).

Дети 2 групп как триггеры чаще называли ОРИ, холодный и сырой воздух, резкие запахи. При сопоставлении значимости (таблица 1) и числа триггеров у пациентов 2 групп не обнаружено статистически значимых различий: в основной группе Me [25÷75] = 5 [2: 12], в группе сравнения Me [25÷75] = 5 [3: 8], ($U = 1166,500$, $p = 0,6973$). Чаще всего пациенты основной группы называли 6 триггеров (19,1 % (9/47) детей), а в группе сравнения — 4 фактора (14,8 % (8/54) участников).

Таблица 1 — Триггеры приступов бронхиальной астмы

Триггеры	Группа 1, % (n)	Группа 2, % (n)	P
ОРИ	72,3 % (34/47)	81,5 % (44/54)	0,2745
Холодный воздух	51,1 % (24/47)	57,4 % (31/54)	0,5231
Физическая нагрузка	36,2 % (17/47)	38,9 % (21/54)	0,7795
Сырой воздух	74,5 % (5/47)	70,4 % (38/54)	0,6463
Резкие запахи	61,7 % (29/47)	51,8 % (28/54)	0,3193
Дым костра	12,8 % (6/47)	24,1 % (13/54)	0,1469
Табачный дым	25,5 % (12/47)	25,9 % (14/54)	0,9646
Средства бытовой химии	21,3 % (10/47)	16,7 % (9/54)	0,7368
Парфюмерные средства	21,3 % (10/47)	27,8 % (15/54)	0,4524
Аэрозоли	12,8 % (6/47)	9,2 % (5/54)	0,8072
Отрицательные эмоции	40,4 % (19/47)	33,3 % (18/54)	0,4606
Плач	42,5 % (20/47)	29,6 % (16/54)	0,1762
Смех	36,2 % (17/47)	20,4 % (11/54)	0,0768
Пищевые аллергены	12,8 % (6/47)	9,3 % (5/54)	0,5726
Бытовые аллергены	19,1 % (9/47)	9,3 % (5/54)	0,2518
Эпидермальные аллергены	23,4 % (11/47)	20,4 % (11/54)	0,7125
Растения	6,4 % (3/47)	3,7 % (2/54)	0,4339
Лекарственные средства	4,2 % (2/47)	3,7 % (2/54)	0,6370
Плесень	4,2 % (2/47)	1,8 % (1/54)	0,6370

Примечательно, что каждый пятый пациент основной группы и каждый десятый из группы сравнения назвали внутрижилищные бытовые аллергены домашней пыли и клеща. Поэтому проведен анализ организации гипоаллергенного быта детей. При уточнении условий проживания пациентов выяснили, что в квартирах проживают 36,2 % (17/47) детей

первой группы и 35,2 % (19/54) второй ($\chi^2 = 0,01$, $p = 0,9179$). Неутешительным является то, что только 2,1 % (1/47) и 3,7 % (2/54) второй группы не было выявлено погрешностей организации гипоаллергенного быта ($p = 0,2834$). При анализе частоты отдельно взятого «нарушения» (таблица 2) на момент проведения исследования в анализируемых группах статистически значимых различий выявлено не было. Также статистически значимых различий не получено при сравнении числа погрешностей в организации быта пациента: в первой группе $Me [25\div 75] = 2 [2: 4]$, во второй — $Me [25\div 75] = 2 [1:4]$ ($U = 1118,5$, $p = 0,3055$).

Таблица 2 — Погрешности организации гипоаллергенного быта

Погрешность	Группа 1	Группа 2	p
Сырость в жилище	46,8 % (22/47)	0 % (0/54)	0,000*
Печное отопление	42,5 % (20/47)	29,6 % (16/54)	0,1196
Домашнее животное	29,8 % (14/47)	31,5 % (17/54)	0,8539
Неправильное обустройство постели	21,3 % (10/47)	13 % (7/54)	0,1984
Горшечные растения	78,7 % (37/47)	79,6 % (43/54)	0,2653
Накопители пыли	31,9 % (15/47)	25,9 % (14/54)	0,5070
Плесень	10,6 % (5/47)	18,5 % (10/54)	0,2040
Активное курение	0 % (0/47)	0 % (0/54)	—
Пассивное курение	38,3 % (18/47)	46,3 % (25/54)	0,4174

Выводы

У половины (46,5 %) детей со среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астмой выявлены разнородные структурные изменения легких. Триггерами приступов бронхиальной астмы у пациентов с наличием структурных изменений и без них чаще всего выступали переносимая острая респираторная инфекция, вдыхание холодного и сырого воздуха, резкие запахи (без статистически значимых различий между группами). Как правило, в обеих группах провоцирующих факторов было несколько. Гипоаллергенный быт организован лишь у единичных пациентов, а у большинства детей обеих групп выявлено в среднем 2 погрешности, среди которых лидировали наличие горшечных растений в комнате пациента и пассивное курение. Обнаружено, что пациенты первой группы проживали в сырых помещениях чаще, чем дети из группы сравнения. Все выявленные погрешности относятся к управляемым факторам риска и ухудшения течения заболевания. Большая часть этих погрешностей может быть устранена без существенных финансовых затрат родителей. Полученные данные подчеркивают значимость обучения пациентов и их родителей в астма- и алергошколах, необходимость формирования мощной мотивации личного участия, ответственности пациентов и родителей в лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. International consensus on (ICON) pediatric asthma/ N. G. Papadopoulos [et al.] // Allergy. — 2012. — Vol. 67, № 8. — P. 976–997.

УДК 616.728.3-002-036.8:616.15

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОСЫВОРОТКИ КРОВИ ПАЦИЕНТА ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

Николаев В. И., Белецкий А. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Остеоартроз (ОА) — частое заболевание суставов, относящееся к группе гетерогенных полиэтиологических. По данным ревматологов Европы и США, на долю этого заболевания

приходится до 70 % в структуре всех ревматических болезней и клинически оно определяется более чем у 10–12 % населения Земли. Данное заболевание коррелирует с возрастом, чаще развивается после 30–35 лет. В возрасте старше 70 лет ОА страдают 40–80 % людей, из них 80 % имеют ограничения в движении, а 25 % не могут справиться с ежедневными обязанностями, что приводит к снижению качества жизни этих больных и значительным экономическим затратам как для государства, так и для пациента [1].

В настоящее время во всем мире происходит переоценка старых методов лечения и оценка новых терапевтических средств не только с точки зрения их действенности и безопасности, но и с позиции их эффективности и экономичности. Так, в рамках Международной декады костей и суставов (2001–2010 гг.) решаются вопросы оптимизации терапии различных ревматических заболеваний, в том числе и ОА, с точки зрения экономики. Правильное лечение ОА влечет сокращение расходов, превышающее вложенные средства. Различные виды клинико-экономического анализа позволяют сделать правильный выбор между альтернативными способами терапии, традиционными и новыми оригинальными препаратами структурно-модифицирующего действия, которые используются для терапии ОА [1, 2].

Качество жизни (КЖ) — это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования пациента, основанная на его субъективном восприятии. За последнее десятилетие в ревматологии проведены десятки клинических исследований, в которых проводилась оценка эффективности разных методов лечения при использовании опросников КЖ. Для исследования КЖ пациентов с ОА используются как опросники (SF-36, EQ-5D и др.), так и специальные методики (KOOS, HAQ, AIMS-2) [3].

В последние 5–6 лет появились первые публикации в англо- и русскоязычных научных изданиях, свидетельствующие об эффективности внутрисуставного применения плазмы крови, обогащенной тромбоцитами и аутосыворотки крови при экспериментальном ОА, а также у пациентов с гонартрозом (ГА). Для успешной замены синовиальной жидкости необходимо, чтобы ее аналог обладал такими же биохимическими свойствами и имел такой же жирнокислотный состав эфиров холестерина, как и натуральная синовиальная жидкость. С биологической точки зрения в этом плане наиболее подходит сыворотка крови, как абсолютно биосовместимая биологическая среда и во многом обладающая свойствами сходными с натуральной синовиальной жидкостью [2, 4, 5].

Цель

Проанализировать результаты локальной терапии ГА аутосывороткой крови пациента по показателям КЖ.

Материалы и методы исследования

Были получены результаты клинико-лабораторных исследований и другие данные о состоянии здоровья пациентов с ГА, проходивших лечение на базе ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 1». Пациентам проведено рентгенографическое исследование коленных суставов, на основании результатов которого определена стадия ГА по Келлгрону. Всем участникам исследования проведено внутрисуставное введение по 5 мл аутосыворотки крови в пораженные коленные суставы с интервалом между инъекциями 1 неделя количеством инъекций от 3 до 5 за 1 курс лечения. Оценка КЖ производилась до и после лечения с использованием стандартного опросника SF-36.

На основе полученной информации была разработана электронная база данных. Данные были сведены в таблицы и обработаны статистически с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statsoft (USA) Statistica», v.8.0.

Результаты и обсуждение

Данные были собраны для 22 пациентов (16 женщин, 6 мужчин) в возрасте от 31 до 74 лет, медиана составила 59,5 (52; 67) года. У 16 пациентов наблюдалось двустороннее поражение левого (ЛКС) и правого коленных суставов (ПКС), у 6 — одного сустава. Статистически значимых различий как по значениям бедренно-большеберцового угла (ББУ) ($U = 145$; $Z = -1,023$; $p = 0,306$), так и по частоте встречаемости различных стадий ГА по Келлгрону ($\chi^2 = 2,609$; $p = 0,456$) между ЛКС и ПКС выявлено не было. Распределение пациентов по рентгенологическим стадиям ГА по Келлгрону представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Рентгенологические стадии ГА по Келлгрэну у пациентов

Рентгенологическая стадия ГА	Коленный сустав	
	правый, n	левый, n
Отсутствие ГА	4	2
Стадия I	11	7
Стадия II	2	4
Стадия III	4	7
Стадия IV	1	2
ББУ, °	178,5 (175;183)	180,5 (176,5;184)

При проведении анализа различий между группами пациентов с различными рентгенологическими стадиями ГА по показателю ББУ были выявлены статистически значимые различия ($N = 20,938$; $p < 0,001$). Результаты расчетов приведены в таблице 2.

Таблица 2 — ББУ у пациентов с различными рентгенологическими стадиями ГА

Рентгенологическая стадия ГА	ББУ, °
Стадия I	175,5 (175; 178)
Стадия II	180,5 (180; 181)
Стадия III	183 (181; 185)
Стадия IV	188 (187; 193)

При проведении анализа различий между группами пациентов с различными стадиями ГА были выявлены статистически значимые различия по показателю физического функционирования до лечения как в ПКС ($N = 8,087$; $p = 0,044$), так и в ЛКС ($N = 8,829$; $p = 0,020$). Результаты расчетов приведены в таблице 3.

Таблица 3 — Физическое функционирование у пациентов до лечения с различными стадиями ГА по Келлгрэну

Рентгенологическая стадия ГА	Физическое функционирование	
	ПКС	ЛКС
Стадия I	20 (19; 23)	19 (19; 21)
Стадия II	13,5 (12; 15)	22,5 (20; 26,5)
Стадия III	18 (15,5; 19)	17 (14; 19)
Стадия IV	17 (17; 17)	18,5 (18; 19)

В ПКС значения показателя физического функционирования находились в обратной средней силы ($\tau = -0,449$; $p = 0,009$) статистически значимой ассоциации со стадией ГА. В ЛКС выявлена тенденция к наличию слабой обратной ассоциации физического функционирования и стадии ГА ($\tau = -0,270$; $p = 0,095$).

При сопоставлении результатов анкетирования по показателям КЖ при ГА у пациентов до и после лечения с использованием аутосыворотки крови для интраартикулярного введения были выявлены статистически значимые различия. Результаты расчетов представлены в таблице 4.

Таблица 4 — Качество жизни пациентов до и после лечения

Показатель	До лечения	После лечения	Z	p
Физическое функционирование	19 (17; 20)	21 (18; 23)	3,408	< 0,001
Ролевое физическое функционирование	4 (4; 6)	5 (4; 6)	2,201	0,028
Интенсивность боли	6,1 (5; 2;7,1)	8,2 (7,2; 8,2)	3,724	< 0,001
Общее состояние здоровья	17,5 (15; 19)	17,5 (15; 21)	2,023	0,043
Жизненная активность	13 (9; 15)	15,5 (14; 16)	3,621	< 0,001
Социальное функционирование	7,5 (7; 9)	8 (7; 9)	1,937	0,053
Ролевое эмоциональное функционирование	3,5 (3; 6)	4 (3; 6)	—	—
Психическое здоровье	16(12;17)	17 (16; 18)	3,285	0,001

Заключение

Локальная терапия аутосывороткой крови пациентов с ГА по критериям КЖ оказывает выраженный симптом-модифицирующий эффект.э

ЛИТЕРАТУРА

1. Насонова, В. А. О Всемирной декаде костно-суставных заболеваний 2000–2010 гг. / В. А. Насонова, Ш. Эрдес // Научно-практическая ревматология. — 2000. — № 4. — С. 14–16.
2. Локальная терапия гонартроза аутосывороткой крови пациента / В. И. Николаев [и др.] // Весці НАН Беларусі: Серыя мед. навук. — 2006. — № 4. — С. 50–53.
3. Комплексная оценка качества жизни больных ревматоидным артритом / И. А. Андрианова [и др.] // Научно-практическая ревматология. — 2006. — № 2. — С. 11–17.
4. The effect of platelet rich plasma combined with microfractures on the treatment of chondral defects: an experimental study in a sheep model / G. Milano [et al.] // Osteoarthritis and Cartilage. — 2010. — № 18. — P. 971–980.
5. Platelet-rich plasma: intra-articular knee injections produced favorable results on degenerative cartilage lesions / E. Kon [et al.] // Knee Surg. Sports Traumatol. Athrosc. — 2010. — № 18. — P. 472–479.

УДК 159.9:61+616.89

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ НА ПОСТСОВЕТСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ: КРОСС-КУЛЬТУРНЫЙ ПОДХОД

Николаев Е. Л., Захарова А. Н.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова»
г. Чебоксары, Российская Федерация**

Психическое здоровье относится к тем понятиям, которые довольно широко употребляются как в среде профессионалов (медиков, психологов, организаторов здравоохранения), так и вне этой среды — в средствах массовой информации, политиками, учеными, общественными деятелями и многими другими. В определении Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) указывается, что психическое здоровье — это состояние благополучия, при котором индивид реализовывает свои возможности, может преодолевать стрессы повседневной жизни, может продуктивно и плодотворно трудиться и способен вносить вклад в жизнь своего сообщества (WHO, 2005). Психическое здоровье рассматривается ВОЗ как неотъемлемая часть общего здоровья, понимаемого, как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов (ВОЗ, 2007). Миссия ВОЗ в области психического здоровья обозначена в уменьшении бремени, связанного с психическими и неврологическими расстройствами, включая расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, а также пропаганде психического здоровья в мире (ВОЗ, 2005).

Общепринятой точки зрения на этот феномен до сих пор не существует. По сути, психическое здоровье является социальным конструктом, который формируется социумом, культурой, сообществом, каждое из которых имеет свои собственные варианты концептуализации источников происхождения того, что понимается как «психическое здоровье» (K. Weare, 2000).

ВОЗ признает, что важными факторами влияния на психическое здоровье являются негативные социально-экономические условия и окружающая среда. Большую роль играют высокий уровень нищеты за счет низкого уровня образования, плохих жилищных условий, низких доходов, безработицы. Пагубное влияние оказывают долгосрочные неблагоприятные социально-экономические условия как у отдельных людей, так и для общин в целом (ВОЗ, 2007). Механизмами ухудшения состояния психического здоровья в такой ситуации ВОЗ считает такие факторы, как чувство незащищенности и безнадежности, быстрые социальные перемены, а также риск насилия и плохое состояние физического здоровья. Атмосфера, в которой реализовываются основные гражданские, политические,

культурные и социально-экономические права личности, с позиции ВОЗ способствует укреплению психического здоровья на индивидуальном и общественном уровнях (ВОЗ, 2007).

Исследователями установлено, что в современном обществе резко возросло количество рисков для психического здоровья: некоторые из них связаны с нарастанием интенсивности повседневной жизни, с последствиями стресса — экстремального, военного, профессионального, информационного, миграционного, социального и др. Появление других рисков связано с прямыми и опосредованными воздействиями современной массовой культуры, СМИ, которая, формируя внешне свободного человека, вместе с тем наполняют его тревожностью, инфантильностью, высокими притязаниями, конфликтностью, перфекционизмом, другими дезадаптивными качествами (Л. Н. Юрьева, 1998, 2002; Н. Г. Незнанов, К. К. Телия, 2001; С. А. Игумнов, Н. К. Григорьева, 2007; Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева, 2009; Н. Г. Гаранян, 2010; С. А. Игумнов, А. П. Гелда, 2010; А. Б. Холмогорова, 2011). Изменения затрагивают и систему помощи при психических расстройствах, что отмечается в первую очередь в западноевропейских странах (N. Sartorius, 2004).

Ученые отмечают, что уровень психического здоровья сегодня тесно связан с социально-экономическими показателями. Такая ситуация касается не только развивающихся стран, но и некоторых стран Восточной Европы и Центральной Азии (N. Sartorius, 2004). Эти страны с трансформирующейся экономикой оказались в противоречивой ситуации, когда старая система психиатрической помощи по различным причинам снизила свою эффективность, а ее реформирование не всегда сопровождается положительными изменениями. В таких обстоятельствах особый интерес представляет взгляд на общие проблемы психического здоровья с точек зрения различных позиций, что осуществимо только при опоре на междисциплинарный подход в исследованиях.

Следует отметить, что анализ мирового состояния науки в данной области выявил, что нарастание внимания к культурным различиям — яркая и характерная черта современной психологии и психиатрии. Появились представления о так называемой четвертой силе в психотерапии. В психологии в этом плане особый интерес представляет мультикультурное консультирование (P. Pedersen, W. J. Lonner, J. G. Draguns, 1976; P. Pedersen, A. Ivey, 1993); кросс-культурная когнитивная терапия (D. Epstein, M. White, K. Murray, 1992, M. Korman, 1973; P. Мак Маллин, 2001). На фоне всеобщего научного интереса к культурно-специфической психологии и психопатологии обращает внимание преимущественная ориентация исследователей на эмпирический и описательный подходы.

Анализируя в целом междисциплинарные проблемы психического здоровья, важно отметить, что и в обществе и в научных кругах формируется осознанное отношение к тому, что психическое здоровье является одной из важнейших детерминант благополучия человека и всего общества.

В последние годы на повестку дня выходят новые ориентиры в разработке проблем психического здоровья. В силу нарастания интенсивности глобализационных процессов, когда, с одной стороны, усиливается тенденция к унификации стран и народов, их образа жизни, с другой — практически каждый регион мира переживает период смешения языков, религий и систем мировоззрения, на смену культурной интеграции общества приходит его культурная мозаичность. И тогда фактор различия культур в ситуации скоротечности и поверхностности процессов социального взаимодействия может из положительного ресурса превращаться в фактор личностной и общественной дестабилизации. Не учитывать этого в современных условиях просто невозможно.

Культурные характеристики тесно взаимосвязаны со здоровьем; влияют на отношение к здравоохранению и лечению, представления о причинах здоровья и болезни, доступность здравоохранения, обращение за медицинской помощью (Д. Мацумото, 2002). Культурные особенности личности играют важную роль в восприятии стресса и выработке оптимальных стратегий его преодоления. Так, например, социальные нормы индивидуализма или коллективизма отражаются в особенностях защитно-компенсаторного поведения (J. Schaubroeck et al., 2000), причем связи между этнокультурными характеристиками личности, стрессом и совладанием носят сложный и разноплановый характер (B. G. Knight et al., 2000).

Реалии клинической практики в такой многонациональной стране, как Россия, и международный опыт определенно свидетельствуют о влиянии этнических, религиозных, семейных, ценностных и иных культурных факторов на уровень психического здоровья населения (Б. С. Положий, А. А. Чуркин, 2001). В связи с этим особую распространенность получили исследования, в основе которых лежит примодальный этнокультурный подход. Обзор современного состояния психотерапии в условиях поликультурной среды показывает, что ее эффективное проведение становится невыполнимым без тщательного учета на всех этапах диагностики, лечения и профилактики особенностей этнической, языковой, духовной, исторической культуры пациента. Описанные тенденции не менее актуальны и для условий многонациональной российской действительности. В качестве ступени развития психотерапии представляется ее транскультурная интеграция на основе принятия и преобразования во многом противоречащих друг другу ценностей индустриального и традиционного общества, объединяющих большое разнообразие культур. Одним из ориентиров подобной интеграции могли бы стать общие духовные ценности, имеющие универсальный общечеловеческий характер.

Особую значимость проблемы психического здоровья приобретают для обществ, население которых в течение последних десятилетий стало свидетелем резкого перехода от одной социально-экономической системы к другой, во многих случаях сопровождавшегося выраженной динамикой (в том числе и негативной) уровня жизни и здоровья населения. Наиболее масштабные трансформации подобного рода на исходе XX в. происходили на обширных территориях евразийского пространства и непосредственно затронули жителей Восточной Европы, Балкан, Кавказа, Центральной Азии, Сибири и Дальнего Востока.

В связи с этим можно предположить, что особый научный интерес представляет кросс-культурное исследование психического здоровья населения Республики Беларусь и Российской Федерации. Проблемы психического здоровья населения постсоветского социокультурного пространства рассматриваются нами не только с позиций всеобщего универсального характера, но и во взаимосвязи, в контексте с определенными социокультурно-историческими, политико-экономическими факторами, что и представляет, на наш взгляд, особую актуальность данной проблематики.

Таким образом, краткий анализ состояния исследований, показывает, что при всем многообразии подходов к анализу кросс-культурного аспектов изучения психического здоровья в современном обществе, отсутствует сложившаяся теоретико-методологическая основа для его комплексного, междисциплинарного изучения, эффективной системы психологической диагностики, мониторинга, коррекции.

В связи с этим возникает настоятельная необходимость обобщения и систематизации разрозненных знаний, являющихся базовыми для раскрытия содержательных характеристик данного понятия, в частности, выделения как клиничко-психологических, так и социально-психологических аспектов.

Особую значимость данная проблематика приобретает в условиях кардинальной модернизации общества, отягощенной системным мировым финансовым кризисом, происходящей кардинальной политической, социо-экономической и социокультурной трансформации современного общества в постсоветском пространстве.

УДК 614.212:617.7-007.681

СОВРЕМЕННАЯ ПРОГРАММА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЛАУКОМОЙ

Островский А. М., Шаршакова Т. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Многие первичные и вторичные нейродегенеративные заболевания глаз — актуальнейшая проблема офтальмологии из-за значительного распространения, полиэтиологической при-

роды и рефрактерного характера их течения, имеющего инвалидизирующий финал. Это касается и глаукомы — локальной нейродегенеративной офтальмопатологии, поражающей 1,5–2,5 % населения в возрасте старше 40 лет, существенно снижающей качество жизни и приводящей в 14–20 %, даже в развитых странах, к необратимой слепоте, занимая по этому показателю второе место в мире, неуклонно увеличивая многомиллионную армию незрячих [2].

Прежде чем говорить о проблемах организации диспансеризации по глаукоме, стоит ответить на вопрос, насколько оправдана в принципе диспансеризация по данному хроническому заболеванию.

Цель

Провести анализ современной программы по диспансерному наблюдению пациентов с глаукомой.

Результаты исследования и их обсуждение

Для детального анализа современной программы диспансеризации глаукомы были использованы международно-утвержденные критерии Wilson-Junger (ВОЗ, 1968):

- 1) заболевание, на которое нацелена программа скрининга, должно быть важной социально-медицинской проблемой;
- 2) патогенез заболевания должен быть хорошо исследован, определены факторы риска, специфические маркеры заболевания;
- 3) наличие чувствительного и специфичного диагностического теста для выявления латентной и ранней стадий заболевания;
- 4) вмешательство на ранней стадии заболевания должно быть эффективнее, чем на поздней;
- 5) стоимость программы скрининга должна быть сбалансирована по отношению к дальнейшим экономическим затратам на лечение и реабилитацию.

Критерий 1. *Заболевание, на которое нацелена программа скрининга, должно быть важной социально-медицинской проблемой.*

Глаукома представляет собой хроническое заболевание глаз, характеризующееся постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления, вызванным нарушением оттока водянистой влаги из глаза. Следствием повышения внутриглазного давления является постепенное развитие характерных для заболевания нарушений зрительных функций и, в терминальной стадии, изменения приводят к слепоте, в связи с чем данное заболевание требует обязательного регулярного наблюдения на протяжении многих лет [3].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), количество глаукомных больных в мире доходит до 100 млн человек, при этом в США зарегистрировано около 3 млн человек, в России на 2012 г. по данным Российского глаукомного общества количество глаукомных больных составляет 1,25 млн человек. Во всех странах, в том числе и в России отмечается тенденция роста заболеваемости глаукомой: на данный момент глаукома занимает первое место в структуре слепоты и первичной инвалидности среди офтальмологической патологии [2].

Несмотря на значительный прогресс в методах лечения, глаукома остается одной из основных причин снижения зрения и необратимой слепоты. При этом согласно последним исследованиям как в зарубежных странах, так и в России лишь половина заболевших знают о своей болезни и еще меньше — только четверть из них — получает адекватную терапию [2].

Следовательно, учитывая распространенность и угрозу потери зрительных функций и вследствие этого потерю трудоспособности, в настоящее время глаукома является заболеванием, имеющим важнейшую социальную значимость.

Критерий 2. *Патогенез заболевания должен быть хорошо исследован, определены факторы риска, специфические маркеры заболевания.*

Ключевыми критическими точками в патогенезе первичной глаукомы являются повышение уровня внутриглазного давления и развитие оптической нейропатии [3]. В последнее время все больше внимания уделяется роли сосудистых нарушений в развитии глаукомы.

Выделяют следующие факторы риска развития глаукомы: возраст, наследственность, наличие сопутствующей сосудистой патологии, уровень внутриглазного давления,

вид рефракции, расовая принадлежность, перенесенная офтальмологическая патология, длительная фармакотерапия стероидами.

Именно поэтому на приеме у врача-офтальмолога значительное время занимает сбор анамнеза, данные факторы риска необходимо учитывать при подозрении на глаукому.

Критерий 3. *Наличие чувствительного и специфического диагностического теста для выявления латентной и ранней стадий заболевания.*

В настоящее время не существует единственного теста, который бы с точностью 100 % ответил на вопрос, есть ли у пациента глаукома. С целью скрининга используются те же методы, что и для диагностики других глазных заболеваний: тонометрия, периметрия, офтальмоскопия.

В последнее время появились новые методы тонометрии, на результаты которого не влияют толщина и кривизна роговицы, наличие астигматизма, глубина передней камеры и т. д. Однако они требуют дальнейшего изучения с точки зрения эффективности этого метода контроля внутриглазного давления в скрининговых программах [1].

С точки зрения скрининга закрытоугольной глаукомы «золотым стандартом» является гониоскопия. Хотя такие современные технологии, как ультразвуковая биомикроскопия и оптикокогерентная томография переднего отдела глаза, имеют высокую специфичность и чувствительность диагностики, они являются весьма дорогостоящими, что делает на современном этапе их использование в скрининге невозможным. В то же время они все шире используются для диагностики и мониторинга больных с закрытоугольной глаукомой [3].

Критерий 4. *Вмешательство на ранней стадии заболевания должно быть эффективнее, чем на поздней.*

Единственным фактором риска возникновения глаукомы, на который реально можно влиять, остается внутриглазное давление. Эффективность снижения давления с точки зрения предотвращения развития глаукомы и ее прогрессирования были продемонстрированы в мультицентровых исследованиях (OHTS, EGMS, CIGTS, AGI, CNTGS). Результаты этих исследований определяют целесообразность программ скрининга, основанных на тонометрии. В последние годы появились новые группы препаратов (аналоги простагландинов и их комбинации), новые методы хирургического лечения (селективная лазерная трабекулопластика, разнообразные дренажные системы и т. п.), что значительно повысило эффективность лечения больных глаукомой. Перспективными являются дальнейшее изучение эффективности методов нейропротекции, применение нанотехнологий, генетических методов, клеточной терапии и т. п. Вместе с тем, на поздних стадиях происходят необратимые изменения зрительного нерва и помочь пациенту невозможно на данном этапе развития медицины, что и определяет необходимость выявления больных глаукомой на ранних стадиях заболевания [4].

Критерий 5. *Экономическая эффективность программ скрининга (по отношению к дальнейшему медицинскому и социальному сопровождению).*

Глаукома — весьма «дорогое» заболевание, которое нуждается не только в дорогостоящем лечении, но и постоянном мониторинге пациентов, их длительном медицинском и социальном обеспечении и реабилитации.

Так, затраты на одного больного в год на начальной стадии заболевания возрастают на терминальных стадиях в 1,9–2,2 раза [5]. Не только значительный размер прямых и косвенных затрат, но и их повышение дважды в терминальных стадиях по сравнению с начальными является прямым аргументом в пользу раннего выявления глаукомы.

В Европе затраты на одного больного в год на начальной стадии заболевания составляют 455 евро и возрастают на терминальных стадиях до 886–969 евро. В США затраты государства на одного пациента трудоспособного возраста составляют 3848 долларов США в год, пенсионного возраста — 824 доллара США. Кумулятивные затраты США в результате заболеваемости населения глаукомой составляют 294,7 млн. долларов США в год (по данным 2008 г.). При прогнозировании затрат до 2017 г. установлено, что они возрастут в 1,4 раза (без учета коэффициента инфляции). В то же время в случае снижения заболеваемости по первичной глаукоме в трудоспособном возрасте на 0,5 % от уровня 2008 г. экономический эффект выражается в экономии 897 тыс. долларов США в год, а при снижении на 5,0 % — 26,2 млн долларов США в год [5].

Учитывая неуклонный рост заболеваемости глаукомой, широкую распространенность ее во всем мире, прогрессирующее ухудшение зрительных функций, приводящее к потере работоспособности и инвалидности, значительные финансовые затраты как пациента, так и государства на лечение, высказывается мнение о том, что глаукому можно отнести к социально-значимым болезням.

Заключение

Таким образом, можно сделать вывод, что в настоящее время существуют все предпосылки, которые отвечают критериям Wilson-Junger, для разработки и внедрения программ скрининга глаукомы. Перспективным направлением будет реализация такого скрининга среди лиц с имеющимися факторами высокого риска развития глаукомы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куроедов, А. В. Оценка эффективности скрининговой диагностики и динамического наблюдения больных глаукомой / А. В. Куроедов // Актуальные проблемы офтальмологии: сб. тез. по матер. 7-й науч.-практ. конф. — М., 2009. — С. 95–97.
2. Либман, Е. С. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России / Е. С. Либман, Е. В. Шахова // Тез. докл. VII съезда офтальмол. России. — М., 2000. — Ч. 2. — С. 209–214.
3. Мониторинг поля зрения — основное звено диспансеризации больных глаукомой / А. П. Нестеров [и др.] // V Всероссийская школа офтальмолога: сб. науч. тр.; под ред. проф. Е. А. Егорова. — М., 2008. — С. 178–187.
4. Spry, P. G. D. Performance of the 24–2–5 frequency doubling technology screening test: a prospective case study / P. G. D. Spry, H. M. Hussin, J. M. Sparrow // Br. J. Ophthalmol. — 2007. — Vol. 91. — P. 1345–1349.
5. Direct costs of glaucoma and severity of the disease: a multinational long term study of resource utilisation in Europe / C. E. Traverso [et al.] // Br. J. Ophthalmol. — 2005. — Vol. 89. — P. 1245–1249.

УДК 613:378

УСТАНОВКИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ УНИВЕРСИТЕТА ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Пашина И. В., Сидоров Г. А., Пашина М. Е.

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Курский государственный медицинский университет»
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

Здоровье — это первая и важнейшая потребность человека, определяющая способность его к труду и обеспечивающая гармоническое развитие личности. Оно является важнейшей предпосылкой к познанию окружающего мира, к самоутверждению и счастью человека. Активная долгая жизнь — это важное слагаемое человеческого фактора [1].

Активный и здоровый человек надолго сохраняет молодость, продолжая созидательную деятельность, не позволяя «душе лениться» [2].

Формирование здорового образа жизни — сложный системный процесс, охватывающий множество компонентов образа жизни современного общества и включающий основные сферы и направления жизнедеятельности людей [1].

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) — это система поведения разумного человека: умеренность во всем, оптимальный двигательный режим, правильное сбалансированное питание, рациональный режим жизни и отказ от курения, снижение потребления алкоголя, безопасное сексуальное поведение.

Охрана собственного здоровья — это непосредственная обязанность каждого, он не вправе перекладывать ее на окружающих. Ведь нередко бывает и так, что человек неправильным образом жизни, вредными привычками, гиподинамией, перееданием уже к 20–30 годам доводит себя до катастрофического состояния и лишь тогда вспоминает о медицине.

Цель

Формирование компонентов здорового образа жизни преподавателей КГМУ.

Задачи:

1. Определить объем и кратность употребления фруктов и овощей.
2. Изучить информированность преподавателей университета о повышенном содержании уровня холестерина в крови.
3. Изучить уровень физической активности.
4. Оценить индекс массы тела преподавателей КГМУ.
5. Изучить распространенность и интенсивность курения преподавателей.
6. Определить предпочтения в употреблении спиртных напитков, а также частоты и объемов их употребления.
7. Разработать практические рекомендации для преподавателей по улучшению их образа жизни.

Материалы и методы исследования

Нами были проанализированы 102 анкеты, содержащие информацию об антропометрических данных, а также о физической активности, характере питания, информированности о холестерине в крови, курении, употреблении алкоголя и семейном положении. Анкеты были заполнены преподавателями КГМУ. Из них 39 было заполнено мужчинами, средний возраст — 45,1 лет, и 63 — женщинами, средний возраст — 45,3 года.

Для статистической обработки информации нами использовались стандартные методы описательной статистики.

Результаты исследования

При изучении характера питания мы получили следующие результаты: ежедневно в рационе питания присутствуют свежие фрукты и овощи у 80 % — женщин и 70 % мужчин. В среднем, суточное потребление овощей и фруктов у мужчин составила 190 г, у женщин — 195 г. Причем, всего 34,2 % мужчин и 42,8 % женщин ежедневно употребляли более 400 г фруктов и овощей не считая картофеля. Предпочтения в выборе жира, который наиболее часто используется для приготовления пищи: 94 % — предпочтительно выбирают растительное масло, 3 % — сливочное масло, 2 % — не используют жир для приготовления пищи, 1 % опрошенных используют свиной жир.

Медицинская активность преподавателей университета. Мы изучили информированность преподавателей об уровне холестерина в крови и делали ли они такое исследование вообще. Большинство (92 %) опрошенных нами преподавателей, не знают об уровне холестерина в своей крови. И только 8 % проводили такое исследование и знакомы с его результатами. Около 60 % мужчин и 48 % женщин отмечают у себя повышенное артериальное давление.

При изучении физической активности мы выяснили, что большинство преподавателей (около 50 % мужчин и 65 % женщин) на работе преимущественно сидят. В свободное от работы время регулярная (3 раза в неделю) интенсивная физическая нагрузка продолжительностью не менее 30 минут отмечена у 31 (49,2 %) женщины и 21 (55,2 %) мужчины.

У каждого опрошенного нами сотрудника рассчитывался индекс массы тела (ИМТ) и проводилась его оценка по шкале: 16–18,5 — недостаточная (дефицит) масса тела; 18,5–25 — норма; 25–30 — избыточная масса тела (предожирение); 30–35 — ожирение первой степени; 35–40 — ожирение второй степени; 40 и более — ожирение третьей степени.

Категория «недостаточный вес» не встречалась ни у кого. Нормальный вес у 22 % мужчин, 37 % женщин. Избыточный вес (предожирение) у 62 % мужчин и 45 % женщин. Ожирение I степени у 13 % мужчин, 11 % женщин. Ожирение II степени у 3 % мужчин, 5 % женщин. Ожирение III степени у 2 % женщин.

Распространенность курения. Среди мужчин на момент опроса регулярно курят 12 (31,6 %) человек. Девять человек (23,6 %) — бывшие курильщики, на момент опроса не курят совсем. И 17 (44,8 %) человек не курили никогда. Среди курильщиков стаж курения составляет от 3 до 27 лет. Они выкуривают от 1 до 20 сигарет в день. Десять человек из 12 являются злостными курильщиками — выкуривают более 10 сигарет в день.

Среди женщин курят 4 (6,3 %) человека. Бывшие курильщики — 6 (9,5 %) человек. Не курили никогда — 53 (84,3 %) человека. Среди курильщиков стаж курения от 5 до 17 лет. В день они выкуривают от 5 до 10 сигарет.

Предпочтения в употреблении спиртных напитков среди мужчин на первом месте пиво, за тем крепкие спиртные напитки, третье место вино. Одномоментное употребление мужчинами спиртных напитков в пересчете на абсолютный алкоголь превышающее 30 г нами выявлено у 17 человек с кратностью: реже, чем 1 раз в месяц — у 10 человек, 1 раз в месяц — у 3 человек, 1 раз в неделю — у 4 человек. Остальные опрошенные не превышают допустимую норму одномоментного употребления алкоголя.

Женщины предпочитают вино, на втором месте пиво и крепкие спиртные напитки (распределились равномерно). Одномоментное употребление женщинами спиртных напитков в пересчете на абсолютный алкоголь превышающее 20 г нами выявлено у 16 человек с кратностью: реже, чем 1 раз в месяц у 13 человек, 1 раз в месяц — у 1 человека, 1 раз в неделю — у 2 человек.

Семейное положение преподавателей. Женатых мужчин — 28 (73,7 %) человек, разведенных — 4 (10,5 %), никогда не бывших женатыми — 4 (10,5 %), вдовцов — 2 (5,3 %). Замужних женщин — 35 (55,6 %), разведенных — 11 (17,5 %), никогда не бывших замужем — 11 (17,5 %), вдов — 6 (9,4 %).

На основании проведенного анализа анкет, можно сделать следующие **выводы**:

1. Большинство преподавателей ежедневно употребляют свежие фрукты и овощи (80 % женщин и 70 % мужчин).
2. Небольшое число преподавателей (8 %) контролируют свой уровень холестерина в крови.
3. Гиподинамия выявлена у более половины опрошенных.
4. Избыточная масса тела и ожирение различных степеней выявлены у 78 % мужчин и 63 % женщин.
5. Распространенность курения как среди мужчин, так и среди женщин преподавателей значительно ниже средней по популяции.
6. Основная масса опрошенных предпочитают некрепкие спиртные напитки.

Практические рекомендации: увеличить потребление фруктов и овощей до 400 г ежедневно; ограничить общее потребление жиров и заменить насыщенные жиры в своем рационе питания на ненасыщенные; повысить физическую активность (как минимум, 30 минут регулярной физической активности умеренной интенсивности 2–3 раза в неделю; стремиться к снижению массы тела до нормальных показателей; стремиться к отказу от курения; регулярно обращаться в лечебные учреждения с профилактической целью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Назарова, Е. Н. Здоровый образ жизни и его составляющие / Е. Н. Назарова, Ю. Д. Жилов. — М.: Академия, 2007. — 256 с.
2. Филиппов, П. И. Гигиеническое воспитание и формирование здорового образа жизни / П. И. Филиппов. — М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. — 288 с.

УДК 613.71/73:616.24-057.87

ВЛИЯНИЕ НОВЕЙШЕЙ МЕТОДИКИ ГИДРОКИНЕЗОТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЛЮДЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ В САНАТОРИИ «ЧЕРВОНА КАЛИНА»

Пашкевич Л. П.

Учреждение образования

«Восточноевропейский национальный университет им. Леси Украинки»

г. Луцк, Украина

Хронический обструктивный бронхит (ХОБ) занимает 3 место среди наиболее распространенных заболеваний мира [1]. Нами было обследовано 84 мужчины с ХОБ санатория «Червона калина», которые проходили санаторно-курортное лечение и реабилитацию. Методом рандомизации было сформировано 2 группы в возрасте 36–60 лет: 1-я контрольная группа — 40 пациентов, которые занимались лечебной гимнастикой в зале лечебной физкультуры, 2-я — 44 пациента, которые проходили курс по нами разработанной и запа-

тентованной методике гидрокинезотерапии в бассейне с температурой воды 27–29 °С [2]. Занятия проводились 3–4 раза в неделю. Курс проведения составлял 10–12 занятий, длительность — 30–40 минут. Идиомоторные, гимнастические и спортивно-прикладные упражнения с нудлами, досками, резиновыми жгутами и лентами, плавательными перчатками и поясами, мячами в воде и под водой проводились с музыкальным сопровождением, что придавало максимальную точность и ритмичность выполнения упражнений с предметами и без них. 98 нами разработанных упражнений выполнялись на вдохе и выдохе и с задержкой дыхания. Также чередовалась глубина и частота вдоха и выдоха в зависимости от вида и количества повторений упражнения. Особенности действия гидрокинезотерапии заключаются в стимуляции процессов иммуномодуляции, улучшении микроциркуляции и противовоспалительном действии, восстановлении силы мышц аппарата внешнего дыхания, улучшении легочной вентиляции и газообмена, снижении бронхообструкции и снятии симптомов хронической интоксикации [3, 4].

Результаты оценивались по данным компьютерной спирографии и спирометрии, оксигемометрии, данным историй болезни, кардиографии, клиническим обследованиям, психологическим тестам, функциональным пробам в воде, 12-минутном тесте Купера, оценке качества жизни по Апанасенко. Регистрация данных проводилась до и после гидрокинезотерапии. Все показатели изложены в картах обследования пациентов с ХОБ на санаторном этапе реабилитации. Все пациенты позитивно переносили занятия. При анализе полученных данных отмечалось, что у пациентов экспериментальной группы наблюдалась позитивная динамика функциональных показателей дыхания в 1,5–2 раза выше, чем в контрольной группе. Отмечались рост пиковой объемной скорости, изменения зубца Р на ЭКГ до нормы, что свидетельствовало о восстановлении состояния гемодинамики. Наблюдалось достоверно значительное повышение ОФВ₁, ФЖЭЛ, ЖЭЛ на 800–1000 ± 6,2 мл, резервного объема вдоха и выдоха на 200–300 ± 9,0 мл, что свидетельствовало об исчезновении вегетативных дисфункций, бронхиальной обструкции, симптомов интоксикации. Длительность вдоха и выдоха на 1–2 с, уровень кислорода — на 4 ± 1,0 %, коэффициент использования — от 0,023 до 0,025 мл/л, индекс Скибинской — на 10,2 ± 0,8 у.е., проба с задержкой вдоха — на 16 ± 1,2 с и проба с задержкой выдоха — на 12 ± 1,5 с под водой. 12-минутный тест Купера проводили проплывая дистанцию в воде. После эксперимента пациенты проплыли на 160–180 м больше, чем в начале, что говорит о тренирующем воздействии гидрокинезотерапии не только дыхательного аппарата, но и кардио-респираторной системы.

Субъективно у обследованных экспериментальной группы в 99 % не наблюдались одышка, сухие хрипы и кашель с мокротой на протяжении дня при физических нагрузках и в спокойствии, исчезли жалобы на головную боль и боли в сердце, нормализовались общее самочувствие и тонус мышц.

Объективно были заметны бледно-розовый цвет кожных покровов, приведение к норме уровня резистентности грудной клетки, формирование нормостенической конституции грудной клетки и брюшного типа дыхания. Физикальные данные улучшились у 97 % пациентов.

Для позитивного прогноза отдаленных результатов, пациентам ЕГ при появлении рецидива ХОБ мы рекомендовали снова пройти 10–12 занятий гидрокинезотерапии либо при невозможности посещать бассейн, выполнять те же упражнения на свежем воздухе в парках. Таким образом мы наблюдали за состоянием кардио-респираторной системы пациентов ЕГ на протяжении года после проведенного обследования. Лишь через 7 месяцев у 50 % пациентов ЕГ 1 раз повторилось проявление рецидива ХОБ, у 30 % — наблюдалась стабилизация нормального состояния кардио-респираторной системы и 20 % — без рецидивов. Следовательно, наша методика является эффективной, так как повышает уровень здоровья и поддерживает нормальное состояние дыхательной и сердечно-сосудистой системы на длительный период.

Высокая эффективность лечения больных с ХОБ в условиях санатория, обусловлена соединением использования: гидрокинезотерапии, которая содержит общепринятые комплексы физических упражнений в сочетании с дыхательной гимнастикой в воде, с элементами поверхностного дыхания, корректирующими упражнениями и упражнениями с пред-

метами, рефлекторными упражнениями на растяжение мышц, ритмопластическими упражнениями с элементами миорелаксации и аутотренинга, дозированной ходьбой и бегом в воде, элементами закаливания.

Таким образом, доказана рациональность и эффективность впервые разработанной методики гидрокинезотерапии в программе физической реабилитации для лиц зрелого возраста с ХОБ в условиях санатория, которая способствовала полноценному восстановлению кардио-респираторной системы и улучшению качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease // Publication. — 2001. — Vol. 2701. — P. 1–100.
2. Пат. 81503 Украина, МПК51 А 61 N 1/06, А 61 К 31/00. Способ гидрокинезотерапии у после лечебном периоде для взрослых с хроническими заболеваниями дыхательной системы / Л. П. Пашкевич; заявитель и патентообладатель Л. П. Пашкевич. — № 2013 06074; заявит. 17.05.13; опубл. 25.06.2013, Бюл. № 12.
3. *Триняк, Н. Г.* Управление дыханием и здоровье / Н. Г. Триняк. — Киев: Здоровья, 1991. — 160 с.
4. *Гриненко, М. Ф.* Целебная сила движений / М. Ф. Гриненко. — М.: Знание, 1991. — (Серия Физкультура и спорт № 4).

УДК 159.9:61

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Петунова С. А., Николаев Е. Л.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова»
г. Чебоксары, Российская Федерация**

Несмотря на то, что в последнее десятилетие предпринимаются определенные меры по совершенствованию качества медицинского обслуживания, улучшению экологической ситуации, повышению материального благосостояния, социальных гарантий и культурного уровня, а также расширению просветительской работы в области медицины и здоровья населения, число больных туберкулезом в России с каждым годом растет. За 2010 г. количество вновь заболевших туберкулезом в нашей стране составило 109 904 человека, причем данные статистики основаны на информации лечебных учреждений, т. е. учитываются те больные, которые состоят на учете, общее количество больных гораздо больше [4].

Среди социальных слоев наибольшее число заболевших занимают неработающие граждане (52,8 %). По статистике туберкулез в 2,5 раза чаще возникает у мужчин, чем у женщин (70 % новых случаев болезни выявляют у мужчин). По возрастным параметрам риск заболеть выше с 24 по 44 лет у мужчин, 25–34 года у женщин [4].

Статистика также показывает, что в целом в России ситуация с заболеваемостью туберкулезом улучшается с каждым годом — 119 026 больных в 2005 г. и 109 904 заболевших в 2010 г. Тем не менее, болезнь эта очень опасна и требует регулярного лечения [4].

В настоящее время, одной из проблем, возникающих в ходе лечения больных туберкулезом, является появление все большего количества случаев устойчивых форм данного заболевания, а также низкой эффективности лечения впервые выявленных больных. Одной из основных причин является преждевременное прекращение лечения или перерывы приема противотуберкулезных препаратов по вине самого пациента [1, 2].

Субъективно-психологическую сторону любого заболевания чаще всего обозначают понятием «внутренняя картина болезни», т. е. формированием у больного определенного рода чувств, представлений и знаний о заболевании. С точки зрения отечественной психиатрии болезнь как патологический процесс в организме двояко участвует в построении внутренней картины болезни: с одной стороны, телесные ощущения приводят к возникновению сенсорного уровня отражения картины заболевания; с другой стороны, болезнь

создает трудную для больного социально-психологическую ситуацию (С. С. Корсакова, П. Б. Ганнушкина, В. А. Гиляровский, В. М. Бехтерев). Понятие внутренней картины болезни во многом пересекается с представлениями о субъективных семантических пространствах личности при заболевании, которые во многом дополняют целостную картину болезни [6].

Проблема восприятия внутренней картины больных туберкулезом, заключается в низкой степени проявления тяжелых клинических проявлений и болевых ощущений (в особенности на начальных стадиях заболевания) и кардинальном изменении социально-психологической ситуации. Больные тяжело воспринимают факт длительного приема препаратов, социальную изоляцию и необходимость госпитализации, негативного отношения общества в целом к туберкулезу и как следствие к больным, перестройке отношений с близкими и коллегами по работе. Причинами прекращения лечения субъективно могут быть восприятие пациентами себя как здоровых, а также ряд социальных характеристик (наличие вредных привычек, необходимость зарабатывать деньги и т. п.).

Низкий уровень знаний пациентов о туберкулезе, его последствиях, методах лечения и возможных исходах приводит к тому, что в 21,4 % случаев имеет место частичное, а в 12,9 % — полное невыполнение пациентами предписаний врачей. Большинство авторов изучало проблему низкой приверженности лечению больных туберкулезом по отдельным признакам, без учета их комплексного воздействия [1]. В России проводилось лишь несколько исследований по определению количественного влияния различных факторов на отношение к противотуберкулезной терапии, и они не предусматривали анализ личностных особенностей пациентов [7].

Для мотивации больных к лечению существует несколько направлений воздействия: от поощрения за выполнение врачебных назначений до жестких принудительных мер. В последние годы, в лечении хронических заболеваний все большая роль отводится программам терапевтического обучения пациентов. Многие авторы указывают на необходимость проведения санитарно-просветительской работы среди больных туберкулезом [1, 3].

В связи с этим, считаем целесообразным разработать специальные подходы для формирования приверженности лечению, отдельную программу информационно-образовательного, социально-психологического и психотерапевтического воздействия на больных туберкулезом, учитывающую особенности пациентов с низкой приверженностью лечению.

Данная программа может быть направлена на решение следующих задач:

1) выявить факторы, обуславливающие низкую приверженность лечению впервые выявленных больных: социально-демографические (пол, возраст, наличие работы, образования и семьи, материальное благосостояние, вредные привычки); социально-психологические (оценка качества жизни, отношение к болезни, уровень стрессочувствительности); уровень знаний пациентов о заболевании и особенности течения туберкулезного процесса;

2) изучить особенности формирования информационной среды больных с впервые выявленным туберкулезом: основные источники — научно-популярная литература, стенгазеты в поликлинике, периодическая печать, телевидение и Интернет; степень активности стремления к расширению информационного поля ВКБ (самостоятельный поиск информации или только с помощью лечащих врачей);

3) с учетом вышеизложенных факторов разработать программу индивидуальной и групповой помощи пациентам с различным уровнем приверженности лечению, включая методы информационно-образовательного воздействия на пациентов, методики психокоррекционного характера, направленные на стабилизацию эмоционального состояния больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богородская, Е. М. Юридические аспекты принудительной госпитализации больных туберкулезом, уклоняющихся от лечения / Е. М. Богородская, С. Ю. Ольховатский, С. Е. Борисов // Пробл. туберкулеза и болезней легких. — 2009. — № 4. — С. 8–14.
2. Паролина, Л. Е. Критерии оценки эффективности химиотерапии в противотуберкулезном стационаре / Л. Е. Паролина, Т. И. Морозова, Н. П. Докторова // Пробл. туберкулеза и болезней легких. — 2007. — № 6. — С. 13–17.
3. Перельман, М. И. Большой туберкулезом и врач-фтизиатр / М. И. Перельман // Пробл. туберкулеза и болезней легких. — 2006. — № 5. — С. 3.

4. Социально-значимые заболевания населения России в 2010 году: статистические материалы / Департамент организации медицинской профилактики, медицинской помощи и развития здравоохранения. — М., 2011.
5. Трифонова, Н. Ю. Необходимость психологической коррекции у больных туберкулезом легких / Н. Ю. Трифонова, Л. Е. Кузьмишин // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2006. — № 1. — С. 53–54.
6. Устина, Е. Ю. О субъективных семантических пространствах личности при соматических заболеваниях / Е. Ю. Устина, Е. Л. Николаев // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. — 2009. — № 5. — С. 88–92.
7. Филлипсон, О. Н. Влияние отношения больных туберкулезом к заболеванию на эффективность лечения / О. Н. Филлипсон // Пробл. туберкулеза. — 2000. — № 3. — С. 11–15.

УДК 614.1 - 614.876

**ОРГАНИЗАЦИЯ МОНИТОРИНГА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
КАЗАХСТАНА, ПОДВЕРГШЕГОСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ**

*Пивина Л. М., Белихина Т. И., Мулдагалиев Т. Ж.,
Батенова Г. Б., Курумбаев Р. Р.*

Учреждение образования

«Государственный медицинский университет»

Учреждение

«Научно-исследовательский институт радиационной медицины и экологии»

г. Семей, Республика Казахстан

Введение

Территории Восточно-Казахстанской и Павлодарской областей Казахстана во время проведения ядерных испытаний на Семипалатинском ядерном полигоне подверглись радиационному загрязнению, а население — многократному острому и хроническому сочетанному внешнему и внутреннему облучению в диапазоне средних и малых доз. Демографическая структура населения указанных территорий в последние годы свидетельствует, что лица трудоспособного возраста являются потомками разных поколений лиц, подвергшихся прямому облучению [1]. При оценке состояния здоровья лиц трудоспособного возраста, проживающих на территориях, подвергшихся радиационному загрязнению, необходимо учесть, что помимо радиационного воздействия в минимальных дозах, эти лица рождаются от подвергавшихся прямому облучению родителей. Не вызывает сомнения, что при изучении влияния факторов радиационного риска на популяционном уровне одним из фундаментальных вопросов является оценка стабильности функционирования генетического аппарата, так как повреждение генома при прямом радиационном воздействии является патогенетической основой нарушений в ведущих гомеостатах организма их потомков [2].

Цель

Разработка научных основ и технологий минимизации радиационных и нерадиационных факторов риска мультифакториальных заболеваний у населения, проживающего на экологически неблагоприятных территориях Казахстана, на основе разработки новых подходов прогнозирования, лечения и профилактики.

Материал и методы исследования

В 2012–2013 гг. в рамках реализации научно-технической программы «Разработка научно-обоснованных технологий минимизации экологического риска для здоровья населения» выполнены скрининговые обследования населения радиоэкологически неблагоприятных районов Восточно-Казахстанской и Павлодарской областей. Значения индивидуальных эффективных доз внешнего облучения жителей указанных территорий находятся в диапазоне 250–500 мЗв и более.

Критериями включения в группу радиационного риска были: документально подтвержденный факт проживания кровных родственников (родители, бабушки и дедушки) на радиационно-загрязненных территориях в период с 1949 по 1962 гг.; постоянное проживание исследуемого лица на изучаемой территории.

Критерием включения в контрольную группу был факт приезда на территорию изучаемого района из радиационно чистых территорий после 1970 г.

Критериями исключения были: лица, выбывшие по различным причинам из разработки; лица, отказавшиеся от проведения исследований; лица, не имеющие статуса пострадавшего.

Результаты исследования

Основой организации скринингового медицинского обследования населения контролируемых территорий Восточно-Казахстанской и Павлодарской областей, подвергнувшегося радиационному воздействию и их потомков являлась база данных Государственного научного автоматизированного медицинского регистра населения РК (ГНАМР). В этой связи были выкопированы и проанализированы материалы по численному и возрастному-половому составу населения, представленного группами радиационного риска. Особое внимание было уделено сбору информации о времени проживания конкретных лиц на изучаемых территориях с последующим расчетом индивидуальных эффективных эквивалентных доз облучения, в том числе с применением счетчика излучений человека (СИЧ).

Обследование включало заполнение анкеты скринингового обследования с выяснением радиационного маршрута родителей (дедушек, бабушек) на радиационно загрязненных территориях в период с 1949 по 1962 гг. (период проведения основных дозообразующих наземных и воздушных испытаний ядерного оружия); заполнение карты генетического обследования и забор крови для определения полиморфизма генов, отвечающих за развитие болезней системы кровообращения (Met235Thr и Thr174Met полиморфизмов гена AGT, Leu 28 Pro в гене APOE, C786T в гене NOS3, Gln192Arg в гене PON1 и Lys198Asn в гене EDN1) и онкологических заболеваний (BRCA1 5382insC) в случаях, когда на обследование приходили члены семьи в нескольких поколениях.

Врач-терапевт при осмотре, помимо общеклинического обследования, проводил определение синдрома гипермобильности (у подростков) с заполнением анкеты по остеопении с последующей остеоденситометрии; для пациентов старше 25 лет — исследование липидного спектра крови для прогнозирования риска развития болезней системы кровообращения; для пациентов с диагностическими признаками АГ или ИБС — заполнение карты БСК, ЭКГ, измерение АД, биохимический анализ крови. При необходимости больные направляются для углубленного обследования эндокринологом, кардиологом, онкологом, гастроэнтерологом, гинекологом или педиатром. С целью донозологической диагностики социально значимых заболеваний у потомков лиц, подвергшихся облучению, использовалась оценка функционального состояния в системах гормонального, вегетативного гомеостатов и расчеты сопряженности исследуемых показателей с нарушениями неспецифической резистентности (изучение адаптационных гормонов инсулина, кортизола, адренкортикотропного гормона); изучение гормонов щитовидной железы и антител к тиреоидной пероксидазе; оценка функционирования вегетативного гомеостата по анализу распределения показателей ВРС; определение иммунного статуса. Для определения суммарного коронарного риска нами была выбрана компьютерная программа HeartScore® - калькулятор риска коронарных эпизодов, электронный аналог бумажной версии Европейской шкалы SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation).

При обследовании заболеваемости населения в подавляющем большинстве случаев регистрировались 8 рубрик и классов заболеваний, которые и были проанализированы нами. В структуре распространенности заболеваний 1 и 2 ранговое место занимали болезни системы кровообращения (38,2 и 37 % соответственно по основной группе и контрольной группе); болезни эндокринной системы (20,3 и 22,3 % соответственно). Третье и четвертое ранговое место занимали болезни костно-мышечной и соединительной ткани (10 и 8,6 % соответственно) и болезни органов дыхания (10,1 и 6,6 %; соответственно).

Уровень общей заболеваемости в основной группе составил 1812,5 случая на 1000 населения. По 8 рубрикам и классам уровни распространенности заболеваний основной группы были достоверно выше, чем в контрольной группе; что касается группы сравнения, то только по болезням нервной системы уровень распространенности был выше, чем в контрольной группе (RR = 1,3; $p < 0,05$). Среди лиц основной группы уровень распространенности болезней крови и кровеносной ткани составил 86,2 случая на 1000 населе-

ния, в контрольной группе — 68,4 случая ($RR = 1,26$; $p < 0,05$). Наиболее высокие уровни распространенности заболеваний зарегистрированы по БСК и болезням эндокринной системы. Так уровень БСК в основной группе составил 692,8 случая на 1000 населения, в контрольной группе 471,8 случая ($RR = 1,47$; $p < 0,05$). Уровень распространенности болезней эндокринной системы составил 367,5 случая на 1000 населения в основной группе, в контрольной группе — 272,6 случая ($RR = 1,35$; $p < 0,05$).

Показатели распространенности болезней органов дыхания были достоверно выше в основной группе (183,2; 120,2 на 1000 населения соответственно, $RR = 1,53$; $p < 0,05$). Та же картина наблюдалась при анализе заболеваний органов пищеварения. В основной группе уровень распространенности этих заболеваний составил 121,3 на 1000 населения, в контрольной группе — 95,8 случая ($RR = 1,27$; $p < 0,05$). Достаточно высокие показатели болезней костно-мышечной и соединительной ткани (180,6 случая на 1000 населения, $RR = 1,64$; $p < 0,05$) зарегистрированы в основной группе по сравнению с контрольной группой (110,1 случая). Уровни распространенности болезней мочеполовой системы среди лиц основной группы были достоверно выше, чем в контрольной группе и составили 75,3; 60,4 случая на 1000 населения соответственно ($RR = 1,25$; $p < 0,05$).

Высокие атрибутивные риски в основной группе регистрировались по болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани — 39 %, БСК — 32 %, болезням органов дыхания — 34,6 %, болезням нервной системы — 28 % и болезням эндокринной системы 25 %. Такое распределение атрибутивных рисков свидетельствовало о высоком вкладе общесредовых факторов риска в формирование анализируемых заболеваний и предполагало наличие анализа сопряженности относительных рисков и атрибутивных рисков, формирующих дополнительные к ожидаемым случаи заболеваний.

Среди населения, прошедшего скрининговое обследование, 2 первых ранговых места в структуре общей заболеваемости занимали БСК и болезни эндокринной системы. Среди нозологических форм БСК в группах населения трех изучаемых районов, в подавляющем большинстве случаев диагностировались ИБС и АГ, что соответствовало современным тенденциям распространенности этих заболеваний в мире. Наблюдалась четкая зависимость их существенного увеличения в более старших возрастных группах. Из проанализированных нами возрастных страт 40–49, 50–59 и 60 лет и старше частота ИБС и АГ среди лиц возрастной страты 40–49 лет в 3–5,5 раза регистрировалась чаще, чем в старших возрастных стратах. Причем эта тенденция сохранялась во всех изучаемых районах.

Выводы

Таким образом, результаты скринингового обследования населения изучаемых районов ВКО и Павлодарской области свидетельствовали об эффектах влияния общесредовых и радиационных факторов риска на состояние здоровья. При этом зарегистрированы отдельные классы заболеваний, имеющие существенную зависимость с величинами установленных доз облучения. Установленные в ходе скринингового обследования особенности формирования здоровья населения изучаемых районов целесообразно использовать для оптимизации медико-социального контроля за контингентами, представленными декретированным населением, проживающим вокруг объектов, угрожающих радиационной безопасности. В системе медицинской профилактики рекомендовано проведение специализированных медицинских осмотров с целью формирования групп дальнейшего углубленного медико-генетического обследования для ранней донозологической диагностики мультифакториальной патологии в условиях радиоэкологического риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Medical Effects and Dosimetric Data from Nuclear Tests at the Semipalatinsk Test Site / S. B. Balmukhanov [et al.] // Technical Report for Defense Threat Reduction Agency. — 2006. — 124 p.
2. Hamada, A. No increase of large-scale mitochondrial DNA deletions in peripheral blood cells in residents of Kazakhstan around SNTS / A. Hamada, N. Chaizhunusova [et al.] // Acta Medica Nagasakiensia. — 2004. — Vol. 49. — С. 38–44.

УДК 616-084:612.397.23

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РОЛИ
ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ***Платошкин Э. Н., Шут С. А., Василевич Н. В.***Учреждение образования****«Гомельский государственный медицинский университет»****г. Гомель, Республика Беларусь**

Полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК), являясь эссенциальными нутриентами, подразделяются на четыре основных семейства — омега-3, омега-6, омега-7 и омега-9, что определяется расположением первой ненасыщенной двойной связи по отношению к углероду концевой метильной группы. Наибольший практический интерес для медицины представляют два класса ПНЖК: омега-3 и омега-6. Одновременное поступление в организм омега-3 и омега-6 ПНЖК важно для баланса гормональных и метаболических клеточных процессов ввиду противоположных эффектов каждого из двух классов жирных кислот. С омега-3 ПНЖК связано большинство защитных и профилактических эффектов на организм. В пищевых продуктах наибольшее количество омега-3 ПНЖК находится в морепродуктах (эйкозапентаеновая и докозагексаеновая кислоты) и льняном масле (альфа-линоленовая кислота), причем последняя легко окисляется на солнечном свете, что снижает эффективность последней. Учитывая недостаточное потребление белорусами морепродуктов, важным направлением в восполнении дефицита омега-3 ПНЖК может стать использование соответствующих лекарственных препаратов и биологически активных добавок к пище (БАД). Согласно анатомо-терапевтической химической классификации (АТХ), омега-3 ПНЖК относят к группе триацилглицеридов (код АТХ С10АХ06). Лекарственные препараты омега-3 ПНЖК производятся из натурального сырья, характеризуются хорошей переносимостью в терапевтических дозах и высокой безопасностью (отсутствует тератогенный и эмбриотоксический эффект).

Хронический дефицит в пище омега-3 ПНЖК связывают с рядом патологических процессов и заболеваний, в том числе — имеющих важное социально-экономическое значение (атеросклероз и ассоциированные с ним болезни системы кровообращения, злокачественные опухоли и др.) [1]. Экспериментальными и клинико-эпидемиологическими исследованиями доказано, что омега-3 ПНЖК предотвращают и улучшают состояние также при экземе, аллергии, астме, болезни Альцгеймера, депрессии и нервных болезнях, сахарном диабете, гиперактивности детей, псориазе, остеопорозе, артрозе и др. [2]. Наиболее изученным является профилактический эффект применения омега-3 ПНЖК у пациентов с болезнями системы кровообращения (многоцентровые исследования GISSI, JELIS и др.). Связывают благотворный механизм действия омега-3 ПНЖК на сердечно-сосудистую систему с нормализацией липидного обмена, предупреждением развития метаболических и электро-физиологических нарушений, улучшением реологических свойств крови и положительным влиянием на микроциркуляторное русло, обеспечением выработки противовоспалительных простагландинов (что предупреждает повреждение эндотелия и развитие эндотелиальной дисфункции) и т. д. [3, 4]. На клинических базах кафедры внутренних болезней № 2 УО «Гомельский государственный медицинский университет» накоплен достаточный опыт применения омега-3 ПНЖК, в том числе — путем назначения отечественного препарата «Эссенцикапс» и других биологически активных добавок к пище (БАД) на основе рыбьего жира. В настоящее время в рамках работы центра превентивной гастроэнтерологии ГУ РНПЦ радиационной медицины и экологии человека и консультативного приема сотрудников кафедры внутренних болезней № 2 УО «Гомельский государственный медицинский университет» начато накопление опыта по применению омега-3 ПНЖК для первичной и вторичной профилактики предопухолевых заболеваний и состояний желудочно-кишечного тракта. Первые результаты обнадеживают, но требуется

достаточный объем наблюдений для выработки рекомендаций на основе доказательной медицины. В настоящее время мы руководствуемся результатами исследований, проведенных зарубежными учеными, доказавшими эффективность такого профилактического подхода.

В ряде экспериментальных работ установлена способность омега-3 ПНЖК ингибировать канцерогенез. Рыбий жир, даваемый с кормом, тормозил возникновение и развитие опухолей толстой кишки, индуцированных азоксиметаном (С. V. Rao et al., 2001); папиллом преджелудка, индуцированных бензо(а)пиреном у мышей (R. A. Silva et al., 1995). Эйкозопентаеновая кислота тормозила развитие аберрантных крипт и опухолей толстой кишки, индуцированных азоксиметаном (M. Takahashi et al., 1994); спонтанных опухолей кишечника у трансгенных мышей (M. B. Petrik et al., 2000). Антиканцерогенное действие омега-3 ПНЖК объясняется различными механизмами. Они тормозят превращение арахидоновой кислоты в простагландины, которые стимулируют рост опухолей; ингибируют активность циклооксигеназ, липоксигеназ, протеинкиназ и фосфолипаз — ферментов, способствующих опухолевой трансформации (С. Borek, 1994, D. P. Rose, J. M. Connolly, 1999). Омега-3 ПНЖК ингибируют активность циклооксигеназы как 1-го, так и 2-го типа (R. Hamid et al., 1999). Одним из главных механизмов онкопрофилактического действия полиненасыщенных жирных кислот омега-3 типа является их способность конкурентно замещать полиненасыщенные жирные кислоты омега-6 типа в мембранах клеток и метаболических путях (С. Borek, 1994, D. P. Rose, J. M. Connolly, 1999). Накопленные сведения позволяют предположить, что омега-6 ПНЖК и их метаболиты промотируют канцерогенез и стимулируют опухолевый рост. У Гренландских эскимосов, основу питания которых составляют рыба и морские животные, содержание полиненасыщенных жирных кислот омега-3 типа в клеточных мембранах очень высокое, а физико-химические свойства мембран приближаются к «функциональному эталону» (В. Н. Титов, 1999). Известно, что Гренландские эскимосы практически не болеют злокачественными опухолями (В. Г. Беспалов, 2002). Полиненасыщенные жирные кислоты омега-3 типа подавляют неопластическую трансформацию и пролиферацию клеток, стимулируют апоптоз, обладают антиангиогенным действием (D. P. Rose, J. M. Connolly, 1999), ингибируют экспрессию онкогена Ras (E. D. Collett et al., 2001). В онкопрофилактическом действии полиненасыщенных жирных кислот омега-3 типа имеет значение их способность стимулировать иммунитет и нормализовать липидный обмен (К. В. Сороковой и др., 1997).

Главными механизмами противоопухолевой и антималястической активности омега-3 ПНЖК является их способность вызывать оксидантное повреждение (W. E. Hardman et al., 2001); тормозить ангиогенез (M. Mukutmoni-Norris et al., 2000); ингибировать экспрессию онкогенов (В. Н. Chung et al., 2001); регулировать гены и факторы транскрипции, индуцирующие апоптоз (В. А. Narayanan et al., 2001); тормозить активность протеинкиназ (N. G. Moore et al., 2001) в опухолевых клетках различного гистогенеза; стимулировать реакции противоопухолевого иммунитета (L. E. Robinson et al., 2001).

ПНЖК омега-3 типа могут быть полезны как вспомогательные средства при лечении онкологических больных. Полиненасыщенные жирные кислоты омега-3 типа повышают чувствительность клеток злокачественных опухолей к лучевой терапии (G. Baronzio et al., 1994) и цитостатикам (W. E. Hardman et al., 2001, P. K. Rudra, H. E. Krokan, 2001). В клинических исследованиях полиненасыщенные жирные кислоты омега-3 типа, назначаемые в периоперационный период онкологическим больным, улучшали состояние иммунитета и результаты хирургического лечения (M. J. Heslin, M. F. Brennan, 2000). У больных раком пищевода, подвергнутых оперативному лечению и проходящих лучевую и химиотерапию, дополнительное назначение этилового эфира эйкозопентаеновой кислоты перорально в ежедневной дозе 1,8 г, улучшало показатели клеточного иммунитета (T. Tashiro et al., 1998). У больных раком в состоянии кахексии назначение эйкозопентаеновой кислоты, приводило к повышению веса, улучшению аппетита и общего статуса (M. D. Barber et al., 1999, С. P. Burns et al., 1999). В рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании было показано, что назначение больным с генерализованными злокачественными опухолями рыбьего жира увеличивало выживаемость (С. А. Gogos et al., 1998).

Таким образом, омега-3 ПНЖК могут с успехом использоваться на всех стадиях развития опухолевого процесса. Для эффективной профилактики атеросклероза рекомендуется принимать 300 мг омега-3 ПНЖК в день (В. Н. Титов, 1999). Вероятно, в такой дозе следует применять полиненасыщенные жирные кислоты омега-3 типа длительное время - в течение многих лет для первичной профилактики рака. В мировой онкологии планируется проведение длительных интервенционных клинических испытаний по химиопрофилактике рака данных локализаций с помощью ПНЖК омега-3 типа (R. A. Siddiqui et al., 2007). Для вспомогательного лечения онкологических больных: повышения эффективности лучевой и химиотерапии, в период предоперационной подготовки и реабилитации, борьбы с раковой кахексией при генерализации опухолевого процесса, полиненасыщенные жирные кислоты омега-3 типа следует назначать в дозах не менее 1,8–2 г в день, в максимальных дозах — 13–18 г в день. При применении омега-3 ПНЖК в таких дозах возможны побочные и токсические эффекты: диарея, чувство желудочно-кишечного дискомфорта (С. Р. Burns et al., 1999).

Таким образом, в рамках решения задач по демографической безопасности, обогащение рациона белорусов омега-3 ПНЖК как за счет повышения потребления морепродуктов и льняного масла, так и за счет применения содержащих эти нутриенты лекарственных препаратов и БАД, может иметь выраженный профилактический эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation, ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS) / Z. Reiner [et al.] // Eur. Heart J. — 2011. — Vol. 32(14). — P. 1769–1818.
2. Effect of n-3 polyunsaturated fatty acids in patients with chronic heart failure (the GISSI-HF trial): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial / G. H. F. Investigators [et al.] // Lancet. — 2008. — Vol. 372(9645). — P. 1223–1230.
3. The effect on human tumor necrosis factor alpha and interleukin 1 beta production of diets enriched in n-3 fatty acids from vegetable oil or fish oil / G. E. Caughey [et al.] // Am J Clin Nutr. — Vol. 1996, № 63. — P. 116–122.
4. The effect of dietary supplementation with n-3 polyunsaturated fatty acids on the biosynthesis of interleukin-1 and tumor necrosis factor by mononuclear cells. / S. Endres [et al.] // N. Engl. J. Med. — 1989. — Vol. 320. — P. 265–271.
5. Pase, M. P. Do long-chain n-3 fatty acids reduce arterial stiffness? A meta-analysis of randomised controlled trials / M. P. Pase, N. A. Grima, J. Sarris // Br. J. Nutr. — 2011. — Vol. 106(7). — P. 974–980.

УДК 614.2 – 053.9 (476)

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Подолько В. А., Шаршакова Т. М., Подолько А. В., Артеменко А. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В Республике Беларусь отрицательная динамика основных демографических показателей достигла критического уровня за последние полтора десятилетия. На начало 2013 г. доля населения в возрасте старше трудоспособного увеличилась с 21,3 % в 2001 г. до 23,5 %, что составляло более 2,28 млн человек. Среди них 1,532 млн (67 %) проживали в городе и 0,6962 млн (33 %) — в сельской местности, из них женщины составляли 71 %, мужчины — 29 % [1]. По прогнозным оценкам, в Беларуси к 2020 г. доля населения пенсионного возраста достигнет 27–28 %, что усугубит негативные социально-экономические последствия в виде уменьшения трудовых ресурсов страны и возрастания демографической нагрузки на трудоспособное население. В Гомельском регионе численность населения за последние 12 лет сократилась на 104500 человек (6,8 %), а в возрастной структуре наблюдается прогрессивное увеличение доли пожилых до 23,4 %, что составляло на начало 2013 г. 334741 человек, из них городские жители составляли 68,2 %, сельские — 31,8 %, на долю мужчин приходилось — 28,7 %, женщин — 71,3 % [8]. Необходимо отчетливо понимать, что де-

мографическими процессами нельзя управлять также легко, как другими социальными явлениями. В течение еще нескольких десятилетий нам предстоит жить и работать в условиях низкой рождаемости и старения населения. В силу исторической длительности решения проблемы сегодня на первый план должны выходить вопросы более эффективного использования человеческого потенциала.

Пожилые люди представляют собой многочисленную и весьма сложную социальную общность. К пожилым относятся самые разные люди: от относительно здоровых и крепких до глубоких стариков, обремененных недугами, выходцы из разных социальных слоев, имеющие разные уровни образования, квалификации и разные интересы. Одной из важнейших социальных проблем пожилых людей является одиночество, связанное с серьезными психологическими, социальными и медицинскими аспектами. По оценкам специалистов, около 14 % пожилых людей мира являются одиноко проживающими (8 % пожилых мужчин и 18 % пожилых женщин) [3, 9]. В Республике Беларусь по состоянию на 1 июля 2013 г. проживало 127,7 тыс. одиноких граждан пожилого возраста и 583,9 тыс. одиноко проживающих пожилых граждан. В условиях нашей страны, когда средняя продолжительность жизни женщин на 11 лет больше, чем у мужчин, пожилая семья, чаще всего заканчивается женским одиночеством. На начало 2013 года на 1000 мужчин в возрасте старше трудоспособного приходилось 2445 женщин. Одинокие пожилые люди нуждаются в специальной медико-социальной и психологической помощи. Материальное положение и участие пожилых людей на рынке труда — единственная проблема, которая может соперничать по своей значимости со здоровьем. Значительную долю людей, проживающих за чертой бедности, составляют именно пожилые люди, и их материальное положение — одна из важных социальных проблем. Социологические исследования свидетельствуют, что хотели бы продолжать работать 60 % пенсионеров. Статистика свидетельствует, что в Беларуси прослеживается отчетливый рост количества лиц старше трудоспособного возраста, занятых в экономике страны. Из 2,6 млн пенсионеров в 2013 г., почти 700,0 тыс. продолжали трудовую деятельность [4, 6]. Как одну из тяжелых проблем пожилых людей необходимо отметить жестокое обращение близких и родственников. С каждым годом увеличивается количество обращений пожилых людей за психологической помощью. Социальный статус пожилых людей, прежде всего, определяется состоянием их здоровья. В среднем на одного пожилого больного приходится 2–4, часто тяжелых, хронических заболевания. В связи с этим уровень заболеваемости у них в 2–3 раза, а у лиц старческого возраста в 6–8 раз выше, чем у лиц молодого и среднего возрастов. Нуждаемость в медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях у лиц старше 60 лет в 2–4 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста [3, 5, 7].

Известно, что медицинские и социальные службы направлены на оказание помощи широким слоям населения и уделяют недостаточно внимания специфическим нуждам пожилых людей. Одной из ключевых проблем для рационального планирования деятельности служб помощи пожилому населению является, в первую очередь, недостаточная информация о проблемах и потребностях в такой помощи, специфической для этого возраста и, во-вторых, о функционировании системы помощи пожилым людям в целом. Пожилые люди, по нашему мнению, наряду с оказанием им медико-социальной помощи нуждаются в проведении всесторонней медико-социальной реабилитации.

Результаты исследования

На кафедре общественного здоровья и здравоохранения проведено исследование медицинских и социальных проблем и потребностей в медико-социальной помощи пожилых людей, проживающих в Гомельском регионе. Сбор данных проводился на основе структурированной анкеты, вопросы были направлены на получение информации об условиях жизни, состоянии здоровья, функциональных возможностях и потребностях в медицинских и социальных услугах пожилыми людьми. Полученные и сведенные в электронную базу данные, обработаны с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statsoft Statistica», v.8.0.

В исследование включены результаты анкетирования 104 человек в возрасте от 62 до 88 лет, средний возраст составил 75 лет. Среди опрошенных мужчин было 12 чел. (11,5 %), женщин — 92 чел. (88,5 %). Половина участников исследования проживала в городской местности. Среди опрошенных 38 % имели неполное среднее образование, среднее — 25 %, среднее специальное — 27 %, высшее — 10 %. Доля респондентов, не являвшихся инвалидами составила 70 %, с 1 группой — 3 %, со 2 группой — 19 %, с 3 группой — 8 %. Одинокими являлись 44 % респондентов, проживали с супругом (-ой) — 24 %, с родственниками — 29 %. В сельской местности проживали достоверно более старые люди, чем в городской. Выявлены также статистически значимые различия в более высоком уровне образования у проживающих в городской местности ($\chi^2 = 14,558$; $p = 0,002$). В сельской местности одинокими проживали 52 % опрошенных, тогда как в городе только 36 %.

В рамках исследования респонденты дали собственную оценку своего здоровья. Лишь 4 % респондентов оценили состояние своего здоровья как хорошее, оценивающих состояние здоровья как среднее — 58 %, как плохое — 38 %. Причем чаще оценивали свое здоровье как плохое, чем женщины, с возрастом, доля оценивающих свое здоровье как плохое возрастала. В целом 42 % городских и 32 % сельских жителей оценили свое здоровье как плохое. У 50 % мужчин и 93,5 % женщин имелось как минимум одно хроническое заболевание, влияющее на их повседневную деятельность. Три и более хронических заболеваний отметили 25 % мужчин и 32,6 % женщин. Среди опрошенных 97,2 % принимали лекарства, причем 4 и более лекарств принимают 1/4 опрошенных мужчин и 1/3 женщин. За последние 12 месяцев за медицинской помощью в поликлинику обращались 90 % участников исследования, медиана количества обращений в поликлинику составила 3 (1;4,5) раза в год. Третья часть мужчин за последние 12 месяцев посещала поликлинику 6 раз и более, среди женщин таких было 17 %. Жители городской местности статистически значимо чаще посещали поликлинику ($Z = 2,740$; $p = 0,006$).

Изучая обслуживание пожилых людей на дому, выявлено что ни одного посещения медработниками на дому за последние 12 месяцев не было произведено у 55 % респондентов. Из тех, кого на дому посещали работники поликлиники, в 66 % случаев посещения были произведены только врачом, в 11 % — медсестрой и в 21 % совместно. Потребность в посещениях на дому выявлена у 45 % опрошенных. Причем большую потребность в посещениях на дому испытывают мужчины (50 %), чем женщины (44 %). Потребность в посещениях врачом испытывали 28 %, медсестрой — 21 % респондентов. Выявлена потребность в консультациях по телефону у 50 % опрошенных, причем консультацию врача предпочитают получить 74 %. Большую потребность в телефонных консультациях испытывают сельские жители (58 %). 30 % респондентов не испытывают трудностей с тем, чтобы попасть на прием к врачу, 41 % испытывают затруднения, а 29 % считают, что попасть к врачу невозможно. При посещении поликлиники 70 % респондентов ответили, что им приходится долго ожидать в очереди. За последние 12 месяцев 62 % опрошенных госпитализировались, из них 52 % были госпитализированы в экстренном порядке.

Оценивая функциональные возможности пожилых людей, установлено, что испытывают трудности в повседневной жизни 83 % опрошенных. Наиболее частой трудностью является передвижение на дальние расстояния (76 %). Кроме того 33 % пожилых людей испытывают трудности при самостоятельной уборке квартиры, 31 % — при совершении покупок. Доля респондентов, испытывавших потребность в посторонней помощи при выполнении повседневной деятельности составляла 45 %. Статистически значимых различий в этой группе между респондентами из городской и сельской местности, а также в зависимости от возраста не выявлено. Помощь со стороны социальных работников оказывалась лишь 10 % респондентов (6 % городских и 14 % сельских жителей), в основном это были одинокие люди (70 %). Однако необходимо отметить, что такая помощь оказывалась лишь 15 % от общего числа одиноких респондентов. Во всех случаях социальную помощь опрошенные получали на дому. В исследовании также установлено, что 73 % пожилых респондентов испытывали потребность в общении. В целом потребность в оказании медицинской помощи испытывали 71 % участников исследования, психологической — 19 %, социальной — 17 %, юридической — 4 %. Статистически значимых различий между городскими и сельскими жителями, а также по полу не выявлено. Были выявлены статисти-

чески значимые различия ($p = 0,033$) по возрасту респондентов испытывавших (M_e — 79,5 лет) и не испытывавших (M_e — 74 года) потребности в оказании им социальной помощи.

Заключение

Большой удельный вес (23,5 %) пожилых, высокий уровень их заболеваемости, тяжесть патологии влечет за собой и увеличение потребностей в соответствующих ресурсах. Сегодня в оказании помощи пожилым людям имеет место двухзвеневой подход. С одной стороны медико-социальная помощь — одна из разновидностей помощи, как вида социального обслуживания населения, реализуемая организациями Министерства труда и социальной защиты. С другой — в системе здравоохранения реализуется медицинский подход к медико-социальной помощи пожилым людям, который по нашему мнению должен модифицироваться в систему «медико-социальной реабилитации».

Считаем необходимым различать эти два понятия в связи с их характером временной направленности. Реабилитационный подход к пожилым людям содержит в себе, прежде всего, позитивный прогностический, а также профилактический потенциал. Концепцию медико-социальной реабилитации пожилых людей необходимо развивать в рамках реабилитационных гериатрических центров, отделений на всех этапах. Сегодня можно отметить недостаточное сотрудничество, координацию и межпрофессиональное взаимодействие медицинских, социальных служб, общественных организаций, частнопредпринимательских структур в оказании медико-социальной помощи пожилым людям [9]. Эффективное планирование деятельности должно основываться на знаниях и информации о специфических проблемах и потребности в помощи, специфической для пожилого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беларусь в цифрах: стат. справочник. — Минск, 2013 // [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.belstat.gov.by>. — Дата доступа: 06.12.2013.
2. Вульф, Л. С. Одиночество пожилых людей / Л. С. Вульф // Социальное обеспечение. — 1998. — № 5. — С. 15–17.
3. Выявление, динамическое наблюдение и реабилитация больных пожилого и старческого возраста: метод. рекомендации Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 192-0012 от 28.12.2000 г.
4. Женщины и мужчины Республики Беларусь: стат. сборник. — Минск, 2010. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.belstat.gov.by>. — Дата доступа: 18.10.2010.
5. Матвейчик, Т. В. Проблемы первичной медицинской помощи больным пожилого и старческого возраста / Т. В. Матвейчик // Актуальные проблемы оказания медицинской и социальной помощи населению: сб. матер. Респ. науч.-практ. конф. (Минск, 2 ноября 2010 г.). — Минск: Белпринт, 2010. — С. 127–133.
6. Подоляко, В. А. Особенности трудовых ресурсов и показателей трудовой активности лиц старше трудоспособного возраста в Республике Беларусь и Гомельской области / В. А. Подоляко, Т. М. Шаршакова, И. А. Чешик // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. респ. науч.-практ. конф. — Гомель, 2011. — Т. 3. — С. 168–172.
7. Пристром, М. С. Терапия и реабилитация сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых людей / М. С. Пристром, С. Л. Пристром, В. Э. Сушинский. — Минск: Белорусская наука, 2007. — 415 с.
8. Регионы Республики Беларусь: стат. сборник. — Минск, 2013. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.belstat.gov.by>. — Дата доступа: 06.12.2013.
9. Шаршакова, Т. М. Построение оптимальной модели медико-социальной помощи пожилым в условиях реформирования здравоохранения / Т. М. Шаршакова, Н. А. Мазурёнок // Управление здравоохранением и обеспечение демографической безопасности Республики Беларусь: материалы респ. науч.-практ. конф. (Минск, 28 июня 2007 г.) / редкол.: В. И. Жарко [и др.]. — Минск: БелМАПО, 2007. — С. 158–161.

УДК 614.2:616-084

МЕТА-АНАЛИЗ ОБЩЕЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТНОСТИ В ПРОГРАММАХ МНОГОФАКТОРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Полесский В. А., Гундаров И. А.

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»
г. Москва, Российская Федерация**

Введение

Снижение высокой смертности трудоспособного населения, в структуре которой около 60 % приходится на основные неинфекционные заболевания, является актуальной задачей здравоохранения многих стран. В решении этой проблемы мировым медицинским

сообществом, в т. ч. на уровне Всемирной организации здравоохранения, достигнуто понимание важнейшей роли профилактики [1].

Современные профилактические подходы базируются на концепции факторов риска, среди которых главными являются курение, повышенное кровяное давление, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела и гиподинамия. Со времен Фрамингамского проекта известно их влияние на развитие ишемической болезни сердца (ИБС). Затем были выявлены связи этих факторов риска с сосудистыми заболеваниями головного мозга и злокачественными новообразованиями и сформулировано положение о том, что контроль перечисленных факторов способен обеспечить интегральный эффект снижения как сердечно-сосудистой, так и общей смертности. Сегодня считается доказанной эффективность подходов многофакторной профилактики, то есть использования профилактических технологий, направленных на одновременную коррекцию нескольких факторов риска, в достижении этой цели [1].

Тем не менее имеются работы, в которых высказывается сомнение относительно способности традиционных профилактических стратегий влиять на общую смертность [2, 3]. Это связано с тем, что классические факторы риска в ряде ситуаций могут выступать индикаторами риска, способными предсказывать возникновение болезни, но не влиять на ее развитие.

Цель

Критическая оценка доказательности положения, в соответствии с которым многофакторная профилактика ИБС, направленная на коррекцию традиционных факторов риска, обеспечивает снижение общей и сердечно-сосудистой смертности.

Материал и методы исследования

В качестве материала исследования использовали результаты крупных отечественных и зарубежных многофакторных программ, составляющих «золотой» фонд эпидемиологии неинфекционных заболеваний. Критериями включения служили: проведение исследования до 1990 г., численность группы вмешательства не менее 600 человек, наличие группы сравнения, длительность активных действий не менее пяти лет, наличие сведений о динамике факторов риска, сердечно-сосудистой и общей смертности. Таким условиям соответствовали 18 отдельных проектов в составе 15 программ с длительностью наблюдения от 7,1 года до 8,5 лет (Гётеборг, Швеция, 1970–1973; Европейская кооперативная программа ВОЗ с участием Великобритании, Бельгии, Италии, Польши, Испании, 1970-е гг.; Программа MRFIT, США; Северо-Карельский проект, Финляндия, 1972–1977; Проект ВКНЦ АМН СССР, Москва, 1976–1983; Станфордский «Проект пяти городов», США, 1979–1992; Миннесотская программа «Здоровое сердце», США, 1980–1990; Потукетская программа «Здоровое сердце», США, и др.).

Результаты исследования

Проведенный анализ показал, что из 18 интервенционных проектов смертность уменьшилась только в одном, еще в одном она увеличилась, в остальных различие с контролем оказалось недостоверным. Тем самым нулевая гипотеза о способности традиционной многофакторной профилактики ИБС влиять на общую смертность не подтвердилась. Более того, абсолютное большинство программ продемонстрировало также отсутствие достоверных различий и в показателях сердечно-сосудистой смертности. Следует подчеркнуть, что смертность не уменьшалась даже при выраженном снижении факторов риска.

Так, в СССР эталоном многофакторной профилактики ИБС являлась 5-летняя программа Всесоюзного кардиологического научного центра АМН СССР, выполненная в 1976–1983 гг. в одном из административных районов Москвы. Это было нерандомизированное профилактическое исследование, дополненное оказанием лечебных услуг. Группой вмешательства служила популяционная выборка мужчин в возрасте 40–59 лет (5001 человек), обслуживаемых районной поликлиникой. В качестве группы сравнения использовали популяционную выборку, состоящую из 6113 мужчин того же возраста, из другой поликлиники того же района. Вмешательство, длившееся 5 лет, выполнено с соблюдением классических требований эпидемиологии неинфекционных заболеваний. Проводили популяционную профилактику (гигиеническое обучение и воспитание для всей группы вмешатель-

ства), групповую профилактику (лечение повышенного артериального давления, помощь в отказе от курения, снижение избыточной массы тела, коррекция гиперхолестеринемии, оптимизация физической активности) и лечение заболеваний по показаниям.

При оценке результатов сначала сравнили смертность, накопленную за 5 лет. Среднегодовой показатель в группе вмешательства составил 7,9 против 9,7 % в контроле (различие статистически достоверно), что было расценено как несомненный успех. Однако детальный анализ показал, что уже в исходном состоянии популяции, из которых затем формировали выборки, значительно различались по уровню смертности. В 1974–1975 гг. на территории вмешательства он был меньше, чем на территории сравнения (8,7 и 9,9 % соответственно). После учета этого фактора различие в 5-летней динамике смертности в группах оказалось статистически недостоверным.

Такой же результат был получен у лиц, исходно не имевших ИБС. В первый год исследования смертность в группе вмешательства была меньше, чем в контроле (3,7 и 5,9 % соответственно). Если учесть эту разницу, через 5 лет смертность по группам статистически не различалась, составив 6,3 и 8,6 %.

Одним из наиболее крупных региональных проектов по многофакторной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний является 5-летний Северо-Карельский проект (Финляндия), выполненный под эгидой ВОЗ в 1972–1977 гг. Территорией вмешательства служила провинция Северная Карелия (181 тыс. жителей), а территорией сравнения — провинция Куопио (253 тыс. жителей). Для контроля динамики факторов риска трижды (в 1972, 1977 и 1982 гг.) обследовались 6,6 % репрезентативные выборки населения в возрасте 25–64 лет.

Использовали популяционную и групповую профилактические стратегии, реализуемые через политические органы, общественные организации, медицинские службы, средства массовой информации. Была осуществлена широкая реорганизация системы здравоохранения для концентрации усилий на выявлении и лечении больных артериальной гипертензией, проведены тренировочные курсы медицинского персонала, мероприятия по формированию у населения здорового образа жизни. Общая сумма финансирования за 9 лет превысила 1,2 млн долларов.

К концу проекта отмечалось отчетливое снижение всех факторов риска. Доля лиц с высоким кардиоваскулярным риском уменьшилась в Северной Карелии по сравнению с Куопио у мужчин на 32,6 %, у женщин — на 27,3 %. Процент эффективно леченных больных артериальной гипертензией оказался в 2 раза больше в регионе профилактики. Тем не менее, динамика стандартизованной по возрасту смертности среди мужчин 30–64 лет за период с 1970–1971 гг. по 1977–1978 гг. между регионами статистически не различалась. В Северной Карелии снижение составило 16,7 %, в Куопио — 15,7 %. У женщин Куопио снижение оказалось даже больше (0,6 против 18,7 % в Северной Карелии).

В последующем 4-летнем наблюдении за лицами 35–64 лет (с 1977–1978 гг. по 1980–1981 гг.) положительная динамика при вмешательстве не обнаружена. Сопоставление с остальной Финляндией за 10-летний период также не выявило позитивных различий.

Сами разработчики профилактических программ констатируют, что исследования по многофакторной первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний породили разочарование: различия общей и коронарной смертности между группами вмешательства и контроля оказались неубедительными [4]. К аналогичному заключению пришли зарубежные исследователи при анализе более поздних многофакторных профилактических проектов [5].

Мета-анализ программ многофакторной профилактики выявил еще один феномен — в ряде рассмотренных проектов продемонстрирован рост смертности на старте профилактики (в т. ч. вследствие увеличения числа умерших на 2-й и 3-й годы интервенции), что означает увеличение количества потерянных лет жизни участников в группах вмешательства по сравнению с контролем и постановку на повестку дня медико-этических проблем.

Таким образом, результаты мета-анализа свидетельствуют о том, что ни популяционная стратегия профилактики ИБС, ни стратегия высокого риска, направленные на минимизацию распространенности и выраженности основных факторов риска сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний с целью снижения об-

шей и сердечно-сосудистой смертности, не дают убедительных доказательств своей эффективности при использовании в качестве базовых стратегий вмешательства в программах многофакторной профилактики ИБС.

Этот вывод сохраняет свою актуальность для всех рассмотренных проектов вне зависимости от дизайна исследования и места его проведения.

Анализ программ многофакторной профилактики позволяет высказать предположение, что некоторые традиционные факторы риска являются лишь индикаторами неблагополучия, а не одной из причин, способствующих возникновению и развитию болезни. Это ставит вопрос о необходимости разработки инновационных подходов к снижению смертности от неинфекционных заболеваний и новой парадигмы профилактической медицины, в основу которой может быть положена концепция персонализированной профилактики, базирующаяся на методологии расчета ожидаемой продолжительности жизни и принципах измерения и увеличения резервов здоровья человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for Assessment and Management of Cardiovascular Risk. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. World Health Organization, 2007.
2. *Oliver, M. F.* Prevention of coronary heart disease — propaganda, promises, problems and prospects / M. F. Oliver // *Circulation*. — 1986. — Vol. 73(1). — P. 1–9.
3. *McCormick, J.* Coronary heart disease is not preventable by population interventions / J. McCormick, P. Skrabanek // *Lancet*. — 1988. — Vol. 8. — P. 839–841.
4. *Miettinen, T. A.* Implications of recent results of long term multifactorial primary prevention of cardiovascular diseases / T. A. Miettinen // *Annals of Medicine*. — 1992. — Vol. 24(2). — P. 85–89.
5. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease / S. Ebrahim [et al.] // *Cochrane Database Systematic Review*. — 2011. — Vol. 19(1). — CD001561.

УДК 37.013.42:343.85:316.454.56:159.923

ПРОФИЛАКТИКА ВИКТИМИЗАЦИИ КАК СПОСОБ СОХРАНЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ УЧАСТНИКОВ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Приходько Е. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

Психологию здоровья можно определить как раздел психологии, изучающий связи психологических процессов с поведением, с одной стороны, и здоровья с болезнью — с другой. Важная роль психологов и социальных работников — это поддержание психологического здоровья как общества в целом, так и конкретных индивидов. Осознание себя жертвой разрушает образ «я» — снижается самооценка, появляется состояние депрессии. Агрессивное поведение нарушает психологическое здоровье.

Проблема запугивания и преследования в школах имеет меньший приоритет по сравнению с другими проблемами, такими как прогулы уроков, несоблюдение правил поведения в школе и т. д. Поэтому данной проблеме уделяется мало внимания в обществе. Несмотря на то, как долго эта проблема была вокруг нас, первое большое исследование произошло в 2000 г. И это исследование показало, что около 30 % подростков вовлечены в ситуацию запугивания. Приблизительно над 15 % мальчиков и 7 % девочек издевались, и 13 % мальчиков преследовались в подростковом возрасте [1].

Запугивание — одна из самых общих и потенциально серьезных форм школьного насилия. Это распространяющаяся проблема, затрагивающая большое количество учеников, несущая неблагоприятные последствия для некоторых из них. Запугивание часто воспринимается как обычная часть детства и юности. Подростки, над которыми хронически измывались, более вероятно, будут испытывать недостаток физического и умственного здоровья, некоторые из них будут рассматривать самоубийство, как выход из сложившей-

ся ситуации. Также, доказано, что запугивание может иметь длительные, отрицательные эффекты для его жертв. Д. Олвеус обнаружил, что в 23 года прежние жертвы были более угнетенными и имели более низкое чувство собственного достоинства, чем их непреследуемые коллеги. Будущее хулиганов также весьма мрачно. Скорее всего, они попадут в тюрьму, будут вести асоциальный образ жизни, станут агрессивными супругами и родителями. Запугивание и преследование часто связаны с серьезными эмоциональными проблемами.

Результаты исследований показывают, что процент ребят, вовлеченных в запугивание, снижается с возрастом учеников. Это снижение, возможно, возникает из-за развития у подрастающего ученика разнообразных навыков сопротивления агрессии, типа игнорирования запугивания и принятия ответных мер, умение предотвращать преследование и т. д. Процент вовлеченных в запугивание ребят был немного выше в младшей возрастной группе, чем в старшей [1].

Кроме того, большинство девочек, вовлеченных в преследование в начальных классах, перестают преследоваться в течение последующего времени. Это трудно объяснить, но возможно, девочки более легко находят поддержку и понимание. Можно также предположить, что учителя и другие взрослые скорее вмешаются в ситуацию запугивания, преследования или издевательств над девочками, чем над мальчиками. В конечном счете, девочки находятся в более выгодном свете, чем мальчики [2].

Некоторые исследования предполагают, что вероятность того, чтобы быть вовлеченными в запугивание, преследование и т. д. выше в сельских районах, чем в городе.

Психологи и социологи признали важность группы сверстников в ранней юности для формирования поведения и поддержки членов группы. Группы сверстников основываются по полу, расе, а также по поведению, включая курение, агрессию, академические успехи и достижения. Было выявлено, что большинство провинившихся подростков присоединяются к ненормативным сверстникам [3].

Действия относительной агрессии более мучительны для девочек, чем для мальчиков. Девочкам типичнее участвовать в более тонких, тайных, продуманных действиях. Женское запугивание может быть представлено в нескольких формах, включая распространение слухов, клеветы, намеренное исключение, изоляцию, игнорирование, манипуляцию дружбой и т. д.

Агрессор в школе часто является жертвой дома. Такие дети живут в семьях, где родители: предпочитают физические средства дисциплины; иногда враждебно настроены; противоречивы по отношению к ребенку (то все позволяют, то наказывают за малейшие проступки); имеют недостаточные навыки в решении проблем; учат детей наносить ответный удар, а иногда первым бить других. Хорошо изучено и доказано, что методы воспитания жертв или хулиганов отличаются между собой.

Д. Олвеус сообщает, что агрессоры часто характеризуются импульсивностью, сильной потребностью доминировать над другими, имеют небольшое сочувствие к жертвам.

Учащиеся, являющиеся хроническими жертвами, рассматривают школу как несчастливое место, происходит установка на негатив и, вероятно, будут избегать посещения школы. В чрезвычайных случаях дети совершили самоубийство в результате запугивания или убили хулигана. Таким образом, запугивание вносит негативные коррективы в психологический климат школы.

Больше чем 60 % учащихся сообщают, что школьный персонал только «иногда или никогда» вмешивается в ситуации насилия в школе и пробует положить конец запугиванию [2].

Д. Олвеус и другие предложили ряд стратегий и компонентов, необходимых для построения всестороннего плана управления и предотвращения запугивания в школах.

Первичные стратегии разработаны и предоставлены обществу для того, что бы препятствовать проблеме прежде, чем появляются ее первые признаки. Поэтому, первичные стратегии предотвращения насилия вовлекают всех учащихся, а не только тех, кто является хулиганом или жертвой. Исследования доказывают, что первичные программы предотвращения — лучшая защита от школьного насилия. Выделяют пять программ, как эффективные первичные стратегии вмешательства школьного персонала в данную проблему. Все программы имеют общую цель: изменять школьную окружающую среду. Во-вторых,

все программы вовлекают школьный персонал в обучение стратегиям. Все программы зависят от предоставленных всем преподавателям учебных планов, требуя от них активного вмешательства и постоянного образования в этом направлении. В-третьих, все программы имеют процедуры, для того, чтобы выявить родительское вовлечение в проблему. Хотя домашняя причастность не гарантируется, каждая программа включает домашний компонент, требуя от родителей определенных действий, поведения.

Вторичные стратегии предотвращения разработаны для выявления людей, проявляющих начальные признаки беспорядка или проблем с управлением агрессией, чтобы предотвратить развитие более серьезных проблем. Поэтому работа направлена, в основном, на учеников, проявляющих первые признаки агрессивного поведения. Агрессивные ученики должны обучаться стратегиям и методам самообладания. Также и преследуемые учащиеся могут обучиться социальным навыкам и твердости в поведении. Выбирая вторичные методы предотвращения для индивидуальных учеников, важно определить, какие именно трудности возникают у учеников. Ученики издеваются друг над другом по множеству причин. Например, чтобы получить популярность среди сверстников, или в ответ на агрессию, враждебность. Необходимо помнить о том, что существуют не только активные хулиганы, но и их прихвостни, с которыми должна проводиться меньшая работа.

Третичные стратегии предотвращения — те, которые предназначены для учащихся с серьезным уровнем проблемы. Методы в этом уровне предназначены для уменьшения продолжительности проблемы и минимизации эффектов проблемы.

Хотя школьные психологи не могут и не должны в одиночку бороться с столь глобальной проблемой, они находятся в оптимальных условиях для координации усилий учащихся, родителей, школьного персонала. Также, психологи должны быть вовлечены во все три уровня предотвращения агрессии в школе. Школьные психологи находятся в оптимальных условиях для того, чтобы взять активную роль в обучении других предотвращению насилия. Осуществление всех стратегий предотвращения требует затрат ресурсов, сил, времени. Но выгода от таких усилий перевесит затраты.

Исследования показали, что программы предотвращения агрессии эффективно уменьшают агрессивное поведение в школе. Такие усилия по предотвращению должны стремиться реконструировать окружающую среду школ, таким образом, предоставляя учащимся возможность учиться и развиваться в безопасной атмосфере. Лучшие методы для того, чтобы сражаться с агрессией, включают три уровня: первичный, вторичный и третичный. Школьные психологи находятся в оптимальных условиях, чтобы скоординировать, осуществить и оценить программы для учеников, родителей и школьного персонала [1].

Важным условием успешности действий индивида, направленных на укрепление своего психологического здоровья, является легкость с которой они могут быть выполнены. Поэтому следует пользоваться децентрализованными методами и рекламировать их существование, а также обеспечивать условия благоприятствования дома, в школе и т. д.

Доказано, что достижение изменений по направлению к новому образу жизни более эффективно, если налицо первые, пусть небольшие, реальные перемены. Люди обычно глубоко разочаровываются, если результаты сильно отличаются от того, что они ожидали. Кроме того, постепенное изменение путем ряда последовательных приближений к желаемому поведению зарекомендовало себя лучше, чем попытки резко изменить образ жизни.

Чем конкретнее цель рекомендаций, тем выше их эффективность. Исследования показывают, что формирование нового образа поведения в основном зависит от того, насколько конкретны инструкции по поводу того, где, когда и как поступать.

Признавая, что безопасная школьная среда является необходимой для оптимального воспитания и обучения учащихся, а также сохранения психологического здоровья учащихся, по крайней мере девять государств в настоящее время имеют законы, способствующие предотвращению агрессии, и десять других государств предлагают рассмотрение таких мер.

Запугивание — проблема, которая должна быть центром профилактической работы. Профилактические усилия должны быть сосредоточены и предназначены для тех детей, для которых характерно нарушение психологического здоровья, связанное с проблемами насилия в школе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ривман, Д. В. Виктимология / Д. В. Ривман, В. С. Устинов. — СПб.: Питер, 2000. — 214 с.
2. Журавлёва, Т. М. Помощь детям-жертвам насилия / Т. М. Журавлёва, Т. Я. Сафонова, Е. И. Цымбал. — М.: Генезис, 2006. — 112 с.
3. Шнейдер, Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков / Л. Б. Шнейдер. — М.: Академический Проект; Трикста, 2005. — 336 с.

УДК 616.517:[612.616.31:616]-08

**НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПСОРИАЗА
У МУЖЧИН СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С УЧЕТОМ
ИЗМЕНЕНИЙ КОНЦЕНТРАЦИИ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ**

Резниченко Н. Ю.

**Коммунальное учреждение
«Запорожский областной кожно-венерологический клинический диспансер»
г. Запорожье, Украина**

Введение

У лиц старшего возраста отмечается рост заболеваемости соматической и дерматологической патологией [1]. Особого внимания заслуживает распространенность псориаза среди лиц зрелого и пожилого возраста. При этом несмотря на большое количество публикаций, касающихся возрастного андрогенного дефицита [2, 3], на сегодняшний день не изучено его влияние на патогенез псориаза. Это говорит о необходимости изучения данного вопроса.

Цель

Изучение уровней половых гормонов у мужчин старшей возрастной группы, болеющих псориазом, и поиск путей их коррекции.

Материалы и методы исследования

Были обследованы 95 мужчин в возрасте 25–64 лет. В основную группу были включены 36 мужчин в возрасте 45–64 лет, болеющие псориазом; группу сравнения составили 25 здоровых мужчин в возрасте 45–64 лет; контрольную группу — 34 здоровых мужчины в возрасте 25–44 лет.

Обследование пациентов включало определение уровней тестостерона, тестостерон-связывающего глобулина (ТСГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина (ПРЛ) в сыворотке крови. Для оценки степени тяжести псориаза использовался индекс PASI (Psoriasis Area Severity Index). Оценка качества жизни проводилась согласно опросника DLQI (Dermatology Life Quality Index). В данном исследовании применялся авторизированный украинский перевод опросника DLQI (Ukrainian version of DLQI). Для оценки симптомов старения мужчины и андрогенного дефицита проводилось анкетирование по шкале Aging Males Symptoms Scale (AMS).

На основании выявленных изменений было проведено лечение больных псориазом, для чего они были распределены в 3 исследуемые группы в зависимости от проводимой терапии: I группа — 12 пациентов, которые получали базовую терапию псориаза, II группа — 12 человек, которые применяли базовую терапию и дополнительно ноотропный препарат, III группа — 12 лиц, которые получали базовую терапию и дополнительно препарат растительного происхождения, который содержит стероидные сапонины. Пациенты были обследованы до и через 3 месяца после начала лечения. Выбор ноотропного препарата был обусловлен полученными в начале исследования значениями концентрации гонадотропных гормонов, которые синтезируются в головном мозге, а препарата на основе стероидных сапонинов — снижением уровня тестостерона у мужчин старшей возрастной группы, особенно при наличии у них псориаза.

Результаты и обсуждение

В результате проведенных исследований было показано, что с увеличением возраста мужчин статистически достоверно снижается концентрация тестостерона. В группе здо-

ровых мужчин 45–64 лет наблюдалась достоверно более высокая концентрация ФСГ, ЛГ, ПРЛ и ТСГ, в сравнении с группой 25–44-летних мужчин. Была также получена достоверная разница в значениях интегрального показателя шкалы AMS, отражающего состояние андрогенного дефицита, у здоровых мужчин двух возрастных групп. Проведенный анализ индивидуальных результатов у обследованных мужчин показал формирование дисгормональных состояний, начиная с 45-летнего возраста. Вероятно, такое раннее формирование дисгормональных состояний обусловлено проживанием мужчин в гиперурбанизированном городе, где на жителей влияют разнообразные факторы (экологические, социально-экономические, психогенные). Данная проблема имеет социальное значение, поскольку нарушения выявлены у мужчин трудоспособного возраста.

Существенный интерес вызвали результаты обследования мужчин старшей возрастной группы, болеющих псориазом. У 45–64-летних пациентов, страдающих псориазом, концентрация тестостерона была достоверно ниже, а концентрация ФСГ, ЛГ, ПРЛ, ТСГ — выше в сравнении со здоровыми мужчинами данной возрастной категории. Это свидетельствует о том, что у мужчин в возрасте 45–64 лет, болеющих псориазом, наблюдается более выраженное дисгормональное состояние, чем у здоровых мужчин данной возрастной группы. Не исключено, что дисгормональное состояние у мужчин старшей возрастной группы усиливается вследствие развития псориаза. Вместе с тем, на основании полученных нами результатов можно говорить о формировании замкнутого патологического круга, поскольку наличие заболевания негативно отражается на гормональном статусе пациента, а это в свою очередь приводит к метаболическим нарушениям, которые ухудшают течение псориаза.

Обследование пациентов через три месяца после начала лечения псориаза показало, что во всех трех терапевтических группах происходило улучшение клинической картины заболевания, что объективно проявлялось снижением индекса PASI. При этом была получена достоверная разница в значениях процентного снижения индекса PASI в группе больных, дополнительно получавших ноотропный препарат, и больных после базовой терапии, а также в группе пациентов, дополнительно получавших препарат на основе стероидных сапонинов, и больных после базовой терапии. У больных, получавших только базовую терапию псориаза, через 3 месяца от ее начала индекс PASI был выше, чем у мужчин из других терапевтических групп.

Аналогичная динамика отмечалась и по индексу DLQI. Во всех трех терапевтических группах через 3 месяца от начала лечения отмечалось улучшение качества жизни, что проявлялось снижением индекса DLQI. И хотя нами не получена достоверная разница по абсолютным значениям индекса DLQI между тремя терапевтическими группами, однако достоверная разница определялась по Δ DLQI (%) между группой, получавшей базовую терапию, и группами с дополнительным приемом ноотропного препарата и препарата на основе стероидных сапонинов.

Проведенная базовая терапия псориаза приводила к некоторому снижению интегрального показателя по шкале AMS, однако достоверной разницы между его значениями до и после лечения не отмечалось. Вместе с тем, в группах больных псориазом после базовой терапии в комбинации с ноотропным препаратом и после базовой терапии в комбинации с препаратом на основе стероидных сапонинов интегральный показатель AMS был достоверно ниже, чем до лечения.

Была также изучена эффективность терапии псориаза на гормональный статус мужчин. Через 3 месяца после начала лечения на фоне улучшения клинической картины заболевания уменьшалась степень дисгормонального состояния пациентов. Вместе с тем, после проведенной базовой терапии псориаза у пациентов оставался сниженным уровень тестостерона и повышенным — уровень ФСГ, ЛГ, ПРЛ и ТСГ, в сравнении с аналогичными результатами у здоровых мужчин 45–64 лет.

При этом через 3 месяца от начала терапии больных псориазом с включением в комплексное лечение ноотропного препарата уровни тестостерона, ФСГ, ЛГ и ПРЛ у них достигали уровней у здоровых мужчин 45–64 лет. Нормализация концентрации ФСГ, ЛГ,

ПРЛ объясняется как положительным влиянием ноотропного препарата на метаболические процессы в головном мозге и, соответственно, улучшением гормонального взаимодействия, так и, вероятно, непосредственным метаболитотропным влиянием ноотропного препарата на синтез тестостерона.

Применение препарата на основе стероидных сапонинов приводило к нормализации концентрации тестостерона в крови пациентов, снижению концентрации ЛГ до значений, полученных в группе здоровых мужчин 45–64 лет. Применение препарата на основе стероидных сапонинов в комплексной терапии псориаза не позволяло снизить уровни ФСГ и ПРЛ в крови пациентов, что можно объяснить механизмом действия препарата. Нормализация концентрации тестостерона автоматически не приводит к устранению дисгормонального состояния и требует целенаправленных мероприятий.

Выводы

1. У здоровых мужчин в возрасте 45–64 лет наблюдается возрастное дисгормональное состояние, которое характеризуется снижением уровня тестостерона и повышением уровней фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, пролактина и тестостеронсвязывающего глобулина в крови, а также повышением интегрального показателя AMS.

2. У больных псориазом в возрасте 45–64 лет установлено достоверное снижение уровня тестостерона и повышение уровней фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, пролактина и тестостеронсвязывающего глобулина в сравнении со здоровыми мужчинами аналогичного возраста.

3. Применение в комплексной терапии псориаза у мужчин 45–64-летнего возраста ноотропного препарата приводило к снижению индексов PASI, DLQI, позволяло нормализовать уровень тестостерона, фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов, пролактина и тестостеронсвязывающего глобулина до значений, полученных у здоровых мужчин данной возрастной категории.

4. Применение в комплексной терапии псориаза у мужчин 45–64-летнего возраста препарата на основе стероидных сапонинов приводило к снижению индексов PASI, DLQI, позволяло нормализовать уровень тестостерона и лютеинизирующего гормона до значений, полученных у здоровых мужчин аналогичного возраста.

Практические рекомендации. Проведенные исследования говорят о необходимости применения в комплексной терапии псориаза у мужчин 45–64-летнего возраста ноотропного препарата и препарата на основе стероидных сапонинов с целью нормализации нарушенного гормонального статуса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коррекция метаболических нарушений при патологических состояниях / Ю. Г. Резниченко [и др.]. — Запоріжжя: Просвіта, 2008. — 96 с.
2. Вошула, В. И. Возрастная андрогенная недостаточность пожилых мужчин: современный взгляд на давно существующую проблему / В. И. Вошула // Медицинские новости. — 2007. — № 10. — С. 41–46.
3. Возрастной андрогенный дефицит у мужчин: вопросы терминологии и современные подходы к выбору метода заместительной гормональной терапии / С. Ю. Калинин [и др.] // Урология. — 2006. — № 6. — С. 28–34.

УДК 159

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН

Рогачева Т. В.

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования**

«Уральский государственный медицинский университет»

г. Екатеринбург, Российская федерация

Очевидно, что гендерные роли мужчины и женщины по отношению к здоровью, различны. Гендерные стереотипы женщин сложнее и противоречивее, нежели мужчин. Мужчинам для обретения чувства собственного достоинства нет необходимости играть более

одной роли, поскольку жизнь российского общества убеждает его в том, что он — существо высшего порядка, следовательно, может не слишком напрягаться», — пишет Г. Брандт [1].

Рассмотрим типичный мужской стереотип, сформировавшийся у большинства россиян. Структура ролевых норм мужчины складывается из трех факторов. Первый связан с ожиданиями, что мужчины завоевывают статус и уважение других (**норма статуса**). Второй фактор, **норма твердости**, отражает ожидание от мужчины умственной, эмоциональной и физической твердости. Третий фактор — это ожидание того, что мужчина должен избегать стереотипно женских занятий и видов деятельности (**норма антиженственности**).

Норма успешности (статус) — гендерный стереотип, утверждающий, что социальная ценность мужчины определяется величиной его заработка и успешностью на работе. С этой нормой связан целый ряд ограничений для мужчины. Во-первых, большинство мужчин не способно на 100 % ей соответствовать, из-за чего имеют заниженную самооценку. Носитель традиционной мужественности никогда не знает меры и не может наслаждаться тем, что имеет. Он должен постоянно наращивать объем и время работы, и такой стиль жизни часто приводит к появлению обусловленных стрессом физиологических и психологических симптомов. Мужчины склонны выбирать работу и карьеру в зависимости от того, как хорошо это оплачивается. Финансовое давление особенно обременяет тех мужчин, чьи жены сидят дома и не работают. Точка зрения, что главная обязанность мужчины в семье — исправно приносить большую зарплату, отрицательно влияет на исполнение им родительских функций, так как, чтобы соответствовать этим ожиданиям, мужчина должен посвящать все свое время работе. Например, в Японии, где понятие о мужестве включает в себя полную самоотдачу на работе, отцы проводят со своими детьми в среднем 3 минуты по будням, и 19 минут по выходным. Компенсация чувства несостоятельности в профессиональной и экономической сферах называется компенсаторной мужественностью. Когда мужчина не соответствует одному из аспектов мужской гендерной роли, он демонстрирует преувеличенную мужественность в другой области, тем самым, компенсируя свою несостоятельность. Одной из таких областей является **твердость (жесткость)**. Норма твердости существует у мужчин в нескольких формах: физической умственной и эмоциональной. Норма физической твердости — это ожидание социумом от мужчины физической силы и мужественности. Ту популярность, которой пользуется в наши дни бодибилдинг, смело можно считать реакцией на эту норму. Самооценка мужчин, которые не являются физически сильными, хотя чувствуют, что окружающие ожидают от них именно этого, может серьезно снизиться. Временами норма физической твердости может довести мужчину до насилия, особенно в том случае, когда социальная ситуация предполагает, что не проявить агрессию будет не по — мужски, или когда мужчина чувствует, что его мужественность под угрозой или под вопросом. Норма умственной твердости содержит ожидание того, что мужчина будет выглядеть компетентным и знающим. Человек, пытающийся соответствовать этой модели сверхкомпетентности, начинает тревожиться, как только понимает, что чего-то не знает. Наибольшая проблема состоит в том, что в межличностных отношениях мужчина, старающийся соответствовать этой норме, часто унижает других тем, что отказывается признать перед ними свою неправоту или допустить, что кто-то знает больше чем он.

Норма эмоциональной твердости подразумевает, что мужчина должен быть эмоционально твердым: испытывать мало чувств и быть в состоянии разрешить свои эмоциональные трудности без помощи со стороны. То, что делает мужчину мужчиной, обедняет его отношения с детьми и другими людьми. Мужчины получают меньшую эмоциональную поддержку со стороны и имеют меньше подлинно близких отношений. Отношения между мужчинами характеризуются большей конфликтностью и соревновательностью, меньшим самораскрытием и обсуждением чувств, чем отношения между женщинами. Мужская установка на соревнование не дает мужчинам возможности принимать во внимание мнение окружающих. Норма **антиженственности** побуждает мужчин избегать стереотипно считающихся женскими занятий, деятельности и моделей поведения. Некоторые мужчины считают, что выражение чувств и самораскрытие принадлежит исключительно женщинам, и что они будут выглядеть недостаточно мужественными, если будут эмоцио-

нально экспрессивны. Существует предположение, что страх женственности (фемифобия) происходит из страха гомосексуальности и обусловлен социальным контекстом, который обычно приписывает гомосексуальность мужчинам с чертами женственности. Норма антиженственности предписывает избегать так называемых «женских» видов деятельности, поведенческих тактик и стратегий, которые маркируются как женские. Конструирование нормы происходит посредством выделения женского во второсортное, малозначительное и не престижное, исходя из осей оппозиции: мужское/женское; норма/отклонение; сила/слабость; доминирование/подчинение. Негативным последствием ситуаций, когда мужчине сложно поддерживать стандарт мужской роли или когда обстоятельства требуют от него проявления женских моделей поведения, которых просто нет в его репертуаре или они запрещены мужской ролью, выступает мужской гендерно-ролевой стресс (МГРС). Мужчинам с высоким показателем МГРС очень сложно проявлять нежные чувства, то есть у них более низкий уровень вербальной и невербальной экспрессивности, чем у мужчин с низким показателем МГРС.

Таким образом, мужчины постоянно сталкиваются с трудностями, которые определены самим содержанием гендерной роли. Несмотря на то, что в основе большей части научных исследований и идей лежит как норма мужское, однако наука редко обращается к специфическим переживаниям мужчин. Мужчины находятся под постоянным нормативным и информационным давлением, которое предписывает им воспроизводить только маскулинные характеристики. Общество поощряет гендерно-соответствующее поведение и осуждает за отход от него. Поэтому широко распространен единственный гендерный мужской стереотип. Корни этого стереотипа лежат в русских народных сказках, в которых функционируют богатыри с «железным» здоровьем, данным от природы. Как описывает маскулинный тип И. С. Кон, это «всегда энергия, инициатива, независимость и самоуправление» [3]. В качестве основного маскулинного стереотипа поведения в России выступает образ мужика. «Мужик — значимая маркировка русскости. В противоположность слабому интеллигенту, мужик отличается повышенной сексуальностью, любовью к спиртному, физической силой, грубостью, причем все это ему дано от природы», — указывает И. С. Кон [3].

Предписание «сильного пола» вступает в противоречие с низкой продолжительностью жизни мужчин России. Общемировая проблема заключается в том, что мужчины реже общаются с врачом, число мужчин, которые были у врача два или более года тому назад, вдвое превышает число женщин (данные американского Минздрава). Одна из причин смертности — мужчины часто пропускают время для своевременной диагностики. Это касается практически всех заболеваний и категорий мужчин, но особенно бедных слоев населения, в которых глубже укоренен традиционный стереотип маскулинности. Традиционно этот стереотип ориентирует мужчину на самостоятельное преодоление стрессовых ситуаций и трудностей, одновременно тормозит осознание и вербализацию (проговаривание) своих слабостей. Таким образом, маскулинный стереотип предписывает переоценивать свое здоровье, стесняться в признании своей слабости, отсутствие умения просить о помощи. Как писал В. Ерофеев: «Мужчина состоит из свободы, чести, гипертрофированного эгоизма и чувств. У русских первое отняли, второе потерялось, третье отмерло, четвертое — кисель с пузырями» [2].

Ломка традиционного гендерного порядка неизбежно порождает многочисленные социально-психологические проблемы и трудности, причем мужчины и женщины испытывают давление в противоположных направлениях. Женщины, вовлекаемые в общественное производство и политику, вынуждены развивать в себе необходимые для конкурентной борьбы «мужские» качества: настойчивость, энергию, силу воли, тогда как мужчины, утратив беспорное господство — вырабатывать исконно женские качества: способность к компромиссу, эмпатию, умение ставить себя на место другого. Данные противоречия приводят в том числе и к гендерной асимметрии поведения мужчин и женщин в болезни, поэтому мужчины кажутся более деятельными (agentic) и более компетентными, чем женщины, а женщины — более коммуникабельными.

Можно предположить, что чем пластичнее ведет себя человек в болезни, т. е. чем активнее применяет нестандартные гендерные стереотипы поведения, тем позитивнее дина-

мика. Так, по данным С. Крайслера и Н. Крайслер [4], которые изучали психологические особенности мужчин и женщин с выраженной направленностью на здоровье, у мужчин этой группы были выявлены более высокие по сравнению с другими мужчинами показатели привязанности, жизнерадостности, удовлетворенности, а также враждебности и завистливости.

Таким образом, можно выделить следующие гендерные стереотипы по их направленности и прогнозу:

1. Отсутствие заботы о здоровье и обращение за медицинской помощью в крайних случаях, что характерно для людей с высокой занятостью, прежде всего для мужчин.

2. Отказ от необходимой медицинской помощи, свойственный мужчинам, боящимся получить негативную оценку на работе.

3. Наличие вредных привычек (курение, употребление алкоголя, неправильное питание и др.), свойственное больше мужчинам.

4. Преувеличение количества и серьезности заболеваний, характеризующее как мужчин, так и женщин, имеющих тревожный характер; подверженность депрессивным состояниям, развивающимся чаще у мужчин, теряющих работу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брандт, Г. А. Философская антропология феминизма. Природа женщины / Г. А. Брандт. — СПб.: Алетейя, 2006. — 160 с.
2. Ерофеев, В. В. Мужчины / В. В. Ерофеев. — М.: ЗебраЕ, 2002. — 176 с.
3. Кон, И. С. Мужчина в меняющемся мире / И. С. Кон. — М.: Время, 2009. — 114 с.
4. Kreisler, S. The psychological profile of the health-oriented individual / S. Kreisler, H. Kreisler // European J. of Personality. — 2006. — Vol. 5, № 1. — P. 52–60.

УДК 796.012.62-0874

КОРРЕКЦИЯ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ШКОЛЬНИКОВ СРЕДСТВАМИ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Савушкина Я. Э.

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

Укрепление здоровья детей и подростков, приобщение их к здоровому образу жизни на основе валеологически обоснованной организации образовательного процесса, а также коррекция физического состояния учащихся сегодня является одной из наиболее острых проблем социальной политики [1].

Понятие «физическое состояние» включает в себя такие компоненты, как здоровье, телосложение, состояние физиологических (двигательных) функций, возможность выполнения определенного круга движений; уровень развития физических качеств. Для оценки физического состояния человека используются показатели физического развития, функционального состояния (артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС) и т. д.) и данные, характеризующие уровень развития физических качеств (физическая подготовленность).

Физическое развитие человека является важнейшим показателем здоровья. Изменения показателей физического развития у детей тесно связаны с изменениями функциональных показателей, которые характеризует физическую подготовленность через уровень развития функциональных возможностей различных систем организма (сердечно-сосудистой, дыхательной, мышечной).

Как известно, физическая подготовленность определяется уровнем развития основных физических качеств (силы, выносливости, быстроты, ловкости, гибкости). Достаточный уровень физической подготовленности необходим для укрепления нервной системы, совершенствования органов чувств, нормализации веса тела. Оценка уровня физической подготовленности осуществляется по результатам, показанным в специальных контрольных упражнениях (тестах).

В настоящее время недостаточная двигательная активность детей отрицательно отражается на функционировании многих систем организма, особенно сердечно-сосудистой и дыхательной. Также последствие гипокинезии проявляется в сопротивляемости молодого организма «простудным и инфекционным заболеваниям», создаются предпосылки к формированию слабого, нетренированного сердца и связанного с этим дальнейшего развития недостаточности сердечно-сосудистой системы.

Чтобы улучшить физическую подготовленность необходимы новые организационные, методические и научные разработки, поиск новых подходов к физической подготовке. Один из таких подходов предполагает использование в качестве содержательной основы физического воспитания средств одного из видов спорта в сочетании со средствами общеподготовительной направленности, обеспечивающими разностороннюю физическую подготовленность.

Анализ научно-методической литературы показал, что наибольшим оздоровительным эффектом обладают занятия с преимущественным использованием упражнений аэробной направленности, способствующих повышению физической подготовленности, улучшению функционального состояния и укреплению физического здоровья школьников — основных составляющих физического состояния [2, 3]. К ним относятся ходьба, бег, ходьба на лыжах, езда на велосипеде, плавание, гребля и др.

На основании обзора НИЛ и предварительных исследований нами была разработана оздоровительная методика, в соответствии с которой предполагалось определить эффективность спортивных занятий с применением упражнений преимущественно аэробной направленности.

Чтобы доказать результативность таких занятий на показатели физического состояния, в процессе педагогического эксперимента, проведенного в 2012–2013 гг. со школьниками (30 человек, мальчики) 5–7 классов, которые систематически занимались по разработанной методике 3 раза в неделю по 1,5 часа (бег, ходьба на лыжах и лыжероллерах) и 1 раз в недельном цикле по 1 часу плаванием, уточнялись и корректировались фактический объем и интенсивность физических нагрузок оздоровительной направленности, осуществлялся педагогический анализ экспериментальных занятий.

Оздоровительные занятия включали в себя упражнения циклического характера аэробной направленности: бег, подвижные и спортивные игры, а также плавание в бассейне 1 раз в недельном цикле длительностью 1 час. В общем, за весь период исследования было проведено 120 занятий, включающих легкоатлетические упражнения (элементы лыжной подготовки), в объеме от 240 до 300 км (в зависимости от возраста и уровня физической подготовленности). Кроме циклических упражнений аэробного характера занятия включали в себя специально разработанные комплексы ОФП (общей физической подготовки). Во время занятий плаванием дети проплывали в среднем 300–400 м, что за весь период исследования составило 12–16 км.

Оздоровительные занятия традиционно состояли из подготовительной, основной и заключительной частей. Подготовительная часть включала в себя разминочный бег (до 1 км), общеразвивающие и специальные беговые упражнения. Основная часть состояла из бега оздоровительно-спортивной направленности (ЧСС до 170 уд./мин), спортивных или подвижных игр (преимущественно проходящих в аэробном режиме) и комплексов общефизической подготовки. Заключительная часть включала в себя медленный (восстановительный) бег и упражнения на гибкость.

Занятия по плаванию также состояли из 3-х частей: подготовительной, основной и заключительной. Подготовительная часть (30 мин) проводилась в спортивном зале при бассейне и включала в себя, в основном, упражнения на гибкость, на развитие подвижности суставов, и средства ОФП. Основная часть (около 1 часа) проходила непосредственно на воде и включала как плавание разными стилями, так и подвижные игры в воде (эстафеты, игры с мячом). Заключительная часть занятия по плаванию представляла собой купание.

Для определения эффективности разработанной методики нами было проведено педагогическое тестирование физической подготовленности школьников. Также были проведены исследования физического развития и функционального состояния наблюдаемого контингента.

Определение уровня и динамики физической подготовленности осуществлялось в соответствии с учебной программой для общеобразовательных учреждений по предмету «Физическая культура и здоровье» [4]. Нами были использованы тесты, наиболее объективно характеризующие данные о развитии двигательных способностей и физических качеств: наклон вперед из положения сидя; челночный бег 4×9 м; прыжок в длину с места; бег 30 м; подтягивание на перекладине; бег 1000 м.

Таблица 1 — Показатели физической подготовленности

Показатели	До эксперимента, $M_1 \pm \sigma$	Оценка (балл) по школьной программе	После эксперимента, $M_2 \pm \sigma$	Оценка (балл) по школьной программе	Достоверность различий, p
Прыжок в длину с места, см	149,47 ± 16,27	4,1	164,77 ± 14,6	6,3	< 0,05
Бег 30 м, с	6,04 ± 0,39	6,1	5,9 ± 0,36	7	< 0,05
Челночный бег 4×9 м, с	11,18 ± 1,20	5,1	10,55 ± 1,22	6,9	< 0,05
Бег 1000 м, с	291,63 ± 27,09	5,7	280,7 ± 26,8	6,8	< 0,05
Наклон вперед из положения сидя, см	3,9 ± 4,5	7,6	6,27 ± 4	8,6	< 0,05
Подтягивание на перекладине, количество раз	3,37 ± 2,24	6,0	4,27 ± 2,1	6,9	< 0,05

Анализируя данные, полученные по окончании эксперимента, мы видим, что статистически достоверные различия были обнаружены во всех контрольных испытаниях ($p < 0,05$).

Для оценки физического развития детей и подростков нами были использованы следующие показатели: вес тела; длина тела; окружность грудной клетки (ОГК); кистевая динамометрия. Измерения проводились по общепринятой методике В. В. Бунака [55].

Данный комплекс тестов достаточно полно характеризует физическое развитие исследуемого контингента (таблица 2).

Таблица 2 — Показатели физического развития

Показатели	До эксперимента, $M_1 \pm \sigma$	Количественные значения по Бунаку	После эксперимента, $M_2 \pm \sigma$	Достоверность различий, p	
Рост, см	148,88 ± 8,61	155,6 ± 7,0	152,18 ± 8,9	< 0,05	
Вес, кг	38,65 ± 9,07	45,0 ± 6,8	41,43 ± 9,71	< 0,05	
ОГК, см	74,67 ± 6,09	76,0 ± 5,2	76,73 ± 6,07	< 0,05	
Кистевая динамометрия	правая	15,83 ± 8,30	—	18,87 ± 8,26	< 0,05
	левая	13,87 ± 7,0	—	16,27 ± 7,12	< 0,05

По окончании эксперимента статистически достоверные различия были обнаружены во всех контрольных испытаниях ($p < 0,05$).

Для оценки функционального состояния организма исследуемого контингента мы использовали следующие показатели: жизненная емкость легких (ЖЕЛ); частота сердечных сокращений в покое (ЧСС); артериальное давление в покое (АД) (таблица 3).

Таблица 3 — Показатели функционального состояния

Показатели	До эксперимента, $M_1 \pm \sigma$	Количественные значения по Усову и Шалкову	После эксперимента, $M_2 \pm \sigma$	Достоверность различий, p
ЖЕЛ, мл	1674,3 ± 369,49	2100	2045 ± 300	< 0,05
ЧСС, уд./мин	91,73 ± 9,6	82 ± 2	86,27 ± 7,53	< 0,05
АДС, мм рт. ст.	105,17 ± 12	103,8 ± 9,3	100,4 ± 10,22	< 0,05
АДД, мм рт. ст.	63 ± 6,10	63,4 ± 5,9	60,67 ± 5,98	< 0,05

Примечание. Статистически достоверные различия были обнаружены во всех контрольных испытаниях ($p < 0,05$).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что использование преимущественно циклических аэробных упражнений позволило повысить уровень физического состояния основных жизнеобеспечивающих систем. Таким образом, предлагаемая нами методика, применяемая в форме внешкольных секционных занятий, является действенным средством, оказывающим положительное влияние на физическое состояние школьников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Харитонов, В. И. Валеологические подходы в формировании здоровья учащихся / В. И. Харитонов, М. В. Бажанова, А. П. Исаев. — Челябинск: ЮУрГУ АТиСо, 1999. — 157 с.
2. Виру, А. А. Аэробные упражнения: научно-популярная литература / А. А. Виру, Т. А. Юримяз, Т. А. Смирнова. — М.: ФИС, 1988. — 142 с.
3. Купер, К. Аэробика для хорошего самочувствия / К. Купер. — М.: ФИС, 1987. — 127 с.
4. Учебная программа для общеобразовательных учреждений с русским языком обучения «Физическая культура и здоровье 5–11 классы»: учеб. издание / под ред. И. Н. Лапанца. — Минск: Национальный институт образования, 2009. — 112 с.
5. Бунак, В. В. Антропометрия: практический курс / В. В. Бунак. — М.: Учпедгиз, 1941. — 368 с.

УДК 614.2

ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ПРОГРАММ ДЛЯ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Сафоницева О. Г.

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования**

**«Первый московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»
г. Москва, Российская Федерация**

Научно-технический прогресс, стабилизация социально-экономической сферы, повышение уровня образования привели к увеличению продолжительности жизни населения стран Европы, а в ближайшее десятилетие ожидается удвоение числа жителей в возрасте старше 60 лет.

Однако это увеличило и глобальное бремя неинфекционных заболеваний, которые представляют собой крупнейшую угрозу общественному здравоохранению и подрывают социальное и экономическое развитие во всем мире. По мнению экспертов ВОЗ, 36 млн смертельных случаев, или 63 % от 57 млн всех зарегистрированных в мире в 2008 г. смертельных случаев, были вызваны неинфекционными заболеваниями, включая, прежде всего, сердечно-сосудистые (48 %), онкологические (21 %), хронические респираторные заболевания (12 %) и диабет (3,5 %). Ожидается, что к 2030 г. общее число случаев смерти от неинфекционных заболеваний достигнет 55 млн в год, а финансовые потери в ближайшие два 10-летия на лечение таких пациентов в Европе составят более 35 трлн евро [1].

Поэтому снижение заболеваемости населения социально-значимыми заболеваниями (ССЗ) за счет совершенствования и внедрения методов профилактики, а также повышения эффективности лечения и медицинской реабилитации этих заболеваний, является актуальной приоритетной задачей государственной политики в сфере здравоохранения любого государства [2, 8].

В структуре мировых тенденций концепция междисциплинарного подхода к ранней диагностике и персонализированной профилактике ССЗ у лиц трудоспособного возраста в целях сохранения психического, физического здоровья и повышения профессионального долголетия становится одним из долгосрочных приоритетов развития медицинской науки.

Предпосылками к формированию новой концепции профилактической и персонализированной медицины явились следующие факторы:

- изменение образа жизни, появление индустрии здоровья и новых возможностей для знакомства с различными оздоровительными традиционными системами Востока — йогой, Аюрведой;

- открытие сети спортивно-оздоровительных, SPA, Fitness-центров в жилых и индустриальных комплексах, в гостиницах и повышение их доступности;

- создание новых медицинских высокотехнологичных комплексов для ранней диагностики и степени риска большинства социально значимых заболеваний, для определения биологического возраста;

- разработка новых медицинских технологий для персональной оценки функционального состояния в динамике, например, для контроля физической нагрузки (персональные шагомеры, мониторы артериального давления, пульсометры и др.);

- завершение проекта по расшифровке генома человека в 2003 г.

Проект по расшифровке генома человека явился одним из наиболее амбициозных проектов за всю историю науки и достижением многих дисциплин молекулярной генетики, биохимии, биофизики, кибернетики, биологии, иммунологии, микробиологии, наномедицины, экологии, информатики. Для создания наукоемких технологий, баз данных и паспорта здоровья исследование генома (наследственного аппарата клетки) так же необходимо, как когда-то было необходимо знание анатомии.

В результате этого открытия наука XXI в. сделала большой скачок от «структурной генетики» к «генетике взаимодействий» генов между собой, и далее — к геномике, которая изучает взаимодействие генов с внешней средой и влияние средовых факторов на гены. Врачи и исследователи стали понимать, что большую часть заболеваний составляют полигенные мультифакторные заболевания (более 85% заболеваний), а факторы окружающей среды (биологические, психологические, электромагнитные) могут проявлять себя как индукторы, ингибиторы и субстраты, которые влияют на экспрессию генов. Некоторые полиморфные варианты генов предрасполагают к развитию частых мультифакторных заболеваний, таких как атеросклероз, ишемическая болезнь сердца (ИБС), диабет, остеопороз, опухоли и пр. Они получили название генов «предрасположенности».

На основе генетического тестирования возможно оценить предрасположенность к социально значимым заболеваниям, подобрать питание, провести коррекцию физических нагрузок, что позволяет создать индивидуальный «генетический паспорт» конкретного человека, а также разрабатывать индивидуальные профилактические программы и стратегии в плане лечения. Термин «генетический паспорт» появился в 1990 г. благодаря ведущему лабораторией пренатальной диагностики ГУ Института акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН. В его понимании, генетический паспорт — это банк ДНК данных человека и его семьи, содержащий анализ хромосом (кариотипа) и всевозможных генов. В настоящее время от Минздравсоцразвития России поступил заказ на создание паспорта здоровья женщины. В него входит генетическое тестирование на скрытые мутации и предрасположенность к наиболее частым мультифакторным заболеваниям, осложняющим течение беременности (например, к тромбофилии) [3].

Генетика прочно вошла в нашу жизнь и для проведения такого исследования достаточно образца слюны и заполнения анкеты. Во многих коммерческих клиниках интерпретацию результатов тестирования проводит врач-генетик совместно с лечащим врачом, при этом пациенту выдаются рекомендации по коррекции образа жизни, диете, физическим нагрузкам и необходимым курсам медикаментозной коррекции при необходимости. Разработка комплекса профилактических мероприятий для конкретного пациента составляет концептуальную и методическую основу нового научно-практического направления — предиктивной (предсказательной медицины).

Обобщив все открытия и практические достижения, американский биолог Leroy Hood сформулировал концепцию медицины XXI в. (Barcelona, 2008) в виде «4 P» Medicine: Preventive, Predictive, Personalized, Participatory, что в переводе означает — медицина XXI в. должна быть профилактической, предиктивной (с учетом наследственной предрасположенности), персонализированной и, обязательно, с осознанным участием человека в оздоровительных программах и заинтересованностью семьи в сохранении и поддержании нравственного, психоземotionalного и физического здоровья.

Однако спустя десятилетие с момента расшифровки генома, специалисты приходят к выводу, что знания генетики не являются панацеей в борьбе с болезнями, старением и стрессами. Генетические тесты являются только диагностическими тестами, которые вместе с рекомендациями должны поменять отношение человека к своему здоровью. При анализе мультифакторных заболеваний генетики указывают на то, что эти тесты помогают определить относится ли человек к группе риска. А вот полиморфизмы могут проявиться или не проявиться. Человек с генетическими изменениями может не заболеть, а без них — заболеть [4].

Таким образом, в структуре здоровья генетические факторы составляют 20–25 %, экологическим факторам отводится 15–20 %, медицине отводится 8–10 %, образу жизни — 55 %.

Поэтому все большую значимость начинают приобретать такие понятия, как резервы здоровья человека, «коридор нормы», маркеры качества здоровья — внутренние условия, которые позволяют максимально эффективно реализовать генетические программы и поддерживать механизмы саморегуляции.

На этом фоне все большую популярность приобретают оздоровительные технологии и практики восточных школ (различные гимнастики, акупунктура, ароматерапия, лечение травами, медитация).

В Восточных школах культура здоровья традиционно являлась и является частью общей культуры, воспитания человека (культуры мыслей, эмоционального состояния, дыхания, питания, пластичности, тела), а медицинская наука, учитывая наследственные факторы и конституциональную предрасположенность, выстраивала индивидуальные программы профилактики заболеваний.

В Российской Федерации в реестр медицинских и фармацевтических специальностей вот уже более 15 лет введены специальности «мануальная терапия» и «акупунктура», которые преподаются в вузах на факультетах последипломного профессионального образования, с 2014 г. основы мануальной терапии и рефлексотерапии преподаются студентам 4 курса лечебного и стоматологического факультета в рамках предмета «медицинская реабилитация». Эти специальности изучают человека с позиций целостности и для оценки резервов здоровья применяют методы специфической системной диагностики (визуально-пальпаторной) для оценки оптимального «статического, динамического и метаболического стереотипа», изучают «тканевые субстраты» здоровья и патологических состояний, особенности конституции, а также подводят нейрофизиологическое обоснование для концепций передовых Восточных и Европейских школ. Методы нелекарственной медицины позволяют поддерживать механизмы саморегуляции при сохранении вертикальной оси, преодолении гравитационных перегрузок и обеспечения беспрепятственной циркуляции сосудистых и внесосудистых жидкостей организма с учетом конституциональных особенностей [5]. Конституцию, в этом контексте, можно представить как обобщенную морфофункциональную характеристику индивидуума, которая отражает особенности не только телосложения, но также психической деятельности, метаболизма и функционирования вегетативных систем, адаптационно-приспособительных, компенсаторных и патологических реакций человека. Весь спектр жизненных доминант и установок также детерминирован нашей конституцией: потребности, способности, интересы, желания, искушения, проблемы алкоголизма, курения, наркомании имеют генетическую компоненту при всей значимости среды и воспитания в этих вопросах. Предрасположенности к болезням также конституционально детерминированы, как и личные предпочтения в образе жизни, духовные установки, мир знаний и приоритетов, эмоций и воли, поведение и т. п.

Поэтому задолго до расшифровки генома, в традиционные школы Востока медицина опиралась на принципы конституционального подхода как единства структурной, биохимической и психоэмоциональной составляющих здоровья человека.

Таким образом, для улучшения качества жизни, поддержания активного долголетия и профилактики социально-значимых заболеваний необходимым условием является пересмотр приоритетов системы здравоохранения и переход от системы стандартного лечения болезни к лечению нестандартного больного, но с высоким стандартом качества оказания медицинской помощи. Особую значимость приобретает интеграция всех лучших достижений мировых наук, повышение уровня этики и культуры (где культура здоровья, мышления, внутренней гармонии является важной составной частью образа жизни), а также воспитание персональной ответственности за сохранение здоровья каждого человека в гражданском обществе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карильо-Аркас, А. Х. Эффективность применения нелекарственных методов в здравоохранении / А. Х. Карильо-Аркас // Реабилитация и профилактика-2013: сб. тр. науч.-практ. конф. с междунар. участием (Москва, 26–27 сентября 2013 г.). — М., 2013. — С. 130–131.

2. Персонализация программ медицинской реабилитации больных распространенными соматическими заболеваниями / В. В. Бобровницкий [и др.] // Курортные ведомости. — 2013. — № 4 (73). — С. 8–9.

3. Определение наследственной предрасположенности к некоторым частым заболеваниям при беременности. Генетическая карта репродуктивного здоровья: методические рекомендации / В. С. Баранов [и др.]. — СПб.: Изд-во Н-Л, 2009. — 68 с. — (Серия Exlibris «Журнал акушерства и женских болезней»).

4. Генетический паспорт — основа индивидуальной и предиктивной медицины / Под ред. В. С. Баранова. — СПб.: Изд-во Н-Л, 2009. — 528 с.

5. Мануальная диагностика и терапия: теория и практика восстановительной медицины: монография. — Тула: ООО РИФ «ИНФРА»; М., 2006. — Т. 6. — 152 с.

УДК 616-084(075.8)

ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

Селезнёв А. А., Селезнёва Л. Е.

Учреждение образования

«Барановичский государственный университет»

Государственное учреждение

«Барановичский зональный центр гигиены и эпидемиологии»

г. Барановичи, Республика Беларусь

Формирование психологического здоровья личности требует создания условий и средств, обеспечивающих собственную активность, субъектную позицию молодежи, получающей профессиональное образование. В качестве условий, способствующих формированию психологического здоровья обучаемых, выступают [1, 2, 3]:

— рефлексивно-деятельностное обучение, формирование психологических знаний и умений учащейся молодежи. Психологические знания и приемы психологического обеспечения здоровья являются важной составной частью психологической культуры, обладают значительным воспитательным потенциалом, призванным актуализировать и оптимизировать здоровьесозидающую деятельность обучаемых;

— деятельность педагогов и психологов, направленная на обеспечение эмоциональной поддержки, обстановки доверия, адаптации молодых людей к новым условиям жизнедеятельности в социальной микросреде, на формирование разносторонне развитой личности;

— деятельность молодого человека, направленная на самопознание и самовоспитание, самосовершенствование, обеспечение полноценной социализации и самореализации личностных возможностей;

— опыт осознания молодым человеком себя и собственной деятельности, перспектив собственного личностного роста, составление программы саморазвития; самоконтроль и самооценка эффективности проведенной работы;

— осуществление взаимодействия педагогов, психологов и учащейся молодежи, характеризующегося наличием единой цели и общей мотивацией, коллективным обсуждением проблем, отсутствием жестких статусно-ролевых предписаний;

— применение активных методов обучения, способствующих не только усвоению будущими специалистами психологических знаний, но и развитию умений применять их в жизнедеятельности;

— комплексный анализ психологических особенностей, физиологических резервов здоровья учащейся молодежи, социально-экономическое обоснование здоровьесберегающего учебно-воспитательного процесса.

В качестве организационного средства, направленного на развитие психологической культуры и улучшение психологического здоровья учащейся молодежи нами предлагается социально-медико-психологический мониторинг в профессиональном образовании, предполагающий, в том числе, диагностику формирования и развития психологических характеристик учащейся молодежи в новых условиях жизнедеятельности. Практическая реализация СМПМ предполагает выделение следующих основных модулей:

— *психологический модуль* предусматривает индивидуальную оценку психологических особенностей личности (личностной тревожности, стрессоустойчивости и др.), ис-

следование особенностей адаптации обучаемых к новым условиям жизнедеятельности, профилактику неблагоприятного воздействия стрессогенных сред (психоэмоциональной, информационной, социальной и др.), решение задач по прогнозированию состояния психологического здоровья учащейся молодежи и оценке качества психологического сопровождения профессионального образования;

— *педагогический модуль* предполагает разработку и применение здоровьесберегающих педагогических технологий на основе оценки соответствия функциональных возможностей организма и состояния его здоровья предъявляемым педагогическим требованиям;

— *медицинский модуль* включает определение оптимальных гигиенических условий обучения и воспитания, индивидуальную объективную донозологическую диагностику, повышение функциональных резервов и укрепление здоровья учащейся молодежи средствами лечебно-профилактической медицины в условиях образовательного учреждения, обоснование образовательных технологий с учетом ведущих отклонений в состоянии здоровья.

СМПМ включает в себя 8 этапов:

I этап — превентивная деятельность. Цель: формирование позитивной установки на предстоящие изменения в жизни через консультативно-просветительскую работу с родителями, учащейся молодежью.

II этап — первичная социально-медико-психологическая диагностика. Цель: подготовка социально-медико-психологических карт, необходимых для определения объема профилактических мероприятий. На данном этапе проводятся анкетирование, собеседование, изучение личных дел обучаемых, их социального и медицинского статусов, тестирование тревожности, стрессоустойчивости и др.

III этап — оценка «риска». Цель: выделение групп «риска», молодых людей, нуждающихся в индивидуальном психолого-педагогическом и медико-педагогическом подходах к обучению и воспитанию.

На данном этапе имеют место совершенствование профессионально-психологической культуры преподавателей, кураторов групп и определение оптимальной тактики управления адаптацией учащейся молодежи.

IV этап — разработка планов действий по управлению социальной адаптацией обучаемых. Цель: согласование мер психолого-педагогического воздействия, обеспечивающих успешную адаптацию, социализацию и индивидуализацию учащейся молодежи в новых условиях жизнедеятельности на социально-медико-психолого-педагогических консилиумах с участием преподавателей-предметников, кураторов, психологов, врачей, социальных педагогов и руководителей учреждений образования.

V этап — адаптационные тренинги и тренинги личностного роста в учебных группах. Цель: активизация познавательной деятельности, формирование психологической культуры учащейся молодежи, направленной на усиление мотивации к здоровьесберегающему образу жизни. Это достигается посредством создания условий для функционирования психологических механизмов на когнитивном, эмоциональном, мотивационном и поведенческом уровнях личности.

VI этап — тренинги личностного роста. Углубленная психофизиологическая диагностика. Цель: выявление индивидуальных личностных особенностей обучаемых и обеспечение самореализации. На данном этапе проводится тестирование психологических, физиологических показателей здоровья, обеспечивается рост психофизиологических показателей путем вовлечения учащейся молодежи в оздоровительно-коррекционные и реабилитационные программы.

VII этап — заключительная диагностика. Цель: оценка результатов СМПМ с использованием сравнительного анализа количественных и качественных показателей (в конце первого года обучения).

VIII этап — информационно-аналитический. Цель: формирование научной концепции СМПМ. Задачи: определение научно-методической базы, создание программ управленческих решений и контроля за их выполнением, разработка рекомендаций специалистов соответствующего профиля.

Осуществление вышесказанного обеспечит научно-обоснованное управление педагогическими системами, направленное на создание здоровьесберегающих психолого-педагогических условий деятельности учреждений образования, способных к реформированию в зависимости от меняющихся условий на региональном уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коломинский, Я. Л. Психологическая культура здоровьесберегающих технологий педагогического взаимодействия / Я. Л. Коломинский, А. А. Селезнёв // Наука и образование. — 2008. — № 3. — С. 87–91.
2. Селезнёв, А. А. Психологическая культура и психологическое здоровье молодежи в процессе профессионального образования / А. А. Селезнёв // Психалогія. — 2006. — № 2. — С. 35–41.
3. Селезнёв, А. А. Педагогическая психология здоровья в системе профессионального образования: монография / А. А. Селезнёв. — Барановичи: РИО БарГУ, 2008. — 158 с.

УДК 314.44

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ЗАГРЯЗНЕННОСТЬЮ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА

Селивончик Е. А., Живицкая Е. П.

Учреждение образования

«Международный государственный экологический университет им. А. Д. Сахарова»
г. Минск, Республика Беларусь

Респираторная система относится к первичным защитным барьерам организма и реагирует одной из первых на воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды. Наиболее распространенной патологией как в структуре общей, так и первичной заболеваемости детского населения Республики Беларусь являются болезни органов дыхания. Социально-гигиеническую значимость проблемы респираторной заболеваемости детей в первую очередь определяет то, что данный контингент оказывает существенное влияние на формирование уровня заболеваемости всего детского населения.

Анализ имеющихся многочисленных публикаций показывает, что на развитие частых респираторных заболеваний у детей влияют многие факторы (медико-биологические и социальные факторы, условия и образ жизни ребенка в семье, уровень техногенного загрязнения по месту жительства детей и расположению ДДУ и др.) [1]. Одним из таких факторов является загрязнение атмосферного воздуха. Однако нужно учитывать не только концентрации загрязняющих веществ, но и их сочетание, которое можно представить одним числом через комплексный индекс загрязнения атмосферы (ИЗА). Комплекс химических компонентов, находящихся в атмосфере, часто оказывает влияние на здоровье даже в более низких суммарных концентрациях, чем каждое вещество отдельно [2].

Чтобы оценить вклад загрязнения атмосферы в заболеваемость детского населения г. Кричева Могилевской области, были использованы данные наблюдений за качеством воздуха и сведения о заболеваемости детей за период 2007–2012 гг. С этой целью на основании данных о случаях заболеваний детей, проанализирована заболеваемость детского населения города Кричева Могилевской области, динамика изменений ИЗА за изучаемый период. Для разных возрастных групп (0–1, 1–4, 5–9, 10–14, 15–17 лет) детского населения был выполнен корреляционный анализ связи между ИЗА и заболеваемостью.

За изученный период отмечено снижение заболеваемости детского населения г. Кричева болезнями органов дыхания. Показатели общей заболеваемости снизились с 109514 случая на 100 тыс. детского населения в 2007 г. до 82428 случаев на 100 тыс. детского населения в 2012 г. Первичная заболеваемость снизилась с 106292 на 100 тыс. детей в 2007 г. до 78992 на 100 тыс. детей в 2012 г. (рисунок 1). В целом общая заболеваемость уменьшилась на 13,3 %, первичная — на 13,4 %.

Соотношение показателя общей и первичной заболеваемости на протяжении изучаемого периода не изменилось.

За 2007–2012 гг. можно отметить увеличение удельного веса болеющих детей возрастных групп до 1 года, 1–4 года. В 2007 г. наиболее часто болели дети 1–4 лет, 5–9 лет и 10–14 лет. В 2012 г. наблюдается преобладание болеющих детей в возрасте 1–4 года и 5–9 лет.

Наиболее часто респираторная заболеваемость регистрировались в возрастной группе 1–4 года (рисунок 2).

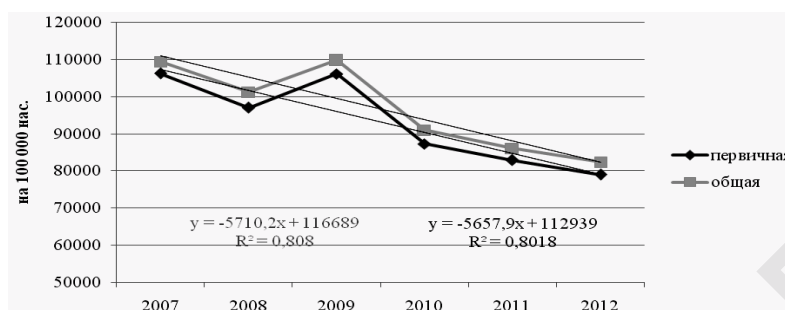


Рисунок 1 — Динамика заболеваемости детского населения г. Кричева Могилевской области болезнями органов дыхания в 2007–2012 гг.

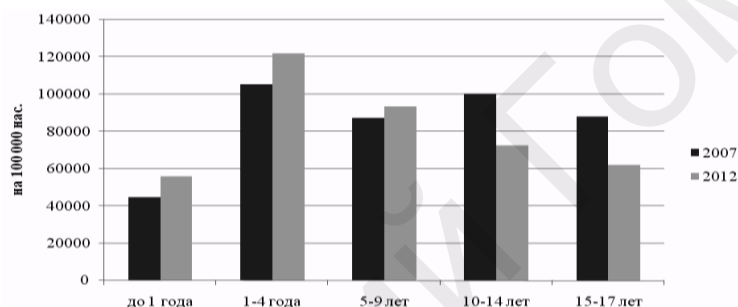


Рисунок 2 — Повозрастные показатели первичной заболеваемости детского населения г. Кричева Могилевской области болезнями органов дыхания в 2007 и 2012 гг.

Загрязнение атмосферного воздуха, обуславливающее его влияние на здоровье людей, является одной из актуальных гигиенических проблем.

За изученный шестилетний период индекс загрязнения атмосферы города Кричева колебался около 14–15 единиц, что характеризуется как очень высокий показатель. В 2009 г. отмечается значительный скачок ИЗА до 22,0 единиц с возвратом в 2010 г. до среднегодовых значений (таблица). Из таблицы видно, что резкое увеличение ИЗА в 2009 г. обусловлено 30-кратным ростом среднегодовых концентраций оксидов азота. Как известно, в г. Кричев одним из главных промышленных объектов является цементный завод, на котором в 2008 г. состоялся розжиг третьей вращающейся печи для производства клинкера, что могло обусловить резкое увеличение среднегодовых концентраций оксидов азота, начиная с 2009 г.

Возврат ИЗА с 2010 г. до среднегодовых значений около 15 ед. обусловлено почти двукратным снижением выбросов твердых веществ в атмосферу, также возникающих в результате работы цементных заводов, в особенности в результате подготовки и последующей обработки сырья.

Таблица 1 — Динамика индекса загрязнения атмосферы города Кричева Могилевской области основными поллютантами с 2007 по 2012 гг.

ИЗА	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Оксиды углерода	0,4	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3
Диоксид серы	2,0	2,0	4,0	2,0	0,6	0,8
Твердые вещества	8,7	9,3	7,3	4,7	4,2	4,5
НМЛОС	2,5	2,5	2,5	2,0	1,3	2,0
Углеводороды	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4
Оксиды азота	0,2	0,2	7,3	6,0	7,0	7,2
Суммарный показатель	14,4	15,1	22,0	15,4	13,7	15,2

Корреляционный анализ динамики индекса загрязнения атмосферы и респираторной заболеваемости в г. Кричев показал, что в том же 2009 г., в котором был отмечен скачок ИЗА, также наблюдался резкий всплеск как первичной, так и общей заболеваемости болезнями органов дыхания (рисунок 3).

Загрязнение атмосферы оказывает неблагоприятное воздействие на организм человека главным образом через органы дыхания. Химические вещества, находящиеся в газообразном состоянии, а также в виде аэрозолей, интенсивно поглощаются в первую очередь органами дыхания и часто действуют незамедлительно.

Большинство современных работ направлено на выявление влияния конкретных примесей, содержащихся в атмосферном воздухе, на здоровье человека. Однако, как нам представляется, на территории города создается не идеализируемое поле какого-то отдельного вещества, а смесь многих веществ, воздействующая на человека.

Нами использован подход расчета комплексного показателя, позволяющий учесть влияние всех загрязняющих веществ, содержащихся в атмосферном воздухе, и установить связь между загрязнением и заболеваемостью конкретной болезнью.

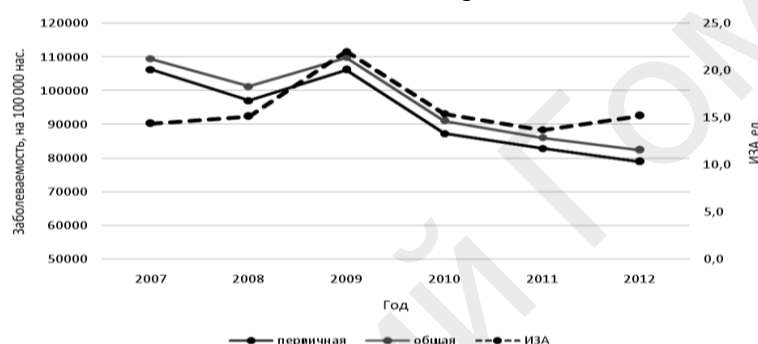


Рисунок 3 — Динамика ИЗА и заболеваемости детского населения г. Кричева Могилевской области болезнями органов дыхания в 2007–2012 гг.

В результате статистического анализа годовых характеристик загрязнения атмосферы в г. Кричеве (ИЗА) и заболеваемости населения респираторными болезнями за период 2007–2012 гг. отмечается тесная зависимость количества случаев заболеваемости от загрязнения атмосферы. Показано, что всплеск заболеваемости в 2009 г. связан с 30-кратным увеличением выбросов оксидов азота, вероятно, в результате увеличения мощностей Кричевского цементного завода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Загрязнение атмосферного воздуха и болезни органов дыхания у населения / Т. Н. Биличенко [и др.] // Пульмонология. — 2003. — № 1. — С. 6–9.
2. Влияние загрязнения атмосферы городов на заболеваемость гриппом и ОРЗ / Э. Ю. Безуглая [и др.] // Общество. Среда. Развитие (Terra humana). — 2007. — № 1. — С. 94.

УДК 616.89 – 008.441.1 + 340.63

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ У ПРЕСТУПНИКОВ С ДИССОЦИАЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Семенов В. Н.

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

Диссоциальное расстройство личности (далее — ДРЛ) относят к категории расстройств личности (далее — РЛ), характеризующихся высоким риском криминального

поведения [1, 2]. ДРЛ характеризуется пренебрежением к социальным нормам, черствым и равнодушным отношением к чувствам окружающих, неспособностью извлекать положительные уроки из собственного негативного опыта, низкой переносимостью фрустрационных воздействий и готовностью к незамедлительному агрессивному поведению в ответ на незначительные фрустрации. В своих неудачах и проблемах такие лица обвиняют окружающих, а своему антисоциальному поведению находят благовидные объяснения.

Поведение, наблюдаемое при ДРЛ, представляет собой континуум, на одном конце которого находятся лица, ведущие пассивный и эксплуатирующий (асоциальный) образ жизни, а на другом — жестокие убийцы [1, 2]. Обширную группу в поведенческом континууме образуют лица с ДРЛ, которые наряду с асоциальным поведением совершают криминальные действия различного характера и степени тяжести. Одной из особенностей криминального поведения лиц с ДРЛ является его разнообразие [1, 2]. Вариативность криминального поведения преступников с ДРЛ, может маскировать неоднородность структурной организации психологических свойств их личности и связанную с ней специфичность криминальных действий.

Оценка характера и структуры криминального поведения при ДРЛ, по данным различных исследований, является неоднозначной. Часть исследователей сходится во мнении о том, что при ДРЛ в основном совершаются ненасильственные преступления [1, 2]. Другая часть исследователей приводит данные, подтверждающие факт высокой распространенности насильственных преступлений среди лиц с ДРЛ [3, 4].

Дискуссионность вопроса о специфике криминального поведения у лиц с ДРЛ, отсутствие однозначных научных данных о структурной организации психологических свойств у преступников с ДРЛ, совершающих ненасильственные и насильственные правонарушения, определили объект (преступники с ДРЛ), предмет (особенности структурной организации психологических свойств у преступников с ДРЛ) и цель (выявление специфики структурной организации психологических свойств у преступников с ДРЛ, совершивших насильственные и ненасильственные правонарушения) настоящего исследования.

На первом этапе исследования путем операционализации диагностических критериев, используемых в МКБ-10 для постановки диагноза ДРЛ, был определен комплекс психодиагностических методов и перечень измеряемых с их помощью психологических характеристик, представленный 30 психометрическими показателями. На втором этапе в соответствии с целью исследования были сформированы три выборки (группы). Группа 1 ($n = 56$, средний возраст — $29,5 \pm 7,4$ лет) состояла из испытуемых с ДРЛ, совершивших насильственные правонарушения. Во вторую группу ($n = 58$, средний возраст — $27,1 \pm 6,5$ лет) вошли испытуемые с ДРЛ, совершившие ненасильственные правонарушения. Группа 3 ($n = 60$, средний возраст — $26,6 \pm 7,1$) состояла из испытуемых, не имеющих психических расстройств, и не привлекавшихся к уголовной ответственности. Распределение испытуемых по полу являлось идентичным в трех группах. Способ формирования выборок являлся случайным.

В результате применения статистической процедуры факторного анализа методом главных компонент с последующим вращением по методу «Varimax» с нормализацией Кайзера для определения особенностей взаимосвязи и структурной организации психологических свойств личности у испытуемых с ДРЛ, совершивших насильственные и ненасильственные правонарушения, были получены четыре факторные структуры для группы исследуемых с ДРЛ (независимо от типа правонарушения) и отдельно для испытуемых из групп 1, 2 и 3. Психологические переменные, подготовленные для факторного анализа, имели по критериям КМО и сферичности Бартлетта значимую ($p = 0,0001$) приемлемую либо удовлетворительную адекватность в четырех группах. Так, в группе испытуемых с ДРЛ (независимо от типа правонарушения) психологические свойства образовали такие факторы, как «Готовность к агрессии асоциальной направленности» — Ф1 (28,844 %), «Избегание открытой агрессии» — Ф2 (18,806 %), «Моральный контроль, мотивированный совестью» — Ф3 (9,637 %) и «Общительность» — Ф4 (8,320 %), объясняющие 65,608 % общей дисперсии. В группе испытуемых с ДРЛ, совершивших насильственные правонарушения, психологические свойства образовали такие факторы, как «Готовность к агрессии

личностной направленности» — Ф1 (28,949 %), «Избегание открытой агрессии, вызванное трудностями совладания с ситуацией фрустрации» — Ф2 (21,173 %), «Моральный контроль мотивированный чувством вины» — Ф3 (10,521 %), «Общительность» — Ф4 (8,785 %), объясняющие 69,427 % общей дисперсии. В группе испытуемых с ДРЛ, совершивших ненасильственные правонарушения, психологические свойства образовали такие факторы как «Готовность к агрессии асоциальной направленности» — Ф1 (29,208 %), «Избегание открытой агрессии» — Ф2 (18,535 %), «Моральный контроль, мотивированный совестью» — Ф3 (11,918 %), «Социальная отгороженность» — Ф4 (9,072 %), объясняющие 68,733 % общей дисперсии. В группе испытуемых без ДРЛ психологические свойства образовали такие факторы, как «Готовность к агрессии асоциальной направленности» — Ф1 (28,240 %), «Избегание открытой агрессии» — Ф2 (14,868 %), «Общительность» — Ф3 (10,495 %), «Моральный контроль, мотивированный совестью» — Ф4 (7,124 %), объясняющие 60,726 % общей дисперсии.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что психологические свойства, составляющие клиническую картину ДРЛ, можно описать посредством четырехфакторной структуры. Четырехфакторные структуры, полученные в группах испытуемых с ДРЛ (независимо от типа правонарушения), испытуемых с ДРЛ, совершивших насильственные правонарушения, испытуемых с ДРЛ, совершивших ненасильственные правонарушения, имеют определенное сходство по входящим в их состав компонентам и отражают общую психологическую модель организации психологических свойств, составляющих клиническую картину ДРЛ. Данный факт дополнительно подтверждает четырехфакторная структура психологических переменных, полученная для испытуемых из группы без ДРЛ. В тоже время между испытуемыми с ДРЛ, совершающими насильственные и ненасильственные правонарушения, были выявлены определенные различия в содержании отдельных факторов. Так, исследуемые с ДРЛ, совершающие насильственные правонарушения, по сравнению с исследуемыми с ДРЛ, совершающими ненасильственные правонарушения, обнаруживают готовность к агрессии личностной, а не асоциальной направленности, способны достигать избегания агрессии не только посредством подавления, но и при наличии фрустрационных переживаний, осуществляют моральную регуляцию поведения преимущественно на основе чувства вины, а не социальных норм, принципов и оценок. Данный факт свидетельствует о существовании специфических различий в структурной организации психологических свойств между испытуемыми с ДРЛ, совершающими насильственные и ненасильственные правонарушения. Этими различиями может объясняться наблюдаемая у лиц с ДРЛ специфика криминального поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс / Пер. с англ. М. В. Глушенко [и др.]. — М.: Независимая фирма «Класс», 2001. — 480 с.
2. Хаэр, Р. Д. Лишенные совести / Р. Д. Хаэр / Пер. с англ. Б. Л. Глушак. — М.: ООО И. Д. Вильямс, 2007. — 288 с.
3. Dolan, M. Violence risk prediction / M. Dolan, M. Doyle // British Journal of Psychiatry. — 2000. — Vol. 177, № 4. — P. 303–311.
4. Stone, M. H. Violent crimes and their relationship to personality disorders / M. H. Stone // Personality and Mental Health. — 2007. — Vol. 1, № 2. — P. 138–153.

УДК 159.9:616.89–008

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Сильченко И. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф.Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

Современные условия предъявляют повышенные требования к выпускникам вузов, чей высокий профессионализм и творческое долголетие возможно только при хорошем здоровье. Тем не менее, по разным данным в Республике Беларусь от 20 до 40 % студен-

тов имеют отклонения в состоянии здоровья, и число их в процессе обучения в вузе неуклонно растет. На сегодняшний день 56 % студентов, обучающихся на факультете психологии и педагогики Гомельского государственного университета имени Ф. Скорины, имеют хронические заболевания, а на первом курсе их число достигает 70 %. Возрастающая значимость этой проблемы требует многостороннего исследования и предупреждения факторов риска различных соматических заболеваний.

Современный уровень развития психологической науки и того раздела медицины, который именуется психосоматикой, позволяет утверждать, что в патогенезе ряда заболеваний важнейшую роль играют психологические переменные. В 30-х годах прошлого века врач и психоаналитик Ф. Александер [1] выделил группу «психосоматических» болезненных состояний (семь заболеваний, в дальнейшем обозначенных как «чикагская семерка»): язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, эссенциальную гипертонию, ревматический артрит, гипертиреоз, нейродермит и бронхиальную астму. В настоящее время их перечень значительно расширился, и в «регистр психосоматического реагирования» включены заболевания сердечно-сосудистой системы (ИБС, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь), большое число кожных и урогенитальных заболеваний и мигрени. К числу типичных психосоматических заболеваний, особенно в странах Северной Америки и Западной Европы, стали относить нервную анорексию и булимию, кардиоспазм и некоторые формы психогенного ожирения.

По мнению некоторых ученых, употребление категории «психосоматические заболевания» носит во многом условный характер и необходимо избегать категорического разделения болезней на психосоматические и соматические. Следует перейти к единому психосоматическому подходу ко всем заболеваниям в клинике внутренних болезней, что означает необходимость изучения влияния психосоциальных факторов на возникновение и течение любых соматических болезней, а также диагностику, профилактику, лечение и реабилитацию больных с учетом этих факторов [2, 5].

Проблема психологических детерминант возникновения и развития психосоматических заболеваний на протяжении XX–XXI вв. является объектом интенсивных исследований, но ее актуальность с течением времени не снижается. Схема развития этих заболеваний, по Ф. Александер, следующая: бессознательные конфликты порождают хроническое эмоциональное напряжение, которое приводит к хроническому напряжению вегетативной нервной системы, которое, в свою очередь, приводит к функциональным, а затем и необратимым изменениям внутренних органов [11]. Так, в медицинской и психологической литературе отмечается, что одним из этиологических факторов ишемической болезни сердца (ИБС) является так называемый поведенческий паттерн типа «А», описанный М. Фридманом и Р. Розенманом (1959). Лица, относящиеся к этому паттерну, склонны к конкурентности и напористости, они все время пребывают в состоянии тревоги, раздражительны, нетерпеливы и враждебны. Одна из гипотез заключается в том, что у представителей типа «А» симпатический отдел автономной нервной системы находится в постоянном возбуждении, что ведет к повышенной секреции адреналина и норадреналина, а также ряда стероидных гормонов, выделяемых надпочечниками. Через некоторое время гиперсекреция приводит к образованию холестерина, оседающего на стенках коронарных артерий, что вызывает прогрессирующее сужение кровеносных сосудов [3].

Отечественные психологи придерживаются подобной точки зрения и считают бесспорным фактом, что любые эмоциональные состояния, особенно длительные, затяжные отрицательные эмоции сопровождаются изменениями функциональных систем организма, и неотделимы от них. Многочисленные исследования показывают, что реакции тревоги, агрессии, страха и т. п., будучи хронизированными, обуславливают стойкий ансамбль торпидных аффективных изменений, имеющих прямое отношение к патогенезу психосоматических заболеваний, развивающихся по механизму сильно и длительно действующего эмоционального перенапряжения.

К настоящему времени выявлено, что хроническое переживание состояния тревоги способно патогенно влиять на функционирование гормональной, центральной и вегета-

тивной нервной системы [4]. Тревога, стресс оказывают влияние на все системы организма. Установлено, что хронизированная тревога имеет непосредственное отношение к процессам язвообразования в 12-перстной кишке, развитию сердечно-сосудистой патологии (Л. В. Бороздина, Н. Д. Былкина – Михеева, 2002; Л. В. Бороздина, О. В. Пукинская, Л. В. Щедрова, 2002) и острых респираторных вирусных заболеваний (К. Р. Сидоров, 2007). А. М. Прихожан (2000) отмечает, что у высокотревожных школьников (13–17 лет) возникает вегетативно-сосудистая дистония (ВСД) и другие расстройства.

Для состояния здоровья важное значение имеют способы, которыми человек справляется с эмоциональными проблемами. Одной из причин увеличения интенсивности физиологических реакций при психосоматических нарушениях, считают Ф. Б. Березин, Е. В. Безносок, Е. Д. Соколова, является недостаточная способность к адекватному отреагированию эмоций в поведении, которая может быть связана с выраженной склонностью к контролю поведения, которая может быть связана с выраженной склонностью к контролю поведения. Эта склонность в наибольшей мере определяется потребностью следовать принятой норме, не привлекать внимания окружающих к своим эмоциональным проблемам, выглядеть социально благополучно, сознательным стремлением соответствовать социальным ожиданиям. Контроль поведения оказывает двойственное влияние: его высокий уровень способствует улучшению социального взаимодействия и уменьшению числа фрустрирующих ситуаций и вместе с тем затрудняет адекватное отреагирование эмоций, что приводит к усилению вегетативно-гуморальной активации, нарастанию физиологических сдвигов [5].

Затруднения в отреагировании эмоций могут быть также обусловлены внутриличностным конфликтом, который с одной стороны, усиливает фрустрацию и тревогу, а с другой — препятствует осознанию эмоций и приводит к блокаде отреагирования каждой из них. Из многообразия психологических защит, существенных для формирования психосоматических нарушений, психологи выделяют соматизацию тревоги, в результате которой тревога связывается с соматическими, а не с психологическими факторами. Соматизируясь, тревога обретает конкретность, перестает связываться с жизненными событиями. Возникающие трудности относятся на счет физического здоровья, в результате чего уменьшается тревога, обусловленная трудно разрешимыми проблемами, появляется возможность найти социально приемлемый выход из стрессогенной ситуации, избежать не состоятельности перед лицом требований среды. Таким образом, соматизация тревоги обеспечивает социально приемлемый выход из трудно разрешимых и эмоционально значимых проблем, перенося центр тяжести с этих проблем на телесные ощущения [5].

Выделение негативных эмоциональных состояний в качестве предиктора психосоматических заболеваний открывает возможности целенаправленной психокоррекционной работы с людьми, характеризующимися повышенной тревожностью, фрустрированностью, агрессивностью и т. д. Особенно актуальным это является в более ранних возрастах, например, подростковом и юношеском, т. к. позволит определить адресный характер превентивных мероприятий, направленных на сохранение здоровья подрастающего поколения. Основные перспективы продолжения исследований по данной проблеме заключаются, на наш взгляд, в разработке конкретных консультативных, коррекционных технологий для работы с соответствующим контингентом учащейся молодежи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александр, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александр. — М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. — 352 с. (Серия «Психология без границ»).
2. Охматовская, А. В. Психологические особенности враждебности у больных с психосоматическим заболеванием (бронхиальная астма): автореф. ... дис. канд. психол. наук: 19.00.04 / А. В. Охматовская; МГУ им. М. В. Ломоносова. — М., 2001. — 42 с.
3. Глейтман, Г. Основы психологии / Г. Глейтман, А. Фридлунд, Д. Райсберг. — СПб.: Речь, 2001. — 1247 с.
4. Бороздина, Л. В. «Триада риска» у пациентов с дуоденальной язвой / Л. В. Бороздина, Н. Д. Былкина-Михеева // Психологический журнал. — 2002. — № 2. — С. 65–78.
5. Сидоров, К. Р. Эффективность целепостроения и личностная тревожность в норме и при ишемической болезни сердца / К. Р. Сидоров, А. В. Дмитриева // Вестн. Удм. ун-та. Сер. Психология и педагогика. — 2004. — № 11. — С. 81–93.

УДК 616–053.2–079.4:796

**«СПОРТИВНОЕ СЕРДЦЕ» И ПРОБЛЕМА ОТБОРА ДЕТЕЙ
ДЛЯ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ**

Скуратова Н. А., Козловский А. А., Беляева Л. М., Зимелихин О. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Физические и психоэмоциональные нагрузки, прогрессивно возрастающие на фоне ужесточающейся конкурентной борьбы, постоянно пополняющийся список высоко травмоопасных видов спортивной деятельности способствуют тому, что современный спорт становится одним из экстремальных видов человеческой деятельности. Причем это происходит в условиях, когда каждое последующее поколение спортсменов имеет все более низкий исходный уровень здоровья при накоплении все большего числа факторов риска, готовых в любую минуту реализоваться в развернутую картину отдельных заболеваний или патологических состояний [5].

Уровень физических нагрузок среди детей и подростков неуклонно увеличивается, что может провоцировать неблагоприятные эпизоды во время интенсивных занятий спортом. К проблеме внезапной сердечной смерти у спортсменов обусловлено повышенное внимание, и это делает проблему изучения «спортивного сердца» крайне актуальной. Для спортивной тренировки современного уровня свойственны высокие физические и эмоциональные нагрузки, что предъявляет к организму человека весьма высокие требования, увеличивая (при определенных условиях) опасность физического перенапряжения, развития предпатологических и патологических состояний [2].

Основную нагрузку при занятиях спортом испытывает сердечно-сосудистая система. Регулярные спортивные тренировки формируют специфические изменения сердечно-сосудистой системы, обозначенные в спортивной медицине термином «спортивное сердце», который условно характеризует состояние сердечно-сосудистой системы у спортсменов при ее эффективном приспособлении к требованиям систематической, интенсивной тренировочной и соревновательной нагрузки. Однако далеко не все изменения, возникающие при систематических физических тренировках, можно расценить как физиологические. Вместе с тем, при неадекватных физических нагрузках и недостаточной организации врачебно-педагогического контроля за детьми, занимающимися спортом, возрастает число случаев спортивного травматизма и дезадаптация функциональных систем организма юных спортсменов, прежде всего сердечно-сосудистой. В последние годы спорт значительно «помолодел», в связи с этим проблема «спортивного сердца» стала педиатрической [3].

Нередко уже в детском и подростковом возрасте спортсмены добиваются высоких спортивных результатов, интенсивно тренируясь и активно участвуя в соревнованиях. Многие подростки, достигая высоких спортивных достижений, связывают свое будущее со спортивной карьерой [4].

Организм ребенка непрерывно растет, в отличие от уже сформировавшегося взрослого, поэтому отличается рядом морфологических, функциональных и адаптационных особенностей, и если недооценить этот фактор, можно не только затормозить рост спортивных результатов, но и привести к серьезным нарушениям здоровья юного спортсмена [1].

Возникновение дисфункций и патологических состояний у подростков при занятиях физической культурой и спортом зачастую связано с пренебрежением индивидуальных особенностей организма, в том числе возрастных особенностей. Хотя влияние физических

упражнений, в частности спорта, на сердце изучается давно, по-прежнему остается много нерешенных вопросов в детской кардиологии. Согласно литературным данным у детей, занимающихся спортом, выявлены значительные изменения, которые у половины обследованных не укладывались в рамки физиологического «спортивного сердца» и должны быть предметом тщательного врачебного наблюдения. К сожалению, факты зарубежной статистики также подтверждают недостаточную изученность вопросов «нормы» и «патологии» в спорте, в том числе детском [1, 3, 5].

Чрезвычайно актуальной задачей нашего времени является обнаружение самых ранних признаков нарушения адаптации организма к физической нагрузке. Оценка функциональных возможностей сердца у юных спортсменов позволяет выявить признаки миокардиодистрофии хронического физического перенапряжения, дает возможность оптимизировать спортивные нагрузки и достижения в спорте без ущерба для здоровья ребенка, что необходимо для целенаправленного контроля за резервными возможностями детского организма, своевременного выявления отклонений и коррекции физических нагрузок, а также решения вопросов отбора детей в спортивные секции [4].

Нередки случаи необоснованного запрета к занятиям спортом у детей-спортсменов или допуск к соревнованиям детей с кардиологическими заболеваниями и жизнеугрожаемыми нарушениями ритма. Тщательная оценка анамнеза жизни, факторов риска, жалоб, их связи с физическими нагрузками, сопоставляемые с результатами функционально-диагностических исследований, помогут специалисту дать рекомендации при выборе спортивной секции, двигательному режиму детей, тем самым, предупредить развитие патологических аритмий и дисфункций клапанного аппарата сердечной мышцы. Необходимо помнить, что сердце юного спортсмена функционирует особенно, поэтому при первичном обследовании ребенка нужно всегда уточнять, занимается ли он спортом, каким видом, как долго и с какой регулярностью. Детей, с органическими заболеваниями миокарда, ни в коем случае не стоит отстранять от физических упражнений, так как это может ухудшить течение сердечно-сосудистого заболевания. Таким детям можно рекомендовать низкоинтенсивные виды спорта (боулинг, бильярд, пулевую стрельбу) или дозированные нагрузки до естественной утомляемости [4, 5].

Необходимо помнить, что физические нагрузки, превышающие функциональные возможности сердца, могут негативно сказаться на здоровье растущего организма детей и подростков. Врачу необходимо вовремя выявлять пограничные состояния или «скрытые» изменения сердца у ребенка, прежде чем они приведут к развитию заболевания [3].

Отстранение от занятий спортом подростков с выраженными нарушениями в работе сердца, которые достигли высоких спортивных результатов и связывают свое будущее с профессиональной карьерой спортсмена, чревато серьезной психологической травмой, которая может еще более усугубить соматическое здоровье ребенка. Задача врачей и родителей — своевременно обращать внимание на возникающие жалобы и симптомы, что обеспечит сохранность здоровья и спортивное долголетие юного спортсмена [1, 4].

Физические нагрузки должны быть контролируемые, с учетом функциональных возможностей организма. Безусловно, чтобы выйти на более совершенный путь функционирования организма и добиться высоких спортивных результатов, необходимо преодолеть «барьер» стресса и избежать дистресса, что зависит от целого ряда условий, в том числе от физиологических особенностей организма ребенка, рационально построенных тренировок и адекватного медицинского обеспечения.

В настоящее время к занятиям спортом привлекается большое количество детей, поэтому функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у юных спортсменов и проблема отбора детей для занятий спортом становятся актуальными в практике педиатра и детского кардиолога. [1]

Учитывая возросший интерес к занятиям спортом, интенсивное развитие детско-юношеского спорта в Беларуси, первичный отбор детей для занятий спортом должен начинаться на амбулаторно-поликлиническом этапе детской поликлиники, так как именно к педиатрам и кардиологам обращаются дети с различными жалобами или изменениями на электрокардиограмме.

Правильная оценка функционального состояния кардиореспираторной системы организма юного спортсмена является одной из основных задач совместной работы педагога и врача. Используя функциональные тесты можно определить влияние физических упражнений на организм, что существенно помогает в дозировании физической нагрузки, ее индивидуализации и оптимальности.

Таким образом, диагностика функционального состояния сердечно-сосудистой системы у юных спортсменов имеет цель не только выявлять признаки физиологических изменений в деятельности сердца на фоне интенсивных физических нагрузок, а также формирующейся миокардиодистрофии хронического физического перенапряжения, но и оценивать запас функциональных возможностей организма, что позволяет сохранить здоровье детей, занимающихся спортом, и обеспечить возможность продолжения спортивной карьеры в будущем.

Необходимость совершенствования педиатрической помощи при отборе детей для занятий спортом приобретает особую значимость и имеет цель максимально снизить вероятность негативных последствий спортивной гиперкинезии у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская кардиология и ревматология: практ. рук. / Л. М. Беляева [и др.]; под ред. Л. М. Беляевой. — М.: Мед. информ. агенство, 2011. — 584 с.
2. Макаров, Л. М. Внезапная внебольничная сердечная смерть у детей, подростков и лиц до 45 лет / Л. М. Макаров, Ю. А. Солохин // Кардиология. — 2009. — № 11. — С. 33–38.
3. Скуратова, Н. А. Спортивное сердце / Н. А. Скуратова // Проблемы здоровья и экологии. — 2010. — № 2. — С. 71–74.
4. Скуратова, Н. А. Характеристика показателей сердечно-сосудистой системы у детей-спортсменов / Н. А. Скуратова // Кардиология в Беларуси. — 2012. — № 2. — С. 58–67.
5. Смоленский, А. В. Внезапная смерть в спорте: мифы и реальность / А. В. Смоленский, Б. Г. Любина // Теория и практика физ. культуры. — 2002. — № 10. — С. 39–42.

УДК 618.3-06:616.441

ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЙОДА И СЕЛЕНА В СХЕМЕ КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Смолей Н. А., Гутикова Л. В.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Статья посвящена изучению функционального состояния щитовидной железы (ЩЖ) во время беременности, установлению роли гормонов ЩЖ на этапе внутриутробного развития плода и значимости их определения. Проанализировано влияние йода и селена на гестационный процесс, выявлены осложнения течения беременности при дефиците этих микроэлементов. Обоснована необходимость и целесообразность коррекции дефицита йода и селена при беременности, особенно у женщин с нарушением функции ЩЖ.

Щитовидная железа оказывает существенное влияние на репродуктивную функцию женщин. Известно, что во время беременности повышается потребность в гормонах ЩЖ. Вместе с тем, увеличивается выведение и снижается в циркуляции содержание йода — структурного компонента тиреоидных гормонов. Дефицит йода является фактором риска нарушения развития плода. Поэтому достаточное потребление йода во время беременности жизненно необходимо. Кроме того, установлено, что при многих патологических состояниях интенсивно протекают процессы перекисного окисления липидов, что приводит к нарушению физико-химической структуры плазматической мембраны клеток и субклеточных органелл. При всех этих состояниях (в том числе при нарушениях обмена йода и функции ЩЖ) значительную антиоксидантную активность проявляет еще один важный микроэлемент селен, предупреждая изменения в клеточных мембранах и сохраняя тем са-

мым жизнеспособность клеток. Селен в форме селенистеина входит в состав дейодиназы йодтирониона типа I, участвующей в превращении прогормона в активный гормон ЩЖ трийодтиронин. Кроме того, селен участвует в обменных процессах, окислительно-восстановительных реакциях, что играет особую роль при наличии эндокринной патологии во время беременности. Поэтому в процессе диагностики тиреоидных заболеваний и при разработке схемы лечения патологии ЩЖ важно учитывать не только уровень поступления йода, но и достаточное потребление селена [1, 2].

Цель

Изучить функциональное состояние ЩЖ во время беременности, провести сравнительный анализ различных схем лечения тиреоидной патологии.

Материал и методы исследования

Обследование и лечение 60 беременных женщин с патологией ЩЖ. Пациентки разделены на 2 группы. 1 группу составили 30 человек, получавших общепринятую схему лечения тиреоидной патологии. 2 группу определили 30 человек, которым была подобрана индивидуальная терапия в зависимости от результатов обследования.

Диагностический алгоритм включал сбор анамнеза, уточнение жалоб, общий осмотр, пальпацию ЩЖ с применением классификации зоба ВОЗ, 1994, определение уровня гормонов (тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина, свободного трийодтирониона, антител к тиреоидной пероксидазе) в сыворотке крови с помощью иммуноферментного анализа с использованием реактивов фирмы «Хема-Медика», УЗИ ЩЖ беременных, УЗИ плода, консультацию генетика.

Результаты и обсуждение

Средний возраст обследованных женщин составил $27,1 \pm 2,07$ лет.

Из анамнеза установлено, что 26,3 % пациенток 1 группы и 20 % пациенток 2 группы имели наследственный характер эндокринной патологии.

В ходе гормонального исследования выявлено, что у пациенток преобладали явления эутиреоза (в 1 группе у 67 %, во 2 группе у 70 % женщин). Данные беременные особых жалоб не имели. Вместе с тем 26,3 % обследованных 1 группы и 23,3 % обследованных 2 группы предъявляли жалобы на зябкость, прибавку массы тела, не связанную с беременностью, сонливость, ухудшение внимания, снижение концентрации памяти, депрессию, выпадение волос, ломкость ногтей, брадикардию, гипотензию, частые упорные запоры. Все это соответствовало клиническим признакам гипотиреоза, и было подтверждено лабораторным способом (концентрация ТТГ $4,6 \pm 0,83$ мкМЕ/мл). По 6,7 % женщин в каждой группе при опросе предъявляли жалобы несколько иного характера: постоянная потливость, сильное похудание (при постоянном пищевом рационе), появление храпа во сне, снижение слуха, тахикардия в сочетании с гипертензией. В результате иммуноферментного анализа при исследовании уровня ТТГ у этих пациенток выявлена сниженная его концентрация или низконормальные значения ($0,4 \pm 0,16$ мкМЕ/мл), что свидетельствует о наличии у данной категории беременных гипертиреоза ($p < 0,05$).

Известно, что гормональный статус ЩЖ и гипоталамо-гипофизарной системы обуславливает изменение размеров и структуры ЩЖ. Так, в результате проведения УЗИ ЩЖ беременных в сроке 12–14 недель обнаружены признаки зоба у 80 и 77 % женщин соответственно в 1 и 2 группах, в то время как у остальных обследованных обнаружены УЗ-признаки нормы ЩЖ, причем следует отметить, что размеры железы находились на верхней границе нормы ($16,5–18$ см³).

После полного клинико-лабораторного обследования и постановки корректного диагноза проводилось соответствующее лечение. Пациентки 1 группы получали общепринятое лечение патологии ЩЖ: при наличии эутиреоза с профилактической целью калия йодид в дозе 200 мкг/сутки; при гипотиреозе — левотироксин в дозе 2,3 мкг/кг массы тела; при гипертиреозе — тирозол в дозе 20 мг/сутки.

Пациенткам 2 группы разработана индивидуальная схема лечения тиреоидной патологии. *Профилактическая превентивная терапия* включала питание, направленное на повыше-

ние потребления йода и селена, калия йодид 200 мкг в сутки, селен 400 мкг в сутки. Данный вид лечения назначался при отсутствии клинических признаков нарушения функции ЩЖ. *Заместительная гормональная терапия* включала левотироксин в дозе 2,3 мкг/кг массы тела (со снижением дозы до 1,6–1,8 мкг/кг в послеродовом периоде), калия йодид 300 мкг в сутки, селен 400 мкг в сутки, а также питание, направленное на повышение потребления йода и селена, и проводилась при наличии клинических признаков гипотиреоза. *Патогенетическая терапия* включала прием тирозола в дозе 20 мг, разделенной на 2 приема, калия йодида 200 мкг в сутки, селена 400 мкг в сутки и назначалась при наличии клинических признаков гипертиреоза.

Для оценки эффективности проводимой терапии осуществляли контроль функции ЩЖ и состояния плода в сроке 24–26 и 35–37 недель беременности. Обнаружено, что в 1 группе наблюдалась незначительная положительная динамика. Только у 25 % женщин с гипотиреозом нормализовалась функция ЩЖ. Во 2 группе в результате подобранной нами индивидуальной патогенетической терапии нормализация функции ЩЖ наблюдалась у 86 % пациенток с гипотиреозом и у 100 % женщин с гипертиреозом. Это доказывает необходимость и целесообразность назначения йода и селена в схеме лечения тиреоидной патологии (таблицы 1, 2).

Таблица 1 — Показатели функции щитовидной железы в 1 группе

Показатель функции ЩЖ	1 группа с гипотиреозом до лечения	1 группа с гипотиреозом после лечения	1 группа с гипертиреозом до лечения	1 группа с гипертиреозом после лечения
ТТГ, мкМЕ/мл	4,6 ± 0,83	4,4 ± 0,75	0,26 ± 0,03	0,34 ± 0,05
Свободный Т4	7,5 ± 1,2	7,8 ± 1,21	37,2 ± 1,4	25,8 ± 1,2
Свободный Т3	2,1 ± 0,07	2,35 ± 0,07	8,0 ± 1,1	6,9 ± 0,7

Таблица 2 — Показатели функции щитовидной железы во 2 группе

Показатель функции ЩЖ	2 группа с гипотиреозом до лечения	2 группа с гипотиреозом после лечения	2 группа с гипертиреозом до лечения	2 группа с гипертиреозом после лечения
ТТГ, мкМЕ/мл	4,7 ± 0,86	3,9 ± 0,62	0,28 ± 0,02	0,42 ± 0,05
Свободный Т4	7,4 ± 1,2	8,5 ± 1,25	38,5 ± 1,4	24,1 ± 0,9
Свободный Т3	2,1 ± 0,03	2,5 ± 0,06	7,86 ± 0,9	6,43 ± 0,7

Проведено исследование внутриутробного состояния плода обследуемых пациенток. Согласно результатам первичного скрининга у 1 пациентки из 1 группы были обнаружены пороки развития, являющиеся поводом для прерывания беременности по медико-генетическим показаниям. Это подтверждает общеизвестный факт, что тиреоидные гормоны принимают участие в формировании нервной трубки и закладке всех органов и систем на этапе внутриутробного развития, и при наличии патологии ЩЖ, некомпенсированной медикаментозно, у плода могут формироваться пороки развития, не совместимые с жизнью. В результате последующих исследований гипотрофия плода выявлена у 10 %, нарушение маточно-плацентарного кровообращения у 17 %, нарушение созревания плаценты у 13 % женщин 1 группы, в то время, как во 2 группе эти показатели были достоверно ниже (0; 3,3; 3,3 %) ($p < 0,05$).

Выводы

1. Тиреоидная патология, сопровождающаяся нарушением функции ЩЖ, приводит к осложненному течению беременности и нарушению активности фетоплацентарной системы.
2. Адекватное лечение патологии ЩЖ во время беременности способствует нормализации ее функционального состояния.
3. Использование йода и селена в разработанной нами схеме коррекции функции ЩЖ у беременных женщин целесообразно и патогенетически обосновано, поскольку приводит к улучшению обменных процессов и восстановлению гормонального статуса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Трошина, Е. А. Профилактика дефицита йода у беременных и кормящих женщин / Е. А. Трошина // Гинекология. — 2005. — Т. 7, № 4. — С. 250–252.
2. Шилович, Л. Л. Биохимическое значение селена / Л. Л. Шилович, В. В. Стрелецкий // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. трудов. — Гомель, 2008. — С. 153–156.

УДК 613.955:37

**РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ
ПО ФОРМИРОВАНИЮ У УЧАЩИХСЯ УСТАНОВКИ НА КУЛЬТУРУ ЗДОРОВЬЯ***Соболева Л. Г., Шаршакова Т. М., Тарасенко А. А.*

Государственное учреждение
«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гигиеническое обучение и воспитание является важным условием сохранения и укрепления здоровья учащихся. Оно должно носить комплексный и непрерывный характер, побуждая школьников к активным и сознательным действиям в следующих направлениях: улучшение собственного физического и психического здоровья; отказ от поведения, наносящего вред своему здоровью и здоровью окружающих; нетерпимое отношение к людям, наносящим ущерб своему здоровью и здоровью окружающих; сознательное участие в формировании здоровьесберегающей среды [1, 2].

Существующие в настоящее время в Республике Беларусь программы гигиенического обучения и воспитания могут обеспечить только сообщение знаний, но не закрепление этих знаний и их реализацию в своем поведении. Кроме того, многие программы по вопросам здорового образа жизни разрабатываются без участия специалистов (валеологов, гигиенистов) и содержат спорные сведения по нетрадиционным методам оздоровления, неприемлемые для школьников. Все это подтверждает необходимость анализа и пересмотра существующих программ гигиенического обучения и воспитания как с точки зрения их содержания, так и предусматриваемых ими форм и методов обучения, для разработки и дальнейшего внедрения комплексных модульных программ, способствующих формированию здорового образа жизни учащихся [3].

Цель

Обосновать медико-гигиеническую программу по формированию у школьников установки на культуру здоровья

Материал и методы исследования

В исследовании приняло участие 456 школьников СОШ № 59 (мальчиков — 328, девочек — 128; в возрасте 6–14 лет). Для сравнительного анализа показателей образа жизни учащихся нами были определены экспериментальные (Э и Э+) и контрольные группы (К и К+); (Э и К, первичная диагностика) и контрольные группы (Э+ и К+, повторная диагностика).

Эффективность воздействия предложенной нами медико-генетической программы осуществлялась следующим образом: сравнение измеряемых параметров в экспериментальной группе до и после воздействия (Э и Э+); сравнение измеряемых параметров в контрольной группе учащихся (не участвовали в программе) и экспериментальной группе учащихся после воздействия (К+ и Э+). Достоверность выявленных различий доказывалась при помощи критерия углового преобразования Фишера.

Результаты и обсуждение

В соответствии с целью и задачами нашего исследования и с учетом данных, полученных на этапе эмпирического исследования, нами была разработана и внедрена в образовательный процесс средней общеобразовательной школы № 59 г. Гомеля медико-гигиеническая программа по формированию у школьников установки на культуру здоровья, в основе которой лежит дифференцированный подход.

Сравнительный анализ данных, полученных при исследовании образа жизни младших школьников, показал, что существуют значимые отличия в экспериментальной и контрольной группах по приведенным ниже показателям.

Время, затрачиваемое на выполнение домашнего задания. Согласно полученным данным, уменьшилось количество человек, у которых на подготовку домашнего задания уходит до двух (с 35,1 до 20,2 %; $\varphi^*_{эмп} = 2,537$, $p < 0,01$) и более двух часов (с 21,9 до 8,8 %; $\varphi^*_{эмп} = 2,809$, $p < 0,01$) при $p < 0,001$. Сравнение экспериментальной и контрольной групп свидетельствует о том, что доля учащихся, у которых проявляется исследуемый эффект, в группе Э+ больше, чем в группе К+ ($\varphi^*_{эмп} = 6,349$, $p < 0,01$).

Длительность пребывания на свежем воздухе. При оценке данного показателя было выявлено, что количество школьников, бывающих на свежем воздухе менее 3 часов, уменьшилось с 41,2 до 29,8 % ($\varphi^*_{эмп} = 1,804$; $p \geq 0,01$). Сравнение экспериментальной и контрольной групп свидетельствует о том, что доля учащихся, у которых проявляется исследуемый эффект, в группе Э+ больше, чем в группе К+ ($\varphi^*_{эмп} = 3,037$, $p < 0,01$).

Продолжительность ночного сна. Сравнение данных по показателю «время ночного сна» позволяет сделать следующие выводы: в экспериментальной группе, снизилось количество учащихся, которые на ночной сон тратят менее 10 часов с 29,8 до 13,8 % ($\varphi^*_{эмп} = 2,828$, $p \geq 0,01$) и увеличилось количество школьников, которые спят ночью 10–11 часов (с 53,5 до 69,3 %; ($\varphi^*_{эмп} = 2,461$, $p \geq 0,01$).

Режим питания. Правильно организованное (в количественном и качественном отношении) питание детей является обязательным условием для их нормального физического развития и играет важную роль в повышении работоспособности и сопротивляемости организма инфекционным заболеваниям. Завтрак — это наиболее важный из всех приемов пищи. А вкусный, полезный и питательный завтрак — еще и залог хорошего настроения, бодрости и высокой умственной активности школьника на занятиях. Было выявлено, что в результате участия в программе в экспериментальной группе увеличилось с 62,3 до 81,6 % количество человек, которые регулярно завтракают каждое утро ($\varphi^*_{эмп} = 3,292$, $p < 0,01$), а также с 45,6 до 58,8 % увеличилось количество человек, которые принимают пищу в одно время ($\varphi^*_{эмп} = 2,001$, $p < 0,05$) и уменьшилось более чем в 2 раза (с 14 до 6,1 %) количество человек, которые питаются как придется ($\varphi^*_{эмп} = 2,023$, $p < 0,05$).

Сравнительный анализ данных экспериментальной и контрольной групп показал, что учащихся, у которых были отмечены положительные изменения в режиме питания в группе Э+ значимо больше, чем в группе К+ ($p < 0,01$).

Сравнительный анализ данных, полученных при исследовании образа жизни учащихся 5–8 классов, показал, что существуют значимые отличия по приведенным ниже показателям.

Время выполнения домашнего задания. Сравнение данных экспериментальной и контрольной групп показало, что в экспериментальной группе с 24,7 до 40,4 % увеличилось количество учащихся, которые выполняют домашнее задание не более 2,5 часов ($\varphi^*_{эмп} = 2,567$, $p < 0,01$); значительно больше школьников, которые тратят на домашнее задание до 3 часов ($\varphi^*_{эмп} = 2,824$, $p < 0,01$) и значительно меньше учащихся, которые укладываются в рекомендованные требования и справляются с домашним заданием не более чем за 2,5 часа ($\varphi^*_{эмп} = 3,888$, $p < 0,01$).

Ночной сон. В экспериментальной группе более чем в 2 раза снизилась доля учащихся, ночной сон которых длится менее 9 часов (с 37,7 до 14,9 %; $\varphi^*_{эмп} = 3,994$, $p < 0,01$), а количество учащихся, на ночной сон которых уходит до 9–10 часов, увеличилось с 48,2 до 70,2 % ($\varphi^*_{эмп} = 3,413$, $p < 0,01$).

Пребывание на свежем воздухе. В экспериментальной группе с 53,1 до 21,1 % снизилось количество учащихся, пребывающих на свежем воздухе менее 2,5 часов ($\varphi^*_{эмп} = 2,076$, $p < 0,05$) и увеличилось (с 29,8 до 43 %) количество учащихся, пребывающих на свежем воздухе от 2,5 до 3 часов ($p < 0,05$). Полученные данные достоверно отличаются от результатов анкетирования учащихся контрольной группы ($p < 0,01$).

Режим питания. Благодаря участию в программе, в экспериментальной группе увеличилось с 48,2 до 64,9 % количество человек, которые завтракают каждое утро ($\varphi^*_{эмп} = 2,552$, $p < 0,01$), с 41,2 до 60,5 % увеличилось количество человек, которые едят не менее 3 раз в сутки ($\varphi^*_{эмп} = 2,929$, $p < 0,01$), а также практически в 3 раза (с 5,3 до 14,9 %) возросла до-

ля учащихся, которые принимают пищу в одно и то же время ($\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 2,476$, $p < 0,01$) В экспериментальной группе уменьшилось в 2 раза (с 34,5 до 16,7 %) количество человек, которые питаются «как придется» ($\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 3,119$, $p < 0,05$). Сравнительный анализ данных экспериментальной и контрольной групп показал, что учащиеся, у которых были отмечены положительные изменения в режиме питания в группе Э+ значимо больше, чем в группе К+ ($p < 0,01$).

Что касается продуктов, входящих в рацион питания школьников, то были получены следующие данные.

В экспериментальной группе увеличилась доля учащихся, употребляющих молоко и молочные продукты каждый день (с 47,4 до 63,2 %; $\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 2,408$, $p < 0,01$), что значительно выше, чем в контрольной группе (63,2 и 39,5 % соответственно; $\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 3,616$, $p < 0,01$). В контрольной группе почти в 3 раза выросла доля школьников, не употребляющих молоко и молочные продукты (с 6,1 до 16,7 %; $\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 2,59$, $p < 0,01$), в то время как в экспериментальной группе после участия в программе таковых не осталось.

В экспериментальной группе выросла доля учащихся, в ежедневный рацион которых входят свежие фрукты (с 53,5 до 64,9 %; $\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 1,752$, $p \geq 0,05$), причем полученный показатель значимо выше, чем в контрольной группе ($\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 2,763$, $p \geq 0,01$).

В экспериментальной группе увеличилось количество учащихся, которые употребляют овощи в пищу каждый день (с 46,5 до 63,2 %; $\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 2,544$, $p \geq 0,01$), а не несколько раз в неделю (снизилось с 43,8 до 29,8 %; $\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 2,212$, $p \geq 0,05$). Наблюдаемые в экспериментальной группе положительные изменения значимо выше, чем в контрольной группе ($\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 3,616$, $p \geq 0,01$ и $\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 2,212$, $p \geq 0,05$ соответственно).

Сравнительный анализ данных экспериментальной и контрольной групп показал, что количество учащихся, которые ежедневно пьют соки, в экспериментальной группе увеличилось (с 36 до 49,1 %; $\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 2,008$, $p \geq 0,05$) и их доля значимо больше, чем в контрольной группе ($\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 2,854$, $p \geq 0,01$).

Правила личной гигиены. В экспериментальной группе увеличилось количество школьников, которые чистят зубы не реже 2 раз в день (с 59,6 до 78,9 %; $\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 3,194$, $p \geq 0,01$), что меньше, чем в контрольной ($\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 3,458$, $p \geq 0,01$); ежедневно принимают душ (54,4–69,3 %; $\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 2,325$, $p \geq 0,01$), что меньше, чем в контрольной ($\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 2,854$, $p \geq 0,01$) и доля тех, кто всегда моет руки перед едой и после посещения туалета, больше в экспериментальной группе ($\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 2,144$, $p \geq 0,05$ и $\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 3,005$, $p \geq 0,01$ соответственно).

Вредные привычки: курение. Сравнительный анализ результатов анкетирования учащихся показал, что в экспериментальной группе количество «иногда» курящих учащихся сократилось с 27 до 11 человека, что соответствует 23,7 и 9,6 % ($\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 2,922$, $p < 0,01$) и не осталось «постоянно» курящих школьников ($\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 3,533$, $p < 0,01$), а в контрольной – возросло с 25 до 30 (с 21,9 до 26,3 %), количество «иногда» курящих и с 2 до 6 (с 1,75 до 5,3 %) — «постоянно» курящих школьников. Таким образом, доля «иногда» и «постоянно» курящих в контрольной группе больше, чем в экспериментальной ($\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 3,375$, $p < 0,01$ и $\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 4,258$, $p < 0,01$ соответственно).

Заключение

Таким образом, результаты исследований показали, что участие школьников в разработанной нами медико-гигиенической программе повлекли за собой позитивные изменения в их образе жизни, что в свою очередь способствует сохранению и укреплению их психологического, соматического здоровья. Наиболее эффективной и действенной разработанная программа оказалась относительно следующих показателей: время, затрачиваемое учащимися на выполнение домашнего задания; длительность пребывания на свежем воздухе; продолжительность ночного сна; режим питания; выполнение правил личной гигиены; употребление ПАВ.

Следует отметить изменения в режиме питания учащихся 5–8 классов экспериментальной группы: питание стало более регулярным, систематическим и более полноценным, здоровым: увеличилась доля учащихся, в чей ежедневный рацион включены молоко и молочные продукты, фрукты, овощи, соки.

Благодаря участию в программе, удалось добиться того, что многие участники перестали курить.

На основе результатов сравнительного анализа представленности изучаемых параметров в контрольной и экспериментальной группах можно сделать вывод о том, что выявленные изменения образа жизни учащихся были достигнуты в результате реализации разработанной нами программы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бирюкова, Н. А. Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательных учреждениях / Н. А. Бирюкова // Гигиена и санитария. — 2006. — № 1. — С. 76–77.
2. Маркова, А. И. Школы здоровья и здоровье школьников / А. И. Маркова // Гигиена и санитария. — 2013. — № 3. — С. 60–66.
3. Здоровьеформирующее образование как фактор оптимальной жизнедеятельности молодого поколения: материалы Междунар. научно-прагматич. конф., Казань, 29–30 мая 2007 г. / Казань. Институт педагогики и психологии профессионального образования Российской Академии образования; под ред. В. И. Масленниковой [и др.]. — Казань, 2007. — 231 с.

УДК 613.644: 656.13

НОВЫЙ МЕТОД ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ТРАНСПОРТНОЙ ВИБРАЦИИ

*Соловьева И. В., Худницкий С. С., Щербинская И. В.,
Гаевская Т. В., Быкова Н. П., Кравцов А. В., Гринцевич Д. В.*

Республиканское унитарное предприятие
«Научно-практический центр гигиены»
г. Минск, Республика Беларусь

Вибрационная патология до сих пор занимает одно из ведущих мест в структуре профессиональных заболеваний у рабочих. Неблагоприятное влияние вибрации на организм человека за счет прямого и опосредованного воздействия на костно-мышечный аппарат и вестибулярный анализатор способствует прогрессированию сердечно-сосудистых и неврологических заболеваний, а также развитию вибрационной болезни.

В настоящее время в медицине труда и профпатологии вибрационная болезнь от общей и локальной вибрации приобретает важное социальное и экономическое значение в связи со значительным контингентом работающих и серьезностью вибрационных нарушений.

Анализ профессиональной заболеваемости среди трактористов, водителей бульдозеров, машинистов карьерных экскаваторов, буровых машин и т. д. показывает, что риск профессиональных поражений, связанных с воздействием общей вибрации, существенен и не имеет тенденции к уменьшению.

Основными причинами профессиональной непригодности среди машинистов железнодорожного транспорта в последние годы являются болезни внутренних органов, болезни центральной нервной системы и психические расстройства, болезни органов зрения и слуха. Отмечается интенсивное увеличение показателей отстранения от работы среди работников локомотивных бригад по причине гипертонической болезни. В структуре нозологических форм профзаболеваний работников локомотивных бригад преобладают нейросенсорная тугоухость (87–91 %), вибрационная болезнь (6,5–8,7 %).

Стратегия обеспечения здоровьесбережения работающих в современных условиях предусматривает профилактику неблагоприятного влияния всех вредных и опасных факторов производственной и окружающей среды. Анализ профессионального риска прежде всего предполагает выявление источников риска и их количественную оценку.

В настоящее время гигиеническая оценка транспортной вибрации (общей и локальной) осуществляется следующим образом:

- общая вибрация оценивается по трем осям ортогональной системы координат X_0 , Y_0 , Z_0 , где X_0 (от спины к груди) и Y_0 (от правого плеча к левому плечу) — горизонтальные оси, направленные параллельно опорным поверхностям; Z_0 — вертикальная ось, перпендикулярная опорным поверхностям тела в местах его контакта с сиденьем или полом;
- локальная вибрация оценивается по трем осям ортогональной системы координат $X_{л}$, $Y_{л}$, $Z_{л}$, где ось $X_{л}$ совпадает или параллельна оси места охвата источника вибрации (руле-

вого колеса, рычага управления), ось $Y_{\text{л}}$ перпендикулярна ладони, а ось $Z_{\text{л}}$ лежит в плоскости, образованной осью $X_{\text{л}}$ и направлением приложения силы (или осью предплечья, когда сила не прикладывается) [1].

Такая оценка вибрации не позволяет оценить уровень ее общего воздействия одновременно по трем ортогональным осям. Вместе с тем возможность комплексного подхода к интегральной оценке воздействия вибрации на организм открывает широкие перспективы для изучения качественно-количественных закономерностей взаимосвязи «уровень – время – эффект», которые в свою очередь являются важнейшей составной частью методологии определения критериев биологической безвредности вибрации при гигиеническом нормировании.

В связи с изложенным, разработка интегрального гигиенического критерия оценки транспортной вибрации, учитывающего особенности неблагоприятного воздействия на работающих пространственной вибрации, является актуальной. В значительной степени такая оценка актуальна для рабочих мест водителей транспортных средств, подвергающихся вибрационному воздействию с сопоставимыми уровнями по всем трем осям.

В рамках научных исследований на основе обобщения литературных данных, действующих технических правовых нормативных актов и методических документов, а также собственных исследований по изучаемой проблеме и ретроспективного анализа ранее полученных материалов исследований разработана методология гигиенической оценки полной транспортной вибрации на рабочих местах в кабинах транспортных средств.

Понятие полной транспортной вибрации представляет собой одночисловую характеристику трехкомпонентной вибрации, определяемую как результат среднеквадратичного суммирования эквивалентных по энергии скорректированных по частоте уровней виброускорения с учетом весовых коэффициентов направления, действующих одновременно по трем ортогональным осям. Математически полная транспортная вибрация выражается следующим образом:

— для общей вибрации:

$$Lv_{\text{эквТо}} = 20 \lg \sqrt{10^{Lw_{\text{эквТо}}(z)/10} + 1,96(10^{Lw_{\text{эквТо}}(x)/10} + 10^{Lw_{\text{эквТо}}(y)/10})};$$

— для локальной вибрации:

$$Lv_{\text{эквТо}} = 20 \lg \sqrt{10^{Lw_{\text{эквТо}}(z)/10} + 10^{Lw_{\text{эквТо}}(x)/10} + 10^{Lw_{\text{эквТо}}(y)/10}},$$

где:

$Lv_{\text{эквТо}}$ — логарифмические уровни полной эквивалентной по времени и скорректированной по частоте транспортной вибрации (общей или локальной);

$Lw_{\text{эквТо}(x)}$ — эквивалентный скорректированный уровень виброускорения общей или локальной вибрации вдоль оси x ;

$Lw_{\text{эквТо}(y)}$ — эквивалентный скорректированный уровень виброускорения общей или локальной вибрации вдоль оси y ;

$Lw_{\text{эквТо}(z)}$ — эквивалентный скорректированный уровень виброускорения общей или локальной вибрации вдоль оси z .

В рамках научных исследований по отраслевой научно-технической программе «Современные условия жизнедеятельности и здоровьесбережение» проводится разработка научно обоснованного гигиенического регламента по оценке полной транспортной вибрации на основе изучения особенностей неблагоприятного воздействия вибрации на работающих.

На настоящем этапе разработана методология гигиенической оценки полной транспортной вибрации, позволяющая проводить исследования комплексно с учетом воздействия вибрации одновременно по всем направлениям. Разработанная методология легла в основу Инструкции по применению «Метод гигиенической оценки полной вибрации на рабочих местах в кабинах автомобильного, железнодорожного и городского электрического транспорта». Использование данного метода гигиенической оценки полной транспортной вибрации позволит объективно оценивать вибрационную нагрузку на рабочих местах водителей и машинистов автомобильного, железнодорожного и городского электрического транспорта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Санитарные нормы и правила «Требования к производственной вибрации, вибрации в жилых помещениях, помещениях административных и общественных зданий», утвержденные Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 132 от 26 декабря 2013 г.

УДК 614.2

**ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2013 ГОДУ**

Солонец Г. В., Лахнеко А. Н., Сподникайло Н. В.

**Государственное учреждение
«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»
Санаторий республиканского унитарного предприятия
«Гомельское отделение Белорусской железной дороги»
г. Гомель, Республика Беларусь**

В 2013 г. работа по формированию здорового образа жизни (далее — ФЗОЖ) в Гомельской области была направлена на предоставление населению широкого доступа к информации о факторах риска для здоровья, формирование высокого спроса на личное здоровье и создание предпосылок для его удовлетворения.

Мероприятия по формированию здорового образа жизни направлены на оптимизацию профилактической информационно-образовательной работы по всем направлениям деятельности отрасли.

В целях обеспечения эффективного взаимодействия с органами исполнительной и представительной власти в сентябре 2013 г. вопрос об организации профилактической деятельности по ФЗОЖ населения Гомельской области был рассмотрен на сессии Гомельского областного Совета депутатов. Принятым решением Гомельскому городскому и районным Советам депутатов совместно с управлением здравоохранения облисполкома поручено усилить профилактическую работу с населением, максимально используя системный межведомственный подход в пропаганде здорового образа жизни, здоровьесохраняющего поведения и оказывать содействие в этом направлении деятельности.

Продолжает осуществляться контроль за соблюдением запрета курения в учреждениях и организациях на территории Гомельской области. За 2013 г. специалистами государственного санитарного надзора проверено 5 424 объекта (в 2012 г. — 5 488), составлено 236 протоколов, направлено 53 рекомендации (в 2012 г. — 91 протокол, 10 предписаний).

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.07.2011 г. № 710 «Об утверждении Инструкции о порядке осуществления действенного контроля за соблюдением запрета курения в организациях здравоохранения и на прилегающих территориях» в учреждениях здравоохранения Гомельской области осуществляется действенный контроль за соблюдением запрета курения, в том числе и на прилегающих территориях. За 2013 г. выявлено 110 фактов нарушения запрета курения, составлено 35 протоколов, наложено 3 дисциплинарных взыскания, вынесено 44 предупреждения, направлены 26 писем-рекомендаций в адрес администраций учреждений.

Продолжалась работа по созданию территорий некурения на административных территориях (кроме мест, где курение запрещено Декретом Президента Республики Беларусь от 17.12.2002 г. № 28 (ред. от 30.04.2010) «О государственном регулировании производства, оборота и потребления табачного сырья и табачных изделий»). Всего в области 158 территорий, в 2013 г. создано 38.

При проведении республиканских антитабачных профилактических акций и информационных антитабачных кампаний по инициативе Гомельского областного центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья в рамках межведомственного взаимодействия с УВД Гомельского облисполкома, общественными организациями и СМИ в 2013 г. проводились совместные профилактические рейды в местах массового пребывания населения и в местах, где курение запрещено законодательно. В конечном итоге в 2013 г. по ст.17.9 КоАП Республики Беларусь за курение (потребление) табачных изделий в запрещенных местах участковыми инспекторами милиции и инспекторами по делам несовершеннолетних составлено 455 административных протоколов (в 2012 г. — 53).

Продолжена работа по обучению кадров, в том числе и специалистов других ведомств, вопросам формирования здорового образа жизни (рисунок 1). Количество мероприятий увеличилось на 22 %, число обученных возросло на 15,7 %. Основной акцент сделан на использование в деятельности новых подходов, форм и методов работы.

Организованы выступления и публикации в средствах массовой информации (рисунок 2). Активность возросла на 36,4 %. Информация профилактической направленности регулярно размещается в интернет-сети: на сайтах рай (гор) исполкомов (выделены страницы для учреждений здравоохранения и ЦГЭ), организаций здравоохранения, заинтересованных ведомств области. Рост на 72 %.

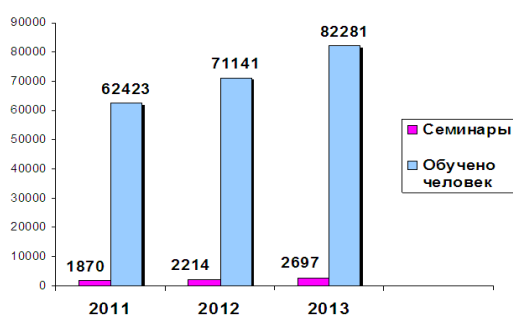


Рисунок 1 — Обучение кадров

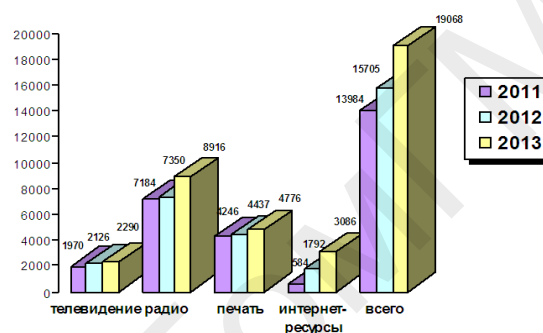


Рисунок 2 — Взаимодействие со средствами массовой информации

Продолжена издательская деятельность по вопросам ФЗОЖ. В 2013 г. издано 10 784 наименования информационно-образовательных материалов, тиражом 821 019 экз. Для издания и тиражирования материалов по тематике ФЗОЖ привлекаются средства предприятий и организаций административных территорий. В 2013 г. — около 26,7 млн рублей.

Продолжена работа по реализации профилактических проектов. В 2013 г. на территории области действуют 23 (в 2012 г. — 11) территориальных проекта с участием специалистов отрасли для различных целевых групп населения.

Осуществляется целенаправленная пропаганда здорового образа жизни путем организации и проведения широкомасштабных мероприятий (акции здоровья, Единые дни здоровья и др.): в 2013 г. проведено 2 152 (в 2012 г. — 1 621) широкомасштабных профилактических мероприятий, ими охвачено 88,2 % (в 2012 г. — 86,5 %) населения области.

Продолжена работа по обучению населения в школах здоровья, созданных на базе организаций здравоохранения. Всего в области функционирует 1 132 школы (таблица 1). Из них 37,5 % составляют школы для населения 1 и 2 групп здоровья. В 2013 г. обучено 56,4 % населения области.

Таблица 1 — Школы здоровья

Годы	Количество школ здоровья	% охвата
2011	1050	46,7
2012	1085	53,8
2013	1132	56,4

По инициативе государственного санитарного надзора Гомельской области созданы школы здоровья при МСЧ, здравпунктах организаций и предприятий, на базе санаторно-курортных и оздоровительных учреждений всех форм собственности, в учреждениях образования — 64 школы, обучено в 2013 г. 54 176 человек.

При организации межведомственного взаимодействия по вопросам ФЗОЖ целесообразно использование совокупности средств, методов и форм информационной работы, направленных на повышение уровня знаний, информированности населения по вопросам здорового образа жизни, профилактики основных социально значимых заболеваний в санаторно-курортных организациях всех форм собственности.

В санатории РУП «Гомельское отделение Белорусской железной дороги» в 2013 г. получили лечение по путевкам и курсовкам 3 864 человека (из них работники железной дороги — 65,7 %). Кроме жителей Гомельской области и других регионов Республики Беларусь реабилитационные услуги оказаны также гражданам России, Украины, Израиля, Азербайджана.

Структура пролеченных в 2013 г. по нозологическим формам: заболевания сердечно-сосудистой системы — 29,9 %; заболевания органов дыхания — 5,5 %; заболевания опорно-двигательного аппарата — 8,1 %; заболевания нервной системы — 41,4 %; заболевания органов пищеварения — 5,5 %; заболевания мочеполовой системы — 1 %; прочие — 8,6 %.

Помимо проводимых лечебных, оздоровительных, культурно-массовых и физкультурных мероприятий в целях улучшения информированности пациентов санатория по вопросам здорового образа жизни, профилактики основных социально значимых заболеваний в холлах оформлены информационные стенды (15). В библиотеке имеется подборка литературы по тематике ФЗОЖ. Функционирует многопрофильная школа здоровья, включающая профилактическую тематику занятий для здоровых людей и имеющих факторы риска. Введены ограничительные меры, защищающие пациентов от воздействия табачного дыма. Проводятся подготовительные мероприятия по объявлению территории санатория свободной от курения. К услугам пациентов электронная библиотека и библиотека мультимедийных презентаций по профилактике заболеваний и ФЗОЖ. Функционирует киноvideолекторий.

Как результат, положительная динамика отмечена у 99,5 % пациентов санатория.

В 2013 г. коэффициент медицинской эффективности, рассчитанный в соответствии с Инструкцией по применению «Критерии оценки медицинской эффективности деятельности санаторно-курортных организаций», утвержденной Министерством здравоохранения Республики Беларусь 31.10.2002 г. № 100-10/02 составил 0,83 (в 2012 г. — 0,78).

Заключение

В перспективе деятельность организаций здравоохранения и санаторно-курортных всех форм собственности в Гомельской области должна быть направлена на совершенствование комплексной системы информационно-пропагандистской, образовательной и оздоровительной работы с населением, направленной на повышение грамотности по вопросам сохранения и укрепления здоровья, формирование престижа здоровья и воспитание потребности в ведении здорового образа жизни, профилактику социально значимых заболеваний, координацию усилий всех специалистов медицинского профиля в данном направлении работы и обеспечение их тесного взаимодействия со средствами массовой информации и заинтересованными ведомствами.

УДК 613.86 – 057.875

ФОРМИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Солтан М. М., Борисова Т. С.

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Современные стандарты успешности личности диктуют необходимость демонстрации молодости и активности, что определяет нормы личностного отношения к здоровью. Формирование осознанного отношения к собственному здоровью и выбор приемлемых способов его поддержания осуществляется в условиях социокультурного влияния. Риск многих заболеваний тесно связан с препятствующим здоровью поведением — неправильным питанием, недостатком физической активности, курением, употреблением алкоголя и т. п. Даже если у человека присутствует намерение сделать свое поведение более ориентированным на здоровье,

оно зачастую остается нереализованным из-за дефицита действий, позволяющих перейти от намерений к конкретному поведению. Люди, понимая опасность привычных и устоявшихся способов поведения, не находят в себе достаточно сил и навыков, чтобы изменить их [1].

Для понимания поведения людей относительно своего здоровья и разработки возможных путей его коррекции необходимо исследовать установку на здоровый образ жизни, как готовность личности следовать нормам и требованиям здоровой жизнедеятельности. Основой здорового образа жизни является сознательная ориентация личности на определенный способ восприятия, отношения и реагирования в ситуациях, затрагивающих её физическое, психическое и духовное здоровье. Еще Ибн Сина (Авиценна) подчеркивал необходимость не только изучения и лечения болезней, но и научного постижения основ здоровья, тщательного исследования «режима (образа жизни) здоровых людей». Он выделил в медицинской науке раздел, посвященный вопросам сохранения здоровья или «наука сохранения здоровья», в котором рекомендовал проводить «изучение режима здоровых тел» [2].

В данном контексте особую актуальность приобретает формирование установки на ведение здорового образа жизни как профессионально значимого качества личности будущих врачей. Должный уровень собственного физического и психического здоровья для врача является частью его профессионального имиджа [3]. Особая необходимость в целенаправленном овладении основами валеологических знаний и выработке валеогенного мышления возникает у выпускников медико-профилактического факультета, так как именно им принадлежит ведущая роль в пропаганде здорового образа жизни и гигиеническом обучении населения.

Цель

Изучение динамики формирования установок на ведение здорового образа жизни в процессе профессиональной подготовки студентов БГМУ.

Материалы и методы исследования

Было проведено панельное социологическое исследование с использованием унифицированной анкеты для мониторинга поведенческих факторов риска. Проанкетированы студенты 3 курса медико-профилактического факультета в 2010/2011 учебном году, затем эти же студенты, спустя 3 года в 2013/2014 учебном году (142 человека). Обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакета статистических программ MS Excel.

Результаты и их обсуждение

В шкале жизненных ценностей студентов медико-профилактического факультета независимо от возраста лидирует здоровье (88 % на 3 курсе и 85 % на 6 курсе). К выпускному курсу в иерархии жизненных ценностей набирает удельный вес семья (64 % — 3 курс и 77 % — 6 курс), душевный комфорт (36 % — 3 курс и 43 % — 6 курс) и снижается роль интересной работы (76 % — 3 курс и 43 % — 6 курс). Практически не претерпевает трансформации такая ценность как любовь (68 % — 3 курс и 66 % — 6 курс). По мере приближения к окончанию учебы снижается ценность материально обеспеченной жизни (48 и 39 % соответственно).

Студенты медицинского вуза хорошо осведомлены о составляющих здорового образа жизни, на что указывает распределение, по их мнению, основных факторов, благоприятно влияющих на здоровье человека. Первостепенное значение респонденты отводят правильному питанию (92 % — 3 курс и 89 % — 6 курс), затем следуют отказ от вредных привычек (76 % — 3 курс и 78 % — 6 курс) и полноценный отдых (64 % — 3 курс и 70 % — 6 курс). В динамике обучения растет понимание роли в сохранении здоровья должной физической активности, взаимопонимания в семье и на работе (40 % — 3 курс и 56 % — 6 курс). Место хороших условий труда и учебы в иерархии здравотворческих ценностей практически не меняется (48 % — 3 курс и 53 % — 6 курс). К окончанию вуза опрошенные меньше придают значения благоприятным экологическим условиям в формировании здоровья (72 % — 3 курс и 49 % — 6 курс). Качество медицинского обслуживания оказалось на одном из последних мест по степени своего вклада в здоровье человека.

По мере получения медицинского образования растет понимание роли питания в сохранении здоровья. К группе ведущих факторов, ухудшающих индивидуальное состояние здоровья, респонденты относят качество питания (52 % — 3 курс и 54 % — 6 курс) наряду

с условиями учебы (64 % — 3 курс и 52 % — 6 курс) и экологическими условиями (56 % — 3 курс и 51 % — 6 курс). Соответственно должное внимание уделяется вопросам организации питания. Анализ анкет показал, что при организации собственного здорового и безопасного питания студенты чаще всего руководствуются следующими правилами: контроль за маркировкой и сроком годности употребляемых продуктов питания (88 % — 3 курс и 81 % — 6 курс); употребление натуральных (без пищевых добавок и консервантов) продуктов питания (64 и 58 % соответственно); соблюдение умеренности в потреблении пищи, следование которой повышается с возрастом (16 % — 3 курс и 58 % — 6 курс); использование йодированной соли (64 и 53 % соответственно), прием пищи не менее 3 раз в день (16 % — 3 курс и 51 % — 6 курс), стремление к разнообразию рациона (32 % — 3 курс и 50 % — 6 курс). К выпускному курсу снижается количество студентов, которые «питаются, как придется»: с 20 % на третьем курсе до 14 % на шестом.

При оценке структуры и частоты потребления определенных групп продуктов питания выявлено, что большинство опрошенных включают в свои рационы питания морепродукты очень редко, овощи — ежедневно, а фрукты — 3–4 раза в неделю. Из жиров для приготовления пищи практически все респонденты используют растительное масло. Для коррекции питания большинство опрошенных используют витаминно-минеральные комплексы, из них несколько раз в год — около трети студентов.

В качестве основных способов сохранения и укрепления своего здоровья студенческая молодежь указывает на соблюдение правил личной гигиены (100 % — 3 курс и 90 % — 6 курс), контроль веса (60 % — 3 курс и 63 % — 6 курс) и психического состояния (44 % — курс и 39 % — 6 курс). В процессе получения медицинского образования среди студентов возрастает понимание значения занятий активными видами спорта (12 % — 3 курс и 16 % — 6 курс) и ежедневной зарядки (4 % — 3 курс и 22 % — 6 курс) как средства сохранения здоровья.

Наряду с ростом валеограмотности студентов в их психологии здоровья сохраняется статус вредных привычек. К 6 курсу уменьшается количество лиц, высказывающихся за ограничение курения (48 % — 3 курс и 37 % — 6 курс) и потребления алкоголя (56 % — 3 курс и 47 % — 6 курс). Курение распространено среди трети респондентов вне зависимости от курса (31 % — 3 курс и 32 % — 6 курс). Увеличивается число потребителей несколько раз в месяц алкогольсодержащих напитков: пива и легких вин — с 60 до 66 %, крепких спиртных напитков — с 12 до 20 %. Растет количество лиц, которые пробовали когда-либо наркотические или токсические вещества: с 8 % на третьем курсе до 13 % на шестом.

Важную роль в воспитании молодежи играет привитие культуры сексуального поведения. К моменту окончания медицинского университета растет количество лиц, состоящих в браке: юридическом — с 8 до 26 % — и гражданском — с 4 до 6 %. Более половины опрошенных имеют постоянного сексуального партнера (60 % — на 3 курсе и 62 % — на 6 курсе). К выпускному курсу опыт случайных сексуальных связей был у 30 % опрошенных (у 4 % на 3 курсе). Как способ предохранения от инфекций, передающихся половым путем, и СПИДа большинство студентов отметили наличие постоянного полового партнера и использование барьерных средств контрацепции.

Индикатором реализации студентами валеологических знаний на практике является состояние их собственного здоровья. Однако наличие фактов саморазрушающего поведения ведет к отклонениям в состоянии здоровья, что подтвердилось данными анкетирования. В процессе учебы увеличивается число студентов, имеющих хронические заболевания (с 24 на 3 курсе до 50 % на 6 курсе). У 14,1 % выпускников хроническая патология имеет сочетанный характер. В структуре патологии лидируют нарушения зрения (50 %), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (20,3 %) и нарушения со стороны дыхательной системы (17,2 %), в причинных факторах возникновения которых, ведущую роль играет поведенческий фактор.

Таким образом, рейтинг здоровья в иерархии жизненных ценностей и приоритетов будущих врачей занимает лидирующие позиции. Вместе с тем, несмотря на достаточно высокую валеограмотность студентов-медиков, у половины из них отсутствует устойчивая мотивация к индивидуальному здравотворчеству и, как следствие, имеется ряд пове-

денческих факторов риска, оказывающих неблагоприятное влияние на состояние их здоровья. Основными направлениями работы в области психологии здоровья студентов-медиков должны стать отказ от саморазрушающего поведения (курения, употребления наркотиков, злоупотребления алкоголем); повышение физической активности; снижение рискованного сексуального поведения; повышение возможностей саморегуляции; укрепление здоровья в организованных коллективах. Это потребует дальнейшего совершенствования валеологической, воспитательной и образовательно-развивающей составляющих здоровьесберегающего образования. Подготовка студентов по вопросам формирования здорового образа жизни в медицинском вузе должна быть непрерывной, последовательной и достаточной не только для должного информирования студентов, но и формирования устойчивой мотивации, отработки умений и навыков здоровой жизнедеятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Касаткин, В. Н. Актуальные проблемы психологии здоровья / В. Н. Касаткин, А. А. Бочавер // Психологическая наука и образование psyedu.ru. — 2010. — № 5. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2010/n5/Kasatkin_Bochaver.shtml. — Дата доступа: 17.03.2014.
2. Авиценна (Абу Али ибн Сина). Канон врачебной науки / (Абу Али ибн Сина) Авиценна. — Ташкент, 1954. — Кн. 1. — С. 293.
3. Петрова, Е. А. Медицинская имиджелогия — инновационная наука XXI / Е. А. Петрова // Экология, имидж, здоровье: сб. матер. 1-й Междунар. науч.-практ. конф. (31 января — 1 февраля 2013 г., г. Минск) / под ред. Е. А. Петровой, И. Н. Барадиной. — Минск: БелМАПО, 2013. — С. 8–12.

УДК 614.2:[33:1]

«КАПИТАЛ ЗДОРОВЬЯ» В СТРУКТУРЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО КАПИТАЛА: ЭКОНОМИКО-ФИЛОСОФСКАЯ ТРАКТОВКА ПРОБЛЕМЫ

Сорвилов Б. В., Шаршаков Ю. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»
г. Гомель, Республика Беларусь

Понятие «капитал здоровья» обсуждается в научной литературе сравнительно мало прежде всего не потому (как утверждается), что такой капитал трактуется как разновидность или элемент человеческого капитала [1], а потому, что «капиталу здоровья» или «фонду здоровья», по определению, нет места в структуре человеческого капитала как самостоятельного элемента (здоровье, как благо природного происхождения «размещается» в структуре физического капитала).

Так называемая теория «капитала здоровья» оказалась мало востребованной прежде всего потому, что она, по мнению ряда исследователей этого феномена, раскрывает связи между инвестициями в здоровье и увеличением количества дней, в течение которых инвестор не будет болеть, но которые, то есть связи, весьма не очевидны и трудно выявляются. (Быть может, по причине их отсутствия?). Какова логика такого умозаключения? Попробуем разобраться.

С точки зрения апологетов такого подхода, человек рождается больным без накопленного поколениями людей природного здоровья и нуждается поэтому в инвестициях, направленных на накопление его «капитала здоровья». А скорость этого накопления определяется рядом факторов, детерминирующих накопление «капитала здоровья». И поскольку «люди готовы ждать поступлений от вложений» в здоровье в течение очень длительного времени, многие смолоду готовят себя к «здоровой старости» [1]; а «люди с большей ориентацией на будущее больше инвестируют в здоровье» (не понятна только линейка этой ориентации: это сколько — 70, 90, 100 и более лет?!).

В действительности же не деньги (и иные ресурсы) инвестируются в здоровье, а наоборот, здоровье как таковое в течение определенного периода (или жизненного цикла, определяемого эффективностью мер по его защите, сохранению, сбережению) инвестируется в деньги и иные полезные материальные и нематериальные ценности. Здоровье дано человеку не для того,

чтобы его накапливать; оно не капитализируется. Оно дано человеку для реализации его совокупного потенциала, развития и совершенствования. Потому здоровье — это жизненная сила, средство достижения целей, которые ставит перед собой человек. Здоровье может только расстрачиваться с различной степенью интенсивности и продолжительности, зависящими (определяемыми) от «собственного времени», как некогда говорил А. Эйнштейн, генно-заданного, с одной стороны, и детерминированного уровнем эффективности текущих затрат государства и населения, направленных на защиту здоровья, его сохранение и сбережение, с другой стороны.

Здоровье, как благо, используется производительно, но не создается производительным трудом, направленным главным образом на развитие заданных природой и обретенных в обществе способностей, а всего только им (а также непроизводительным трудом) защищается, сберегается и сохраняется. Здоровье созидать невозможно. По Н. А. Бердяеву, созидать можно «свою личность в процессе познания самого себя» [2].

Здоровье — это универсальная субстанция человека, неисчерпаемая основа всех вещей, прежде всего человеческих способностей познания и бесконечного совершенствования мира и человеческой популяции. Эта субстанция имеет два основных атрибута: она постоянно воспроизводится природой (то есть бесконечна в пространстве и времени) с повышательным трендом своих количественных и качественных параметров, поддерживаемых (трендом) здоровым рассудком социума, и является условием, жизненной силой, без которых невозможно, как отмечал К. Маркс, созидание материальных благ и «производство человека».

Перефразируя Маркса, скажем: до тех пор, пока главной целью являются средства существования, созидание перманентно совершенствующего человека и наслаждение, господствует такая базисная потребительная стоимость человека, как здоровье [3].

Функции полезности здоровья, как блага, не сводятся только к увеличению продолжительности жизни (хотя это и очень важно), или к увеличению «количества дней, в течение которых инвестор не будет болеть», но, главным образом, к достижению возможности реализовать совокупный потенциал человека. Здоровье зависит от своих предшествующих значений и испытывает на себе влияние политических, экономических, демографических, социальных, правовых и иных факторов; по определению Всемирной организации здравоохранения, это состояние наибольшего физического, умственного, социального и душевного благополучия.

Человек жив до тех пор, пока бьется его сердце, а как личность он живет, творит и развивается, пока здоров его мозг — «верховный главнокомандующий» человеческого организма.

Здоровье — это фонд человеческой энергии, который никогда не перестает существовать и действовать. Это специфическое потребительское благо становится все более и более полезным, ценным по мере его истощения (разрушения), подрыва. Таким образом, здоровье — это единственный природный ресурс плоти человеческой, который не накапливается, не увеличивается, но постепенно сокращается. Природа чрезмерно щедра на рождение организмов, отмечал в свое время шведский ботаник Элиас Магнус Фрис, — но необычайно скупа относительно сохранения их.

Индикатор здоровья человека — это его продолжительность жизни (в том числе, и прежде всего, здоровой). Рожденный человек — это, по сути, продукт «труда» оптимальных значений функционирования его различных органов. Задача родителей в этом случае сводится не к накоплению здоровья детей, а к его сохранению посредством постоянного мониторинга заложенных природой оптимальных значений сбалансированного процесса взаимодействия составляющих человеческого организма и своевременного его (процесса) коррекции в случаях «сбоя» по причинам экзогенного и эндогенного происхождения. Эти функции по сбережению, сохранению здоровья передаются от родителей повзрослевшему ребенку, который в процессе социализации получает все необходимые (доступные) знания о способах, средствах сохранения здоровья, максимального сокращения разрыва между биологической и социальной продолжительностью жизни.

Однако состояние, в котором пребывает человек, зависит не только от прошлых, но и от будущих событий и прежде всего от эффективности «хозяйствования» самого человека, то есть максимально рационального потребления множества ресурсов — материальных и нематериальных (знаний, опыта), направленного на сбережение здоровья, как средства и условия реализации его совокупного потенциала.

Затраты на поддержание, сбережение здоровья, лежащие на стороне индивида и общества, не накапливаются (не улучшают здоровье), не увеличивают «суммарное количество времени, которое человек сможет потратить, зарабатывая деньги и производя товары» [1], а всего только препятствуют его физическому и моральному износу, душевному и социальному дискомфорту, элиминируют вредные воздействия среды обитания в широком смысле этого слова, тем самым способствуют сближению социального и биологического здоровья на каждый данный момент времени. Эти затраты составляют только часть текущих расходов, обеспечивающих потребности человека.

Социальное здоровье человека (или социальная продолжительность жизни) — это синусоида относительно биологического здоровья, причем высота ее верхней волны минимальна относительно нижней. Иначе, социальное здоровье — это функция многих переменных аргументов, лежащих как на стороне самого человека, так и на стороне социальной среды.

Изложенное выше позволяет сформулировать следующую гипотезу: до тех пор, пока человек не достигнет своей естественной, генетически обусловленной продолжительности жизни, все затраты, связанные с достижением обозначенной цели (затраты по сбережению, сохранению здоровья на этой длинной (или короткой) дистанции), инвестициями по определению не являются. Это текущие затраты, связанные с обеспечением нормальной человеческой жизни (питание, жилье, чистая вода, экология и т. д.), включая и те, которые направлены на нейтрализацию эпидемий и иных «возмущений», испытываемых человеческим организмом. После достижения предельной биологической жизни человечество не остановится в своем стремлении увеличить социальную продолжительность жизни.

Поэтому во времени настоящем следует позаботиться о сбережении, сохранении (а не о накоплении) здоровья, как альтернативы его расточительству. Значительные затраты государства на здравоохранение, на охрану труда и окружающей среды, социальную помощь и т. д., а также вклад собственного труда в сбережение здоровья являются в определенной мере инвестициями не в «капитал здоровья», а в его сохранение. Что касается системы социальной помощи, то она «всегда и везде базировалась на принципе необходимости заботы о тех, кто не в состоянии позаботиться о себе сам» [4]. Какую часть этих затрат следует считать инвестициями в сохранение здоровья, а какую — относить к потребительским расходам, обеспечивающим потребности человека как биосоциального существа, зависит от соображений и предпочтений каждого исследователя. Некоторые из них, например, часть исследователей, например, относит к инвестициям в сбережение здоровья до половины национальных расходов на здравоохранение и программы охраны труда. Однако пока не появится механизм оценки вклада тех или иных затрат на поддержание и сохранение здоровья, суммирование совокупных затрат будет вероятностным и субъективным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Розмаинский, И. Почему капитал здоровья накапливается в развитых странах и «проедается» в постсоветской России / И. Розмаинский // Вопросы экономики. — 2011. — № 10. — С. 113–131.
2. Бердяев, Н. А. О рабстве и свободе человека / Н. А. Бердяев. [Электронный ресурс]. — URL: http://modernlib.ru/books/nikolay_aleksandrovich_berdyayev/o_rabstve_i_svobode_cheloveka/read/. — Дата обращения: 13.11.2013.
3. Маркс, К. Энгельс Ф. / К. Маркс. Соч. — 2-е изд. — Т. 46. — Ч. II.
4. Космин, А. Д. Эволюция развития государственной социальной политики / А. Д. Космин // Вестник экономической интеграции. — 2010. — № 1. — С. 25–31.

УДК 159.923:616-006

ВРЕМЯ И ЛИЧНОСТЬ В КРИТИЧЕСКОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сотников В. А.

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Курский государственный медицинский университет»
г. Курск, Российская Федерация

Изучение вопроса психологического реагирования на соматическое заболевание занимает значительную часть клинико-психологических исследований. Ученые подходят к

этому вопросу с позиции выявления специфики в функционировании отдельных психических процессов в условиях болезни, механизмов психологической защиты и копинг-стратегий, отношения к болезни. Особую актуальность это приобретает в условиях жизнеугрожающего заболевания, сопровождающегося выраженным витальным риском и значительным изменением привычной жизнедеятельности человека.

В последние десятилетия наблюдается смещение акцента в рассмотрении онкологического заболевания с исключительно медицинского на социальный и психологический [1, 2, 3]. С одной стороны, этому способствует резкое увеличение числа заболевших — по данным официальной статистики в 2012 г. в России было выявлено 525 931 новых случаев злокачественного новообразования, что на 16,0 % больше, чем в 2002 г. (453 256) [4]. С другой стороны — целый комплекс социально-психологических и клинико-психологических феноменов, характеризующих заболевание.

Личность, столкнувшаяся с раком в ходе своей жизни, встречается лицом к лицу с целым комплексом социальных мифов — онкология является тем заболеванием, которое «несет в себе бремя представления о заразе» [2], является «императором всех недугов, владыкой ужаса» [5] и воспринимается как исключительно смертельное заболевание, лечение от которого невозможно. Общая идея фатальности, имеющая место в представлении об онкопатологии, ставит под угрозу как личное переживание непрерывности и самоидентичности, так и не позволяет ощущать себя непрерывным в отражении других.

С целью изучения влияния ситуации онкологического заболевания на временную организацию личности нами было проведено эмпирическое исследование. В качестве центральной гипотезы выступило предположение о том, что ситуация онкологического заболевания провоцируя кризис идентичности отражается в трансформации ее временной организации. Для проверки гипотезы нами было сформировано три выборки: экспериментальная группа № 1, которую составили пациенты радиологического отделения областного онкологического диспансера г. Курска (N = 70); экспериментальная группа № 2, которую составили пациенты гинекологического отделения городской клинической больницы № 4 г. Курска (N = 50); контрольная группа, в которую вошли женщины, не находящиеся в каких-либо трудных жизненных ситуациях и не предъявляющие жалоб на состояние здоровья (N = 116).

В качестве измерительного инструментария в нашем исследовании выступили: методика «Кто Я?» М. Куна и Т. Макпартленда, опросник Ф. Зимбардо по временной перспективе (ZTP1) в адаптации А. Сырцовой, тест «Смыслжизненные ориентации» (СЖО) Д. А. Леонтьева, метод исследования жизненного пути «Линия жизни». Для диагностики актуального эмоционального состояния использовался восьмицветовой тест Люшера в адаптации Л. Н. Собчик.

В процессе статистической обработки данных исследования, были получены следующие результаты.

В группе онкологических больных оценка настоящего имеет более негативную окраску, чем в группе здоровых испытуемых (при $p = 0,00$) и группе гинекологических больных (при $p = 0,00$). Больные онкологической патологией рассматривают свой настоящий этап жизни как гораздо более негативный, переживая его как отрицательное событие жизни, в то время как испытуемые, не страдающие онкологическим заболеванием, оценивают свое настоящее как положительное, менее негативное. Также отрицательное отношение к настоящему моменту и снижение уровня нервно-психического благополучия отражается в наличии значимых различий в отклонении от аутогенной нормы. В группе онкологических больных отклонение от аутогенной нормы статистически выше, чем в группе здоровых испытуемых (при $p = 0,035$) и выше на уровне статистической тенденции, чем в группе гинекологических больных (при $p = 0,087$).

Такие изменения связаны с тем, что ситуация онкологического заболевания сопровождается для человека целым комплексом выраженных негативных воздействий — необходимостью мириться с фактом длительного пребывания в стационаре, сопровождающегося болезненным и агрессивным лечением, нарушением социальных функций, исключением из активной трудовой, общественной и семейной жизни. Вновь становятся акту-

альными вопросы кризиса идентичности «Кто я?», «Зачем я?», «Куда я могу двигаться?». Идентичность претерпевает изменения как в параметрах временной самоидентичности, так и ее смысловой атрибуции.

В группах контрольной ($p = 0,0019$) и экспериментальной № 2 ($p = 0,0007$) отмечаются более высокие показатели по признаку событийной насыщенности будущего, по сравнению с группой больных онкологической патологией, и показателю «будущее» (методики ZTP1) при уровне значимости $p = 0,022$ и $p = 0,042$ соответственно. Онкологические больные имеют более низкую событийную насыщенность и протяженность будущего. Вся дальнейшая жизнь представляется существованием в пространстве неизлечимой болезни. Формируется отрицательная установка на будущее, которое воспринимается как негативное, лишённое смысла, блокирующее удовлетворение потребностей женщины. Это связано с высокой степенью неопределенности перспектив будущего в сознании больного — будущее, на которое невозможно повлиять активными индивидуальными действиями. Так как единственным фактором, от которого зависит качественная наполненность и продолжительность будущего, является течение заболевания, не подвластно контролю самого больного. Обращает внимание, что не только будущее, но все временные сферы приобретают диспропорциональный характер.

В группе онкологических больных прошлое приобретает выраженный негативный характер по сравнению с группой здоровых испытуемых (при $p = 0,001$) и группой гинекологических больных (при $p = 0,021$).

Туманность и неопределенность будущего, негативное означивание прошлого сопровождается фаталистическим отношением к настоящему, что по результатам методики ZTP1 характерно для ситуации болезни в целом. Значимые различия в восприятии настоящего мы получаем только с группой здоровых испытуемых (при $p = 0,03$). В группе онкологических больных настоящее рассматривается как фаталистическое в связи со стереотипным и мифическим восприятием заболеваний этой группы как неизлечимой и смертельной, несмотря на существующие объективные успехи медицины. Однако, сопоставление этих данных с наличием значимых различий по показателю локус-контроля жизни методики СЖО, позволяет нам говорить о наличии качественной специфики в определении фатальности настоящего в группах больных испытуемых. Так в группе онкологических больных статистически значимо преобладает снижение выраженности управляемости жизнью в сравнении с группой гинекологических больных (при $p = 0,09$) и группой здоровых испытуемых (при $p = 0,0075$).

Значимые различия по этому показателю позволяют нам говорить не просто о декларативном характере принятия фатальности жизни, иллюзорности свободы выбора и бессмысленности планирования будущего, обусловленном скорее внешними параметрами ситуации заболевания, а о принятии этого факта на уровне смыслового включения в картину своего мира.

Анализируя данные исследования полученные методикой «Кто Я?», мы можем отметить наличие значительно большей частоты встречаемости у онкологических больных самоописаний связанных с увлечениями и интересами настоящего момента.

Высокая частота встречаемости по этому показателю (по критерию ϕ^* — угловое преобразование Фишера $p = 0$) является индикатором центрации онкологически больных на настоящем моменте и желании компенсировать его негативную окраску, посредством обращения к ресурсным составляющим их жизненного опыта. Больные описывают любимые вещи (цветы, картины, дом), интересную для них работу, все, что представляется им положительным и привлекательным на данный момент.

Таким образом, по результатам нашего исследования мы можем сделать вывод о том, что кризис идентичности в ситуации онкологического заболевания сопровождается целым комплексом изменений во временной организации личности. Временные локусы прошлого, настоящего и будущего в сложившихся условиях теряют свое единство и последовательность, деформируясь, приобретают изолированный характер — прошлое и настоящее оцениваются негативно, снижается ориентация и насыщенность будущего, снижается возможность построения событийной перспективы. Теряется способность соотношения своего прошлого опыта с будущими целями, так как высокий уровень неопределенности не позволяет сколько-нибудь точно прогнозировать развитие жизненных событий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко, Т. Д. Телесность и субъективная картина жизненного пути личности: дис. ... д-ра псих. наук / Т. Д. Василенко. — Курск, 2011. — 414 с.
2. Гнездилов, А. В. Психология и психотерапия потерь / А. В. Гнездилов. — СПб.: Речь, 2007. — 168 с.
3. Тхостов, А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. — М.: Смысл, 2002. — 287 с.
4. Злокачественные новообразования в России в 2012 г. (заболеваемость и смертность) / под ред. А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. — М.: ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздрава России, 2014. — 250 с.
5. Мукерджи, С. Царь всех болезней. Биография рака / С. Мукерджи; пер. с англ. М. Виноградовой. — М.: АСТ, 2013. — 701 с.

УДК 614.8.026.1(476.7)

**МОНИТОРИНГ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МОДИФИЦИРУЕМЫХ
ФАКТОРОВ РИСКА В БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ**

Стасевич Г. С., Машенская В. С.

Государственное учреждение

«Брестский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»

г. Брест, Республика Беларусь

Современные представления о стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний основаны на стратификации факторов риска.

Как показывают исследования, изменение стереотипа поведения человека в сторону выбора им здорового образа жизни путем коррекции наиболее распространенных факторов риска позволяет существенно улучшить здоровье и снизить вероятность развития заболеваний.

С целью изучения проблемы распространенности факторов риска среди населения области, повышения мотивации населения к изменению ими образа жизни и улучшению состояния здоровья с 2007 г. на основании приказа управления здравоохранения Брестского облисполкома № 53 от 04.04.2006 г. «О внедрении паспорта здоровья» осуществляется специалистами отдела общественного здоровья ГУ «Брестский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» экспресс-диагностика показателей холестерина методом сухой биохимии с помощью экспресс-анализатора «Reflotron Plus» (исследуется капиллярная кровь в объеме 32 мкл) и выявление факторов риска с выдачей «Паспорта здоровья».

Полученные данные оцениваются в системе СИ в соответствии с европейскими рекомендациями 3-го пересмотра 2003 г.

Артериальное давление измеряется дважды автоматическим тонометром в положении сидя, также рассчитывается индекс массы тела (ИМТ) и проводится опрос на наличие других факторов риска (курения, неблагоприятной наследственности, низкой двигательной активности), определяется уровень стресса с помощью специального опросника.

Уровень двигательной активности оценивается по количеству пеших прогулок в неделю по 30–40 минут без остановок в быстром темпе и посещению обследуемыми лицами спортивных групп и секций, спортивных залов, бассейнов и др. Уровень физической активности считается достаточным, если обследуемый совершает не менее 4–7 пеших прогулок в неделю (или других приравненных к ним по интенсивности видов физической активности).

Анализ полученных результатов за период 2006–2013 гг. свидетельствует о широком распространении модифицируемых факторов риска, значительно повышающих риск развития сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

Среди обследованных 5322 человек только 40,9 % имели нормальную массу тела, из них 23,4 % — идеальную (ИМТ меньше 24). Лица с повышенной массой тела (ИМТ от 26,1 до 29) составили 29,7 %, еще 29,5 % от числа обследованных составили лица с ИМТ больше 29, то есть с ожирением. В общей сложности 3146 (59,1 %) человек с ИМТ свыше 26 составляют группу риска и нуждаются в наблюдении. Таким образом, повышенная масса тела является распространенным фактором риска среди обследованных лиц.

Таблица 1 — Характеристика ИМТ

ИМТ	≤ 24		24,1–26,0		26,1–29		29,0 и >		
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	
обследовано чел.	5322	1247	23,4	929	17,5	1579	29,7	1567	29,5
Итого	2176/40,9 %				3146/59,1 %				

Анализ распространенности повышенного артериального давления указывает на неблагоприятный характер: уровень артериального давления, как видно из таблицы, оказался выше популяционной нормы у 40,6 % обследованных лиц. Курящие лица составили 12,6 %. Низкий уровень физической активности выявлен в общей сложности у 44,5 % населения.

Таблица 2 — Характеристика распространённости повышенного АД, курения и низкой физической активности

Факторы риска	АД ≥ 140/90		Курение		Низкая физическая активность		
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	
обследовано чел.	5322	2159	40,6	670	12,6	2368	44,5

Увеличение уровня общего холестерина является основным модифицируемым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. Нормальный уровень ОХ (меньше 5,0 ммоль/л) имели 3009 (56,5 %) человек, 2313 (43,5 %) — повышенный, причем у 562 (10,6 %) человек он был повышен значительно (уровень холестерина выше 6 ммоль/л).

Таблица 3 — Анализ уровня общего холестерина

ОХ	≤ 5,0		5,1–5,9		6,0–6,9		7,0 и >		
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	
обследовано чел.	5322	3009	56,5	1751	32,9	390	7,3	172	3,2
Итого					2313/43,5 %				

По результатам анализа особое внимание обращает уровень ЛПВП, которые рассматриваются как защитный фактор, препятствующий развитию атеросклероза и ИБС. Только у 5,0 % от числа обследованных лиц этот показатель соответствовал нормальным значениям, у остальных (у 95,0 %) уровень ЛПВП был снижен, причем у 32,0 % (практически у каждого третьего) этот показатель оказался снижен в 2 и более раз (ниже 0,5 ммоль/л).

Таблица 4 — Характеристика уровня липопротеидов высокой плотности

ЛПВП	1,0 и ≥		0,99–0,7		0,69–0,5		< 0,5		
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	
обследовано чел.	2730	135	5,0	844	30,9	877	32,1	874	32,0
Итого с низким уровнем ЛПВП					2595/95,0 %				

Учитывая важность и информативность холестерина коэффициента или индекса атерогенности (КА или ИА) для прогноза степени риска возникновения и прогрессирования заболеваний сердечно-сосудистой системы, он также анализировался (рассчитывался по формуле: $КА = (ОХ - ЛПВП) / ЛПВП$). В наших исследованиях КА оказался повышен у 91,2 % обследованных лиц, причем у 48,1 % обследованных он был повышен в 2 и более раз (8,1–11,0 и выше). Эти лица нуждаются в динамическом наблюдении и коррекции показателей холестерина обмена.

Таблица 5 — Характеристика уровня коэффициента атерогенности

КА	≤ 4,0		4,1–8,0		8,1–10,9		11,0 и >		
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	
обследовано чел.	2730	241	8,8	1176	43,1	740	27,1	573	21,0
Всего с повышенным уровнем КА					2489/91,2 %				

Повышение уровня ТГ выше нормальных показателей сопровождается образованием дополнительного количества ЛПНП и может ассоциироваться с увеличением риска ИБС. Анализ исследований этого показателя показывает, что у четвертой части обследованных (у 26,2 % из них) этот показатель оказался повышен, причем 11,9 % он был высоким и очень высоким (выше 2,4 ммоль/л — 5,5 ммоль/л и выше).

Таблица 6 — Характеристика уровня триглицеридов

ТГ	≤ 1,7		1,71–2,39		2,4 и >	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
обследовано чел.						
2271	1675	73,8	325	14,3	271	11,9
Итого с повышенным уровнем ТГ			596/26,2 %			

Липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) непосредственно участвуют в процессе формирования атеросклеротической бляшки, повышение их уровня в крови также ассоциируется с увеличением риска ИБС, который значительно усиливается на фоне снижения уровня защитного ЛПВП. В наших исследованиях идеальное (до 2,6 ммоль/л) и желаемое (до 3,0 ммоль/л) количество ЛПНП (рассчитывался по формуле: $XС\ ЛПНП = ОХС - \{XС\ ЛПВП + (ТГ/2,2)\}$ в ммоль/л) было выявлено у 31,3 % обследуемых лиц. У остальных этот показатель был повышен, причем у 34,4 % он был высоким и очень высоким (больше 4,1 ммоль/л).

Таблица 7 — Характеристика уровня липопротеидов низкой плотности

ЛПНП	≤ 3,0		3,1–4,0		4,1 и >	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
обследовано чел.						
2209	691	31,3	755	34,2	760	34,4
Итого с повышенным уровнем ЛПНП			1515/68,6 %			

Выводы:

1. Наблюдается широкое распространение факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний среди обследованного контингента: повышенная масса и ожирение выявлено у 59,1 %, уровень АД выше 140/90 — у 40,6 %; низкий уровень физической активности — у 44,5 % лиц.

2. Наряду с гиперхолестеринемией, имеет место широкое распространение дислипидемий, что значительно повышает риск развития болезней сердца и сосудов: повышены уровень ОХ у 43,5 % обследуемых, уровень ТГ — у 26,2 % и ЛПНП — у 68,6 % из них; снижен уровень ЛПВП у 95,0 % и почти пропорционально ему повышен КА у 91,2 % обследованных лиц. Эта ситуация требует более пристального внимания и энергичной врачебной тактики.

3. Для выявления дислипидемий необходимо исследовать весь липидный спектр, а не только ОХ.

4. Практика осуществления специалистами отдела общественного здоровья ГУ «Брестский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» экспресс-диагностики показателей холестерина обмена методом сухой биохимии с помощью экспресс-анализатора «Reflotron Plus», выявление факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (индекс массы тела, курение, уровень двигательной активности, уровень стресса) с выдачей «Паспорта здоровья» у жителей области повышает их уровень информированности и заинтересованности в вопросах сохранения и укрепления здоровья.

УДК 614.86

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТСКОГО ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА В БРЕСТСКОЙ ОБЛАСТИ В 2007–2012 ГГ.*Стаселович И. В., Живицкая Е. П.***Учреждение образования****«Международный государственный экологический университет им. А. Д. Сахарова»
г. Минск, Республика Беларусь*****Введение***

Травматизм является одной из важнейших медико-социальных проблем современности для большинства стран мира [1]. Ежегодно в Республике Беларусь травмы получают более 750 тыс. человек, из них около 150 тыс. (20 %) — это дети в возрасте до 18 лет. В структуре первичной заболеваемости детей (0–17 лет) травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин на протяжении многих лет устойчиво занимают 2 место, уступая только болезням органов дыхания, а в структуре общей заболеваемости — 3 место [2].

Среди всех видов травматизма у детей на транспортный приходится всего 1,2 %, однако этот вид является наиболее тяжелым. Так, каждый год в Европейском регионе дорожный травматизм уносит жизни более 16 тыс. детей, что составляет почти 6 % всей детской смертности в мире [3]. Эти факты указывают на необходимость изучения показателей детского дорожно-транспортного травматизма для разработки профилактических мер и обеспечения безопасности движения.

Цель

Провести анализ показателей травматизма детского населения Брестской области в результате дорожно-транспортных происшествий в 2007–2012 гг.

Результаты исследования

Анализ показателей первичной и общей заболеваемости детского населения Брестской области по причине травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин в 2007–2012 гг. показал, что и общая заболеваемость снизилась с 65,16 на 1000 детского населения в 2007 г. до 61,61 на 1000 детского населения в 2012 г. Показатели первичной заболеваемости снизились с 64,49 на 1000 детей в 2007 г. до 60,89 на 1000 детей в 2012 г. В целом общая и первичная заболеваемость снизились на 4 ‰.

Положительная тенденция отмечается в динамике смертности: за изученный период смертность от внешних причин снизилась почти в 1,5 раза.

По данным ведомственной статистической отчетности распределение детского травматизма по видам было таким: бытовые травмы составили — 56,9 %, уличные — 25,3 %, школьные — 6,4 %, спортивные — 5,4 %, транспортные — 0,7 % и прочие — 5,3 %.

За изученный период (2007–2012 гг.) в Республике Беларусь произошло 4381 ДТП. В Брестской области зафиксировано 619 ДТП с участием детей, из них 53 погибло, 619 получили ранения, 672 — пострадало. По количеству ДТП Брестская область является третьей, после Гродненской и Витебской областей. По количеству погибших область занимает второе место после Минской области.

Для характеристики дорожно-транспортного травматизма были рассчитаны риски или коэффициенты тяжести: риск общего травматизма (число погибших и раненых детей на 100 ДТП с участием детей), риск смертельного травматизма (число погибших детей на 100 ДТП с участием детей), риск несмертельного травматизма (число раненых детей на 100 ДТП с участием детей), а также коэффициент тяжести последствий (число погибших детей на 100 пострадавших в ДТП) [4].

Сравнительный анализ коэффициентов тяжести в возникновении травм у детей в Брестской области и Республике Беларусь за изучаемый период (таблица 1) показал, что в Брестской области на 100 ДТП приходится 100 раненых детей и 8,6 погибших, в то время как в среднем по РБ — 99,5 и 7,7 соответственно. Коэффициент тяжести последствий, т. е. число погибших на 100 пострадавших также выше в Брестской области, чем в целом в Республике Беларусь.

Таблица 1 — Коэффициенты тяжести травматизма (суммарные показатели за 2007–2012 гг.)

Риски при ДТП	Коэффициент общего травматизма	Коэффициент смертельного травматизма	Коэффициент несмертельного травматизма	Коэффициент тяжести последствий
Брестская область	108,6	8,6	100	7,9
Республика Беларусь	107,2	7,7	99,5	7,2

Таким образом можно отметить, что, несмотря на снижение уровня детского травматизма и смертности по причине травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин в 2007–2012 гг., в Брестской области отмечаются более высокие показатели дорожно-транспортного травматизма, чем в среднем по Республике Беларусь. Это указывает на необходимость подробного факторного анализа причин травмирования и гибели детей в результате ДТП в исследованном регионе для последующей разработки эффективных мер профилактики и снижения детского дорожно-транспортного травматизма.

Следует отметить, что по инициативе Министерства здравоохранения был разработан проект «Стратегия профилактики детского травматизма в Республике Беларусь в 2013–2015 годах». В соответствии с мероприятиями стратегии к 2015 г. запланировано обеспечить снижение на 10 % показателей травматизма, в том числе детской смертности от внешних причин (включая дорожно-транспортный травматизм, утопления, отравления, падения и др.) и детской инвалидности, наступившей в результате последствий травм и других внешних воздействий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Соколов, Л. П. Курс травматологии и ортопедии: учеб. пособие / Л. П. Соколов. — Минск, 2005. — 285 с.
2. Белецкий, А. В. Материал РНПЦ травматологии и ортопедии; утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь / А. В. Белецкий, Л. Н. Ломать. — Минск, 2011. — С. 1–7.
3. Соколов, Л. П. Предупреждение и лечение травм у детей: учеб. пособие / Л. П. Соколов. — Минск, 2007. — 96 с.
4. Инструкция по применению организации мониторинга и алгоритма анализа показателей детского травматизма; утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 20.12.2012. — Минск, 2012. — 16 с.

УДК 614.257

О ПОДГОТОВКЕ И РЕАЛИЗАЦИИ ПРИКАЗОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ЗАРАБОТНУЮ ПЛАТУ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Столяров С. А.

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Алтайский государственный медицинский университет»
г. Барнаул, Российская Федерация**

Заработная плата (оплата труда) работника — это вознаграждение за труд, в зависимости от его квалификации, сложности, количества, качества и условий выполняемой работы, а также компенсационные и стимулирующие выплаты [1] — она является денежной компенсацией, которую работник получает в обмен за свои усилия к прилагаемому труду. Выделяют ряд функций оплаты труда [2].

1. Мотивационную — побуждающую человека к труду.
2. Воспроизводственную, где заработная плата должна обеспечивать непрерывное движение и возобновление процесса производства жизни человека, его семьи, общества и страны; длительную трудоспособность.
3. Стимулирующую, побуждающую персонал к трудовой активности, максимальной отдаче своих сил, повышению эффективности труда.
4. Статусную, предполагающую соответствие заработной платы, положению человека в системе его социальных отношений и связей, где несоответствие в этих соотношениях оценивается как несправедливость.
5. Регулирующую, воздействующую на отношение между спросом и предложением рабочей силы, на формирование коллектива, обеспечение его занятости.

Однако при разработке принципов исчисления заработной платы в бюджетном здравоохранении России, вышеперечисленные функции учитываются явно недостаточно, что приводит к несоответствию оплаты труда, прожиточного уровня и трудовых затрат медицинского персонала.

Темой нашего исследования является соответствие функций оплаты труда и положений приказа Минздравсоцразвития РФ (МЗРФ) от 30.12.2005 № 816 «Об утверждении методических рекомендаций по оформлению в 2006 г. трудовых отношений между врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики и учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь». Данный приказ неоднозначен, имеет широкое толкование, в зависимости от точки зрения лиц, его реализующих, что может сводить к нулю функции оплаты труда, перечисленные выше.

Прокомментируем некоторые положения данного приказа:

1.п. 2. «Трудовые отношения между работниками и учреждениями здравоохранения (УЗ) муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь ... по выполнению дополнительного объема работы в связи с выполнением государственного задания на оказание дополнительной медицинской помощи, следует оформлять путем заключения дополнительных соглашений к трудовым договорам в письменной форме...»

Комментарий. В ряде УЗ такие дополнительные соглашения не заключаются, однако, требуется выполнение работы по участковой службе, что приводит к снижению мотивации персонала и снижению качества медицинской помощи. Предусмотренная доплата по данному приказу, в ряде случаев, вообще не выплачивается по причине «некачественного выполнения своей работы», и это часто осуществляется без каких-либо обоснований и приказов (распоряжений), просто персонал ставят в известность, что в этом месяце доплаты не будет [3].

2.п. 5. «... следует учитывать, что работник фактически приступит к выполнению дополнительных трудовых функций с даты, предусмотренной в дополнительном соглашении»; п. 8. «... вступлением в силу дополнительного соглашения следует считать факт допущения работника к выполнению дополнительного объема работы».

Комментарий. В ряде УЗ по ряду причин затягивается срок фактического оформления допуска к работе на участке, вследствие этого персонал выполняет дополнительную работу, но надбавку за нее не получает [5]. Иногда это объясняется тем, что работник не отработал целый месяц, но, если сотрудник отработал неполный месяц, то надбавка стимулирующего характера должна быть начислена за фактически отработанное время;

3.п.6. «Рекомендуется заключать только одно дополнительное соглашение об увеличении объема выполняемой работы в связи с выполнением государственного задания на оказание дополнительной медицинской помощи с работником, занимающим штатную должность в полном объеме (не менее одной ставки) и с соответствующей численностью обслуживаемого прикрепленного населения».

Комментарий. Никак не мотивируется работа участкового персонала УЗ на 1,5 ставки, а также совмещение других специалистов, ибо они не получают надбавку, т.к. не работают на участке на полную ставку ибо это не соответствует буквальному толкованию Приказа МЗРФ № 584 от 04.08.2006 «Об утверждении Порядка организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу», где п.п. 15-16 приказа говорят, о том, что «в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также в местностях с низкой плотностью населения, в целях обеспечения доступности медицинской помощи ... врачебные участки могут быть сформированы с меньшей численностью прикрепленного населения, с сохранением штатных должностей ... в полном объеме», но выражение «могут быть», часто означает «могут и не быть», следствием чего явится невыплата надбавки. Главный врач УЗ может постараться сэкономить фонд заработной платы, да вряд ли будет входить в конфронтацию со своим руководством, имеющим свое, особенное мнение. Это дает

еще одну лазейку главным врачам — укрупнение участков. Если вместо нормы в 1700 человек на сформировать участок в 1955 человек, то можно на 7 участках сэкономить 1 доплату. Кроме того выплата оговариваемой надбавки прекращается в связи с окончанием срока действия сертификата специалиста, даже если задержка своевременного направления персонала на учебу для продления сертификата происходит по вине администрации УЗ [4].

Порядок организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу предусматривает, что в целях обеспечения права граждан на выбор врача и лечебно-профилактического учреждения возможно прикрепление граждан, проживающих вне зоны обслуживания амбулаторно-поликлинического учреждения или стационарно-поликлинического учреждения, к врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения, не превышая численности населения на одну должность участкового врача более чем на 15 % от нормативной. Это опять-таки дает возможность «сэкономить» 1,5 доплаты на 10 участках.

В соответствии с письмом МЗРФ РФ № 3736-РХ от 19.07.2006 г. «органы исполнительной и законодательной власти соответствующего уровня вправе принимать решения об установлении денежных выплат иным категориям медицинских работников, в т.ч. обслуживающим малокомплектные участки». Однако во многих регионах РФ законодательно не предусмотрена возможность выплаты надбавки пропорционально количеству обслуживаемого населения, что дает возможность «законно» ее не применять.

В некоторых случаях приказы о приеме на работу оформляются не должным образом, например, в штатном расписании, должность детской участковой медсестры, в связи с уменьшением количества детей на участке, заменяется на должность медсестры педиатрического кабинета, которая выполняет всю работу участковой медсестры [3], но т.к. ее должность официально не называется «участковой», указанную надбавку она не имеет (хотя ведет всю ту же самую работу).

В некоторых УЗ, штатное расписание укомплектовано на 30–40 %. То есть, из 10 человек положенного персонала работает 3–4. Но, 10 тыс. руб. надбавки закладываются на все десять участков, получается, что 60–70 тыс. руб. экономится. Кроме этого, УЗ экономят на премиях и надбавках врачам. Из этих денег формируется так называемый «фонд экономии заработной платы», из которого премии получают руководящий состав УЗ [3, 4].

Вышеперечисленные «узкие места» приказов, касающихся заработной платы уменьшают реальный доход медицинского персонала, снижают его мотивацию к качественной работе и формируют «эмоциональное выгорание», что приводит к ряду форм протеста, от равнодушного отношения к пациентам до «итальянской забастовки», которая наблюдалась среди врачей Удмуртии и Вологды в 2013 г. [5].

Итальянская забастовка — форма протеста, заключающаяся в предельно строгом исполнении сотрудниками организации своих должностных обязанностей и правил, ни на шаг, не отступая от них и не выходя за их пределы, иначе — работа по правилам. Такой метод забастовочной борьбы очень эффективен, т. к. работать строго по инструкциям невозможно, потому, что в них нельзя учесть все нюансы работы — это приводит к существенному спаду производительности труда и убыткам для экономического субъекта. С итальянской забастовкой трудно бороться с помощью антизабастовочных законов, а привлечь к ответственности инициаторов практически невозможно, так как формально они действуют в строгом соответствии с трудовым законодательством и должностными обязанностями [5].

Смысл «итальянской забастовки» в медицине может заключаться в том, что персонал УЗ будет отказываться от дополнительных дежурств; работать только на одну ставку; скрупулезно соблюдать нормативы приема пациентов (например, 12 минут на 1 человека при амбулаторном приеме у терапевта и 30 минут при его вызовах на дом) и пр. Таким образом, персонал будет обрабатывать только предусмотренное инструкцией время, и принимать только установленное количество пациентов. В результате таких действий работников (особенно при нехватке персонала), деятельность УЗ окажется парализованной. Поэтому непрофессиональные действия чиновников от медицины, устанавливающих за-

работную плату, приводят к невозможности пациентов получить качественную медицинскую помощь в необходимом для них объеме.

Решением проблемы несоответствия оплаты труда и его функций в бюджетном здравоохранении, должно быть: соответствие прожиточного уровня и трудовых затрат медицинского персонала; четкое продумывание положений приказов, определяющих исчисление заработной платы; проведение экспертизы проектов приказов; четкий контроль соблюдения приказов и не допущение их неоднозначного толкования.

Без людей нет организации. Человек является важнейшим элементом производственного процесса хозяйствующего субъекта. Финансовые средства, капитал для осуществления новых инвестиций при создании нового предприятия можно получить на рынке. Найти же компетентных сотрудников намного сложнее, но наиболее способные работники требуют соответствующей оплаты. Поэтому никогда не будет эффективного персонала, прилагающего все свои силы и знания для сохранения здоровья нации, если не будет достойной оплаты труда у медицинских работников.

ЛИТЕРАТУРА

1. <http://slovari.yandex.ru>.
2. <http://www.hr-ok.ru/content/100prikazov>.
3. <http://www.forum-media.ru/med>.
4. <http://www.zonazakona.ru>.
5. <http://moskprf.ru/index.php/moskovskij-gorkom-kprf/85-stati/352-stikhijnaya-italyanskaya-zabastovka-vrachej-pervaya-volna>.

УДК 613.96-047.23:612.663

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ МОЛОДЕЖИ ПО ВОПРОСАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРОВ, ДРУЖЕСТВЕННЫХ ПОДРОСТКАМ

Сурмач М. Ю.

**Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь**

В 2001 г. в Женеве под эгидой ВОЗ представители более 20 стран выработали единые принципы и положения, регламентирующие деятельность служб, «дружественных к подросткам и молодежи» [1]. Сотрудничество ЮНИСЕФ и Республики Беларусь в области медико-социальной помощи, «дружественной к подросткам», начало активно развиваться с 2003 г., когда было подписано соглашение между Министерством здравоохранения, Министерством образования Республики Беларусь и ЮНФПА о реализации проекта «Расширение доступа молодежи к услугам и информации в области репродуктивного здоровья» в Республике Беларусь. На базе организаций здравоохранения при поддержке ЮНИСЕФ и ЮНФПА в период с 2003 по 2011 гг. организованы 26 центров; в 23 городах Минской области открыты кабинеты услуг, дружественных молодежи [1].

В 2011 г. подписан приказ Министра здравоохранения Республики Беларусь «О совершенствовании консультирования подростков и молодежи по вопросам сохранения и укрепления здоровья» (№ 343 от 04.04.2011 г.), утверждающий типовое Положение о центре, дружественном подросткам (центре здоровья подростков и молодежи), Положение о республиканском информационно-методическом ресурсном центре по координации деятельности центров, дружественных подросткам. Центр работает в тесном сотрудничестве с органами и учреждениями других ведомств — Министерствами образования, социальной защиты, культуры, органами внутренних дел, прокуратуры, общественными и частными организациями, а также СМИ. Основная цель создания центров состоит в повышении информированности и мотивации подростков к здоровому образу жизни, обеспечении условий для социализации и в конечном итоге в улучшении репродуктивного, психологи-

ческого и соматического здоровья молодежи. В типовые задачи центра включены профилактическая работа по активной пропаганде здорового образа жизни, правильного репродуктивного поведения, половому воспитанию и просвещению; оказание первичной, консультативной и специализированной медицинской помощи подросткам и молодежи; обеспечение преемственности в работе с другими организациями здравоохранения, своевременное направление на консультацию; оказание медико-психологической помощи; развитие волонтерской работы; внедрение новых технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации; научная деятельность; обеспечение социально-правового сопровождения подросткам и молодым людям. Приказ утверждает примерные нормы нагрузки сотрудников центра. Итоговая информация о работе центра анализируется по таким индикаторам, как число консультированных подростков и взрослых (старше 18 лет); количество повторных консультирований; количество проведенных занятий, бесед, лекций и число участников в них; количество проведенных анкетирований и число респондентов; количество проведенных обучающих семинаров и число слушателей; количество проведенных молодежных акций и число участников; количество проведенных занятий по подготовке волонтеров и число волонтеров.

Несмотря на функциональный принцип работы, центры выделяют как отдельное структурное подразделение организации здравоохранения. Консультирование, осуществляемое совместно с социально-психологическим сопровождением, позволяет в рамках центров реализовать медико-гигиеническое обучение подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья (половое воспитание). Важной особенностью является обслуживание возрастного контингента посетителей, превышающего 18-летний рубеж. Это позволяет наиболее эффективным образом обеспечить медико-гигиеническое обучение по вопросам планирования беременности.

Проблема полового воспитания остро актуальна и дискуссионна в мировом сообществе. По мнению экспертов ВОЗ, сексуальное образование и доступность для подростков средств контрацепции не приводят к ранней половой жизни, но, наоборот, способствуют отсрочке начала половой активности [2]. Согласно мнению И. С. Кона, школьный курс или способствует откладыванию начала сексуальной жизни, или делает ее более безопасной; при этом наиболее успешными являются программы, которые начинаются раньше, чем школьники вступают в половые отношения [3]. Так, в Швеции еще в 1942 г. были разработаны школьные образовательные программы, охватывающие детей с 7-летнего возраста и старше. Результаты исследований польских авторов показывают как недостаток знаний у молодежи, так и влияние типа образовательной специализации на здоровьесберегающее поведение [4].

Демографический кризис и резкое ухудшение репродуктивного здоровья молодежи в России обусловили попытки введения программ полового просвещения россиянами в конце 1990-х гг. Институтом социологии РАН проведен анализ 20 образовательных программ, имеющих отношение к половому просвещению в России [5]. При этом отмечен ряд недостатков: разнородность содержания и методического обеспечения, отсутствие какого-либо руководства на федеральном уровне, стихийный характер, зависимость эффективности обучения от личности и профессионализма учителя. Беларусь не имеет опыта введения подобных школьных программ полового просвещения. Роль педагогов заключается в формировании ценностного отношения подростков к репродуктивному здоровью [6]. Основными формами организации работы в школах по формированию здоровьесберегающего поведения в отношении репродуктивного здоровья в Беларуси являются отдельные уроки в рамках таких учебных предметов, как биология, литература, обществоведение, история, факультативные занятия и курсы по выбору, семинары для родителей. В ряд курсов обучения включены аспекты здорового образа жизни. С пятого по девятый класс учащиеся могут выбрать факультатив по здоровому образу жизни, включающий вопросы профилактики табакокурения, употребления алкоголя и наркотиков, ИППП/ ВИЧ. Самостоятельное значение имеет работа социальных педагогов и педагогов-психологов (консультации для учащихся и родителей, организуемые в школах и в социально-педагогических центрах).

Нами в 2010 г. была проведена апробация метода оценки связанного со здоровьем качества жизни 15–18-летних подростков с расчетом популяционных показателей. При

этом было установлено, что такой фактор, как медико-гигиеническая грамотность в области репродуктивного здоровья требует срочной коррекции у мальчиков и плановых корректирующих мер у девочек.

Следует отметить, что внедрение в России методик, посвященных половому просвещению, на базе Центров здоровья подростков и молодежи стало вариантом «оптимального (в данных исторических условиях) решения вопроса охраны репродуктивного здоровья молодежи» [5].

Нами разработана и внедрена инструкция по применению методики оценки медицинской информированности молодежи, позволяющей выявлять особенности информированности в области репродуктивного здоровья и оценивать уровень такой информированности на уровне группы, а также направленно корректировать содержание медицинского информирования, осуществляемого в рамках преконцептивной подготовки молодежи. Применение данной методики (в том числе в комплексе с методом оценки связанного со здоровьем качества жизни 15–18-летних подростков) в форме скрининга при передаче подростка 18 лет на обслуживание в территориальные организации здравоохранения для взрослого населения высоко экономически оправданно, позволит наиболее эффективным образом обеспечить медико-гигиеническое обучение по вопросам репродуктивного здоровья, планирования беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья: пособие для врачей и сред. мед. персонала / Н. Е. Акола [и др.]; редкол. Е. М. Русакова [и др.]; предисл. Е. Л. Богдан; МЗ РБ, ЮНФПА. — Минск: АЛЬТИОРА, 2011. — 258 с.
2. Резер, Т. М. Медико-социальные подходы к организации полового воспитания и сексуального образования / Т. М. Резер // Социологические исследования. — 2003. — № 1. — С. 102–108.
3. Кон, И. С. Подростковая сексуальность на пороге XXI века / И. С. Кон. — Дубна, 2001. — 212 с.
4. Baran, A. The type of a university course as a determinant of health-related behaviours / A. Baran, A. Stocka // Problemy Higieny i Epidemiologii (Miedzynarodowa Konferencja Naukowa — Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Rzeszow, 11–13 wrzesnia 2008) / Rada redakcyjna A. Buczynski [i wsp.]. — 2008. — Vol. 89, Supl. 1. — P. 31.
5. Журавлёва, И. В. Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения / И. В. Журавлёва // Социологические исследования. — 2004. — № 7. — С. 133–142.
6. Мартынова, В. В. Формирование ценностного отношения подростков к репродуктивному здоровью: пособие издано при финансовой поддержке Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) в Беларуси / В. В. Мартынова, Т. И. Курило. — Минск: Современная школа, 2007. — 168 с.

УДК 614.2:613.96

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Сурмач М. Ю., Тищенко Е. М.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

С 1936 г. основные функции по охране здоровья детей выполняют детские поликлиники. В то же время, медицинское обслуживание подростков на протяжении более шести десятков лет осуществлялось в лечебно-профилактических учреждениях для взрослых. В 1975 г. определен единый территориально-цеховой принцип оказания медицинской помощи подросткам в ЛПУ для взрослых, установлен порядок передачи лиц, достигших 15 лет, из детских поликлиник в территориальные организации здравоохранения, где организовывались подростковые кабинеты. В 1980-х гг. разработана система ежегодных профилактических осмотров и диспансерного наблюдения подростков. Подростковые кабинеты работали по территориально-цеховому принципу. Профилактическое направление ограничивалось санитарным просвещением, медико-социальное включало подготовку молодежи к трудовой деятельности и службе в армии.

К 1990-м проблемой стало отсутствие преемственности между детскими и территориальными поликлиниками. Начались организационно-подготовительные мероприятия по

передаче наблюдения подростков в детские поликлиники, завершившиеся после 2000 г. Организация медицинского обслуживания подростков на базе детских поликлиник позволяет обеспечить обязательное диспансерное наблюдение подростков, основной элемент которого — комплексные медицинские осмотры [1], обеспечить работу системы «единого педиатра», обслуживающего ребенка от момента передачи новорожденного из родильного дома до достижения им 18-летнего возраста. В то же время, в условиях детских поликлиник затруднено соблюдение современных организационных принципов, принятых ВОЗ в отношении охраны здоровья подростков, а именно межведомственного взаимодействия, и гарантированного доступа к медицинской помощи, оказываемой в условиях конфиденциальности [2, 3]. Система охраны здоровья детей оказалась не готова к решению специфических проблем подросткового возраста.

Укрепление здоровья подростков в Республике Беларусь — задача государственной важности, что подтверждается Национальной программой демографической безопасности Республики Беларусь на 2011–2015 гг. (Указ Президента Республики Беларусь № 357 от 11 августа 2011 г.; от 12 сентября 2012 г. № 406), Постановлением Совета Министров Республики Беларусь 12 марта 2012 г. № 218 «Об утверждении Национального плана действий по улучшению положения детей и охране их прав на 2012–2016 гг.».

Сотрудничество ЮНИСЕФ и Республики Беларусь в области медико-социальной помощи подросткам начало активно развиваться с 2003 г. Были внедрены новые организационные технологии, включающие консультирование здоровых подростков по вопросам репродуктивного, сексуального и психического здоровья, обеспечивающие формирование потребности в здоровом образе жизни, медико-социальную и правовую защиту. Эти технологии названы «дружественными», поскольку осуществляются в соответствии с потребностями и ожиданиями подростков. На базе организаций здравоохранения при поддержке ЮНИСЕФ и ЮНФПА в период с 2003 по 2011 гг. были организованы 26 центров здоровья молодежи (центров, дружественных к подросткам); в 23 городах Минской области открыты кабинеты услуг, дружественных молодежи [4].

Центры здоровья молодежи не включены в Номенклатуру организаций здравоохранения Республики Беларусь. Они действуют на функциональной основе в территориальных организациях здравоохранения (чаще детских поликлиниках), за исключением города Минска, где в данных структурах имеется штатное расписание. Несмотря на функциональный принцип работы, Центр здоровья молодежи выделен как отдельное структурное подразделение, оказывающее комплексную медико-психологическую помощь по проблемам здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, на принципах добровольности, доступности, доброжелательности и, по желанию подростка, анонимности. Консультирование является основой работы с подростком на всех этапах взаимодействия, и осуществляется совместно с социально-психологическим сопровождением [5]. В 2011 г. подписан приказ Министра здравоохранения Республики Беларусь «О совершенствовании консультирования подростков и молодежи по вопросам сохранения и укрепления здоровья» (№ 343 от 04.04.2011 г.), утверждающий типовое Положение о центре, дружественном подросткам (центре здоровья подростков и молодежи), Положение о республиканском информационно-методическом ресурсном центре по координации деятельности центров, дружественных подросткам. Согласно приказу, центр работает в тесном сотрудничестве с органами и учреждениями других ведомств — Министерствами образования, социальной защиты, культуры, органами внутренних дел, прокуратуры, общественными и частными организациями, а также СМИ и фондом народонаселения и Детским фондом ООН. Приказ утверждает примерные нормы нагрузки.

С появлением новых служб встал вопрос о необходимости разработки методик оценки эффективности их работы. Необходимость разработки методов оценки эффективности деятельности таких служб подчеркивается на государственном уровне (мероприятия 17, 18, 24 Постановления Совета Министров Республики Беларусь от 12.03.2012 № 218 «Об утверждении Национального плана действий по улучшению положения детей и охране их прав на 2012–2016 годы»). Итоговая информация о работе центра анализируется ежеквартально и всего за год по следующим индикаторам:

- 1.1 — число консультированных подростков (до 18 лет) всего и в том числе педиатром, психологом, урологом, наркологом, другими специалистами;
- 1.2 — число консультированных взрослых (старше 18 лет), в том числе педиатром, психологом, урологом, наркологом, другими специалистами;
- 1.3 — количество повторных консультирований;
- 2.1 — количество проведенных занятий, бесед, лекций;
- 2.2 — число участников в проведенных занятиях, беседах, лекциях;
- 3.1 — количество проведенных анкетирований;
- 3.2 — число респондентов в проведенных анкетированиях;
- 4.1 — количество проведенных обучающих семинаров для сотрудников центра, консультантов, педагогов и др.;
- 4.2 — число слушателей обучающих семинаров для сотрудников центра, консультантов, педагогов и др.;
- 5.1 — количество проведенных молодежных акций;
- 5.2 — число участников в проведенных молодежных акциях;
- 6.1 — количество проведенных занятий по подготовке волонтеров;
- 6.2 — число подготовленных волонтеров.

Таким образом, для оценки эффективности деятельности центров здоровья подростков используются количественные показатели, выраженные в абсолютных величинах. Некоторые из них требуют пересмотра, например такой, как «число консультированных взрослых (старше 18 лет), в том числе педиатром».

Подростки обращаются в центры как индивидуально, так и направляются от учреждений образования группами (как правило, при проведении обязательных диспансерных медицинских осмотров). Индивидуальное обращение позволяет в полной мере реализовать все возможности центров при условии эффективного первичного консультирования. При массовом обращении провести консультирование каждого подростка на высоком уровне весьма затруднительно. Остро востребованы методики, позволяющие в условиях скрининга определить, какие именно меры профилактики будут являться наиболее эффективными для данного подростка, отнести его (ее) к той или иной группе риска (целевой группе), учесть индивидуальные факторы связанного со здоровьем качества жизни, факторы, связанные с семьей подростка, для разработки индивидуальных программ профилактики и коррекции и проведения групповой направленной профилактической работы.

Согласно современным требованиям к оценке эффективности деятельности в здравоохранении, следует исходить из приоритета качественных показателей. Среди наиболее полно отвечающих современным требованиям показателей здоровья населения являются показатели связанного со здоровьем качества жизни. Такие унифицированные показатели для подростков, учитывающие их специфические проблемы, разработаны нами на примере метода оценки связанного со здоровьем качества жизни 15–18-летних подростков. Обоснованная в инструкции технология определения программ профилактики здоровья подростков с учетом социального фактора рекомендуются к внедрению во всех регионах республики как на базе центров (кабинетов) дружественных подросткам, так и в форме скрининга при передаче подростка 18 лет на обслуживание в территориальные организации здравоохранения для взрослого населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инструкция об организации оказания медицинской помощи подросткам в возрасте 15–17 лет / утверждена постановлением МЗ РБ от 11.08.2004 г. № 32 в ред. Постановления МЗ РБ от 01.07.2008 г. № 114.
2. Богдан, Е. Л. Новые организационные технологии в развитии медицинских услуг для подростков / Е. Л. Богдан, И. В. Митрошенко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2010. — № 3. — С. 75–77.
3. Неверо, Е. Г. Состояние здоровья детского населения и пути его укрепления / Е. Г. Неверо, Е. Л. Богдан // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2010. — № 3. — С. 70–72.
4. Пиневиц, Д. Л. Динамика заболеваемости подростков в Республике Беларусь (1995–2010 гг.) / Д. Л. Пиневиц, И. В. Митрошенко, Е. Л. Богдан // Материалы IX съезда педиатров (17–18 ноября 2011 г.) / ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации». — г. Минск, 2011. — 320 с.
5. Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья: пособие для врачей и сред. мед. персонала / Н. Е. Акола [и др.]; редкол. Е. М. Русакова [и др.]; предисл. Е. Л. Богдан; МЗ РБ, ЮНФПА. — Минск: АЛЬТИОРА, 2011. — 258 с.

УДК 616.33/.342-02:[546.23+546.47+546.711]

**РОЛЬ АЛИМЕНТАРНОГО ДЕФИЦИТА СЕЛЕНА, ЦИНКА И МАРГАНЦА
В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ И ИХ АССОЦИИ С *HELICOBACTER PYLORI****Тарасова Л. В., Григорьева Л. В., Дубов В. В., Бусалаева Е. И.***Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова»
г. Чебоксары, Российская Федерация*****Введение***

Высокий интерес к кислотозависимым заболеваниям гастродуоденальной зоны связан с их большой распространенностью и высокой вероятностью развития в их исходе атрофических и диспластических процессов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки.

Установлено, что появление эрозивно-язвенных повреждений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) связано с нарушением баланса между факторами агрессии и механизмами защиты слизистой. К факторам агрессии в первую очередь относят персистирующую бактерию *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). К факторам защиты, бесспорно, причисляют систему антиоксидантной протекции, важную роль в которой отводят микроэлементному балансу. Вероятно, именно по этой причине связь механизмов язвенно- и канцерогенеза в слизистой ЖКТ с географическими и биогеохимическими факторами, а также особенностями стереотипа питания населения различных регионов мира и Российской Федерации подвержена активному изучению.

Одним из ярких примеров несбалансированности геохимического профиля эссенциальных микроэлементов является Чувашская Республика (ЧР). В ходе масштабных эпидемиологических исследований характера питания населения ЧР (2004–2008 гг.) было продемонстрировано, что микронутритивная картина республики отличается несбалансированностью цинка (Zn) и дефицитом селена (Se) и марганца (Mn) [1, 2, 4].

Селен (Se), 34-й элемент Периодической системы элементов, жизненно необходимый фактор для нормальных процессов жизнедеятельности. В естественных условиях Se поступает в организм человека из продуктов растительного и животного происхождения главным образом в виде селенсодержащих аминокислот — селенометионина и селеноцистеина.

Основная биологическая роль Se в организме заключается в построении активных центров ферментов семейства глутатионпероксидаз I–IV, представляющих собой ключевое звено в системе защиты организма от действия перекисных соединений. Энзим глутатионпероксидазы GSHPx-2 известный как GSHPx-C1 локализуется в ЖКТ внутриклеточно и разлагает перекиси, которые абсорбируются из пищи. Следовательно, соединения селена (SeH) обладают выраженным антиоксидантным и цитопротективным действием, вызывая образование сульфгидрильных мостиков в структуре гликопротеинов.

Эпидемиологические исследования показали, что дефицит Se (ниже 45 мкг/л) запускает процессы онкогенеза. Доказано, что избирательно накапливаясь в опухолевых клетках, Se оказывает непосредственное токсическое действие, причем не только на пролиферирующие, но и на интерфазные клетки.

Для ферментов, катализирующих разрушение свободных радикалов и образование под их влиянием пероксидов, в слизистой желудка помимо Se (для глутатионпероксидазы) необходим цинк (Zn), входящий в структуру супероксиддисмутазы. Содержание Zn в значительной степени определяет интенсивность перекисного окисления липидов клеточных мембран, путем стимуляции активности глутатионпероксидазы и цинкмедь-зависимой супероксиддисмутазы. Цитопротективное действие Zn на слизистую ЖКТ имеет несколько точек приложения: во-первых Zn является кофактором процессов репарации и регенерации вследствие своих антиоксидантных свойств и стабилизирует проницаемость цитоплазматических мембран, поврежденных продуктами ПОЛ. Во-вторых, Zn

участвует в процессе ингибирования апоптоза в эпителиальной, эндотелиальной, лимфоидной и железистой ткани и стимулирует синтез ДНК. Являясь составной частью более 100 нуклеопротеидов, Zn входит в состав генетического аппарата клетки, тем самым оказывая прямое влияние на рост и пролиферацию клеток [3].

Цель

Изучение взаимосвязи дисбаланса центральных микроэлементов антиоксидантной защиты и контаминации *H. pylori* слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, что определяет патогенез развития кислотозависимых заболеваний гастродуоденальной зоны.

Материалы и методы исследования

В условиях гастроэнтерологического отделения БУ «Республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения и социального развития ЧР было обследовано 102 больных хроническим гастритом и 90 больных язвенной болезнью луковицы двенадцатиперстной кишки. Диагноз верифицирован на основании клинико-эндоскопических данных. Присутствие *H. pylori* в слизистой оболочке желудка определяли с помощью гистологического метода, а также быстрого уреазного теста на основе твердого волокнистого носителя — хелпил-теста.

Группа из 100 практически здоровых жителей ЧР, выбранная в качестве контрольной, послужила для современной оценки содержания вышеперечисленных микроэлементов у жителей Чувашии. В качестве критерия оптимальной обеспеченности микроэлементами, были взяты уровни содержания Se и Zn, предложенные А. П. Авцыным. В связи с отсутствием критериев оптимальной обеспеченности Mn, уровень этого микроэлемента в обследованных группах сравнивался между собой.

Количественное определение в сыворотке крови микроэлементов (Se, Zn, Mn) осуществляли посредством масс-спектрометрии с индуктивно связанной плазмой (МС — ИСП) и атомно-эмиссионной спектрометрией с индуктивно связанной плазмой (АЭС — ИСП) на квадрупольном масс-спектрометре Elan 9000 (Perkin Elmer, США) и атомно-эмиссионном спектрометре Optima 2000 DV (Perkin Elmer, США) в центре биотической медицины г. Москвы по методу доктора А. В. Скального. Концентрация химических элементов оценивалась в мкг/г.

Больные ХГ и ЯБДК с выявленной *H. pylori* получали тройную эрадикационную терапию первой линии (омепразол — 40 мг/сутки, амоксициллин — 2000 мг/сутки, кларитромицин — 1000 мг/сутки). При отрицательном результате тестов на *H. pylori* назначали лечение в соответствии с медико-экономическими стандартами лечения больных хроническим гастритом и язвенной болезнью.

Результаты исследований

Содержание Se в сыворотке крови практически здоровых жителей Чувашии (группа контроля) в среднем составило $0,11 \pm 0,003$ мкг/г, при этом недостаточная обеспеченность этим микроэлементом наблюдалась у 69 % обследованных (таблица 1).

Таблица 1 — Показатели обеспеченности микроэлементами

Микроэлемент	n	M ± m	Min	Max	Показатели оптимальной обеспеченности (по А. П. Авцыну)
Se	100	$0,11 \pm 0,003$	0,06	0,2	0,13–0,28
Zn	100	$0,78 \pm 0,03$	0,12	1,81	0,85–1,5
Mn	100	$0,0035 \pm 0,0002$	0,002	0,012	Нет данных

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о дефиците микроэлементов Se, Zn и Mn в сыворотке крови практически здоровых жителей ЧР, что напрямую связано с их недостаточным поступлением с пищей.

Уровень Se ($0,15 \pm 0,009$ против $0,11 \pm 0,003$, $p < 0,05$) и Zn ($1,84 \pm 0,26$ против $0,78 \pm 0,03$, $p < 0,05$) в сыворотке крови больных ЯБДК оказался значительно и достоверно выше популяционного уровня (рисунок 1). Концентрация Mn у них так же была выше, чем в контрольной группе ($0,0065 \pm 0,0016$ против $0,0035 \pm 0,0002$, $p < 0,05$).

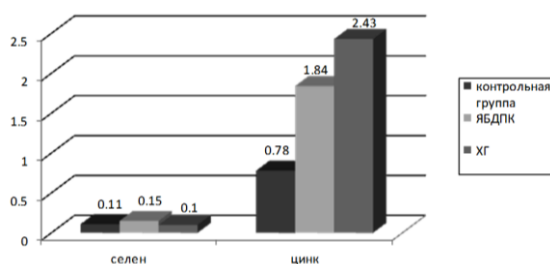


Рисунок 1 — Концентрация Se и Zn у больных ЯБДК, ХГ и в группе контроля

Полученные данные, на наш взгляд, свидетельствуют о выбросе микроэлементов из тканевых депо для обеспечения антиоксидантной защиты слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки при обострении ЯБДК.

У больных ХГ уровень Se в сыворотке крови был ниже популяционного уровня на 10 % ($0,1 \pm 0,0025$, против $0,11 \pm 0,003$, $p > 0,05$), уровень Mn — на 6,1 % ($0,0033 \pm 0,0001$, против $0,0035 \pm 0,0002$, $p < 0,05$). Напротив, концентрация Zn оказалась выше, чем в контрольной группе на 12,4 % ($0,89 \pm 0,019$, против $0,78 \pm 0,03$, $p < 0,05$).

Низкая концентрация в сыворотке крови Se и Mn у больных ХГ, вероятно, объясняется сочетанием неадекватного их поступления с пищей вследствие регионального дефицита, а так же истощения эндогенных запасов вследствие активации процессов перекисного окисления липидов в слизистой оболочке желудка.

Концентрация Se в сыворотке крови больных ХГ, ассоциированным с *H. pylori* до лечения превышала популяционное значение ($0,13 \pm 0,003$ против $0,11 \pm 0,003$, $p < 0,05$), после проведения эрадикационной терапии достоверно уменьшалась ($0,123 \pm 0,03$, $p < 0,05$), но оставалась выше показателя группы контроля.

Содержание Zn в фазу активного хеликобактерного воспаления превышало уровень в контрольной группе ($1,12 \pm 0,014$ против $0,78 \pm 0,03$, $p < 0,001$). После эрадикации *H. pylori* оно снижалось до $0,92 \pm 0,29$ мкг/г, при этом оставаясь в диапазоне оптимальных значений обеспеченности.

Концентрация Mn в активную фазу оказалась выше, чем в контрольной группе ($0,004 \pm 0,00005$, против $0,0035 \pm 0,0002$, $p < 0,05$), после лечения она снижается ($0,003 \pm 0,001$).

Обнаружена сильная прямая корреляционная связь между содержанием микроэлементов Se, Zn и Mn в сыворотке крови со степенью обсемененности *H. pylori*, а также выраженностью нейтрофильной инфильтрации слизистой антрального отдела желудка (таблица 2).

Таблица 2 — Связь между содержанием микроэлементов и активностью воспалительного процесса

Связь обсемененности <i>H. pylori</i> и выраженности нейтрофильной инфильтрации и содержания Se, Zn и Mn в сыворотке крови	Se (мкг/г)		Zn (мкг/г)		Mn (мкг/г)	
	r	p	r	p	r	p
Степень обсемененности <i>H. pylori</i> — концентрация микроэлементов	0,9	< 0,05	0,87	< 0,05	0,71	> 0,05
Активность нейтрофилов (фаза обострения) — концентрация микроэлементов	0,86	< 0,05	0,85	< 0,05	0,8	< 0,05

Таким образом, в фазу активного воспалительного процесса при ХГ, ассоциированном с *H. pylori*, происходит повышение уровня Se, Zn и Mn в сыворотке крови, что косвенно отражает повышенную потребность организма в кофакторах антиоксидантной системы.

Выводы:

1. Биогеохимические условия ЧР предопределяют исходно сниженное содержание в сыворотке крови у практически здорового населения Se, Zn и Mn. Это создает предпосылки для слабой напряженности системы антиоксидантной защиты и, следовательно, приводит к сниженной резистентности к факторам агрессии в патогенезе развития кислотозависимых заболеваний гастродуоденальной зоны, в частности, ассоциированных с контаминацией *H. pylori*.

2. При ХГ и ЯБДК, ассоциированных и не ассоциированных с *H. pylori*, выявлено достоверное повышение уровня Se, Zn и Mn в сыворотке крови, что отражает напряжение антиоксидантной защиты. После эрадикационной терапии, при доказанной контаминации *H. pylori*, происходит достоверное снижение концентрации микроэлементов.

3. При ассоциации с *H. pylori* значительно снижены гидрофобные свойства слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки и степень уменьшения гидрофобности коррелирует с плотностью обсеменения ее *H. pylori*. Таким пациентам, по мнению Pelayo Correa [5] необходима эрадикационная анти-*Helicobacter pylori* терапия и микронутриенты-антиоксиданты в достаточном количестве.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о взаимосвязи дисмикроэлементозов Se, Zn, Mn в предрасположенности к развитию кислотозависимых заболеваний гастродуоденальной зоны. Высокая вероятность ассоциации ХГ и ЯБДК с пилорическим хеликобактериозом на фоне исходного дисмикроэлементоза так же не вызывает сомнений. Коррекция состояния микроэлементного баланса в рамках профилактики и лечения кислотозависимых заболеваний гастродуоденальной зоны, ассоциированных и не ассоциированных с *H. pylori* по-видимому принесла бы положительные результаты, что требует дальнейшего углубленного изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хохлова, Е. А. Природный дефицит микроэлементов как одна из причин особенностей течения заболеваний органов пищеварения в Чувашии / Е. А. Хохлова, Л. В. Тарасова // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2010. — № 4. — С. 75–79.
2. Анализ причин роста заболеваемости патологией органов пищеварения в Чувашской Республике и перспективы снижения / Н. В. Сулонова [и др.] // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2010. — № 2. — С. 64–69.
3. Тарасова, Л. В. Селен, марганец и цинк в сыворотке больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / Л. В. Тарасова, Е. А. Хохлова, Т. Е. Степашина // Казанский медицинский журнал. — 2010. — Т. 11, № 3. — С. 366–372.
4. Тарасова, Л. В. Особенности патогенеза и течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у жителей Чувашии с учетом микронутриентного состава рациона питания / Л. В. Тарасова, Е. А. Хохлова, Т. Е. Степашина // Тезисы VIII съезда научного общества гастроэнтерологов России, совместной школы последипломного образования АГА и НОГР, XXXIV сессии ЦНИИГ. — М., 2008. — С. 249–250.
5. Correa, P. Chemoprevention of gastric dysplasia: randomized trial of antioxidant supplements and anti-*Helicobacter pylori* therapy (letter) / P. Correa // J. Natl. Cancer Inst. — 2001. — Vol. 93. — P. 559.

УДК 616.33.:616.379-008.64:615.24-035.1

ДИАБЕТИЧЕСКИЙ ГАСТРОПАРЕЗ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И ВЫБОР ПРОКИНЕТИКА

Тарасова Л. В., Трухан Д. И.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования

«Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова»

г. Чебоксары, Российская Федерация

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования

«Омская государственная медицинская академия»

г. Омск, Российская Федерация

Конец XX – начало XXI вв. ознаменовался бурным ростом числа больных, страдающих сахарным диабетом (СД). По прогнозам экспертов Международной диабетической федерация (International Diabetes Federation, IDF), в 2030 г. в мире будут болеть СД 552 млн человек (в 2011 г. этот показатель составил 366 млн). Подавляющее большинство пациентов — это больные СД II типа.

Гастроэнтерологические нарушения у больных СД в той или иной степени имеются практически у всех пациентов. В основе их развития лежат нарушения всех видов обмена (не только углеводного, но и белкового, и жирового), гормональный дисбаланс (в том числе и изменение профиля желудочно-кишечных гормонов) и осложнения заболеваний

(диабетическая нейропатия, диабетическая макро- и микроангиопатия). Наличие изменений со стороны органов пищеварения усугубляет течение основного заболевания, часто может являться причиной декомпенсации сахарного диабета и оказывает дополнительное влияние на снижение качества жизни [1].

С 70-х годов прошлого века весь комплекс нарушений со стороны желудка при СД, объединялся термином «диабетическая гастропатия». Исследования моторно-эвакуаторной функции СД методами сцинтиграфии, электрогастрографии, антродуоденальной манометрии позволили выделить основную проблему пациентов с СД, которая обозначается как «gastroparesis diabetorum», или диабетический гастропарез [1, 2].

В развитии диабетического гастропареза ведущую роль играет диабетическая нейропатия, и прежде всего, нарушение вагусной иннервации, что приводит к снижению двигательной функции антрального отдела желудка, дискоординации работы пилорического жома и двенадцатиперстной кишки [1, 2]. Свой вклад в формирование диабетического гастропареза вносят и другие факторы: гипергликемия, гормональный (мотилин, грелин) и электролитный дисбаланс, «желудочная аритмия» в результате уменьшения количества клеток-пейсмейкеров.

Замедление желудочного транзита выявляется у 30–50 % пациентов с СД. Примерно у 25–30 % пациентов с СД выявляется клиническая симптоматика, отражающая нарушения сократительной способности и замедление продвижения пищи в нижележащие отделы. К типичным проявлениям диабетического гастропареза относятся раннее насыщение, вздутие живота (преимущественно в эпигастральной области), постпрандиальное переполнение или боль в верхней части живота, тошнота и рвота. Симптомы усугубляются при употреблении плотной пищи (особенно жирной), стрессе и декомпенсации СД [1, 2].

Задержка опорожнения желудка не только ухудшает качество жизни пациентов с СД, но и способствует снижению контроля гликемии, поскольку нарушает всасывание глюкозы и пероральных сахароснижающих препаратов. Актуальность диагностики и коррекции проявлений диабетического гастропареза определяется еще и тем, что для новых групп сахароснижающих препаратов, к которым относятся ингибиторы дипептидилпептидазы-4 и агонисты глюкагоноподобного пептида-1 характерно замедление моторики желудка [2].

Курация пациентов с СД и наличием диабетического гастропареза зависит от тяжести заболевания и направлена на устранение основных клинических симптомов и соответственно улучшении качества жизни пациентов. С этой целью у всех больных необходимо проведение адекватного гликемического контроля, мониторинга уровня гликозилированного гемоглобина (HbA1c) < 7,0 %, модификации образа жизни и питания, а также фармакологической коррекции.

Выраженный эффект может оказать коррекция питания: частый прием пищи (6–8 раз в сутки), малыми порциями (размер порции сравнивают с объемом куриного яйца). В пище необходимо ограничить количество веществ, замедляющих эвакуацию из желудка — пищевых волокон и жиров (в периоды обострений — до 40 г в сутки). Целесообразно избегать употребления сырых овощей и фруктов, цельных зерновых, бобовых (повышают риск образования безоаров). Замедляют опорожнение желудка употребление алкоголя и курение.

Лекарственные препараты, используемые в терапии диабетического гастропареза, обладают свойствами прокинетиков и антиэметиков. В коррекции нарушений верхнего отдела ЖКТ у больных СД приобретает приоритетное значение выбор безопасного и эффективного препарата из группы прокинетиков. На сегодняшний день эти препараты в Российской Федерации представлены тремя международными непатентованными наименованиями: метоклопрамид, домперидон, итоприда гидрохлорид [3].

Наличие большого числа побочных эффектов метоклопрамида, ограничивает выбор прокинетика в практической деятельности врача в настоящее время двумя действующими лекарственными веществами: домперидон и итоприда гидрохлорид [3].

Итоприда гидрохлорид, в отличие от домперидона и метоклопрамида, обладает двойным механизмом прокинетического действия: усиливает моторику ЖКТ за счет антагонизма с D₂-дофаминовыми рецепторами и ингибирования ацетилхолинэстеразы. Актив-

вирует высвобождение ацетилхолина, подавляет его разрушение. Обладает противорвотным эффектом за счет взаимодействия с D₂-рецепторами, находящимися в триггерной зоне. Вызывает дозозависимое подавление рвоты, вызванной апоморфином. Итоприда гидрохлорид (ито-мед) активизирует пропульсивную моторику желудка за счет антагонизма с D₂-рецепторами и дозозависимого ингибирования активности ацетилхолинэстеразы. Оказывает специфическое действие на верхние отделы ЖКТ, ускоряет транзит по желудку, улучшает его опорожнение. В ряде зарубежных и отечественных исследований [3] отмечена высокая эффективность итоприда гидрохлорида при купировании симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и функциональной диспепсии, в том числе и в сравнении с другими прокинетиками. У пациентов с диабетическим гастропарезом было отмечено, что итоприда гидрохлорид эффективно стимулирует сократительную способность желудка, ускоряет его опорожнение, устраняет дискоординацию антрального отдела желудка и двенадцатиперстной кишки [1, 2].

Результаты применения итоприда гидрохлорида более чем у 10 млн больных не выявили ни одного случая удлинения интервала Q-T [3]. К основным побочным эффектам при приеме итоприда гидрохлорида относятся диарея (0,7 % случаев), боли в животе (0,3 %), головная боль (0,3 %). Итоприда гидрохлорид не влияет на уровень сывороточного гастрина, практически не проникает через гематоэнцефалический барьер и поэтому не вызывает побочных эффектов со стороны ЦНС. Препарат не влияет на средний уровень пролактина в крови, не обладает сродством к 5-HT₄-рецепторам, что делает его безопаснее других прокинетиков при наличии у пациента сопутствующей кардиологической патологии.

Большая безопасность итоприда гидрохлорида обусловлена тем, что он метаболизируется флаavin-зависимой монооксигеназой, а не энзимной системой, связанной с цитохромом P-450 (CYP450), то есть итоприд не влияет на одну из CYP-опосредствованных реакций в микросомах печени [3]. Отсутствие ингибирования цитохрома CYP450 свидетельствует и о минимальном гепатотоксическом действии препарата, что позволяет избежать нежелательного лекарственного взаимодействия и использовать его вместе с другими лекарственными препаратами, которые метаболизируются при помощи системы CYP450, без изменения фармакологических свойств последних, в том числе ИПП. Итоприда гидрохлорид можно сочетать с антисекреторными препаратами, антацидами, алгинатами, ферментными препаратами, урсодезоксихолевой кислотой.

Систематический анализ эффективности домперидона при диабетическом гастропарезе по результатам 28 исследований с 1981 по 2007 гг. [4] продемонстрировал, что эффективность домперидона при этой патологии соответствует рекомендациям уровня С. Эксперты отмечают, что домперидон при диабетическом гастропарезе следует использовать с осторожностью, и настаивают на необходимости проведения хорошо спланированных широкомасштабных исследований, посвященных изучению целесообразности использования домперидона при СД с замедленным опорожнением желудка.

Домперидон повышает уровень пролактина в сыворотке крови. Гиперпролактинемия может стимулировать появление нейро-эндокринных явлений, таких как галакторея, гинекомастия и аменорея. Ингибиторы изофермента CYP3A4 цитохрома P450 могут блокировать метаболизм домперидона и повышать его уровень в плазме (совместное применение требует осмотрительности или противопоказано).

В марте 2014 г. ЕМА (Европейское медицинское агентство) после проведения оценки «польза/риск» домперидона дало следующие рекомендации по его применению [5]: 1) препарат показан только при симптомах — тошнота и рвота; 2) рекомендуемая доза составляет не более 30 мг в сутки; 3) продолжительность приема не более 1 недели; 4) изъятия показания к применению: изжога, вздутие живота и др.; 5) не следует применять домперидон в сочетании с другими лекарственными средствами, которые вызывают сходные воздействия на сердце и в сочетании с лекарственными препаратами, уменьшающими распад препарата в организме; 6) домперидон не следует назначать при умеренных и тяжелых нарушениях функции печени; с уже существующими нарушениями электрической активности сердца или сердечного ритма; с повышенным риском нарушений электрической активности сердца и сердечного ритма.

Также домперидон не показан: 1) пациентам старше 60 лет; 2) пациентам с удлинением интервала Q-T; 3) пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями [5].

Итоприда гидрохлорид, таким образом, выгодно отличается от других прокинетики по эффективности, благодаря наличию двойного механизма действия, и лекарственной безопасности вследствие отсутствия серьезных побочных эффектов и лекарственных взаимодействий, является препаратом выбора для коррекции нарушенной моторики ЖКТ при диабетическом гастропарезе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Трухан, Д. И. Гастроэнтерологические нарушения у пациентов с сахарным диабетом / Д. И. Трухан, Л. В. Тарасова, Л. Ю. Трухан // Справочник врача общей практики. — 2013. — № 8. — С. 51–59.
2. Тарасова, Л. В. Диабетический гастропарез: в фокусе внимания выбор прокинетики / Л. В. Тарасова, Д. И. Трухан // Практическая медицина. — 2014. — № 1. — С. 41–45.
3. Трухан, Д. И. Прокинетики: в фокусе внимания итоприда гидрохлорид / Д. И. Трухан, Л. В. Тарасова, И. А. Гришечкина // Российские медицинские вести. — 2013. — № 3. — С. 29–40.
4. Sugumar, A. A Systematic Review of the Efficacy of Domperidone for the Treatment of Diabetic Gastroparesis / A. Sugumar, A. Singh, P. Pasricha // J. Clin. Gastroenterol. Hepatol. — 2008. — № 2. — P. 123–135.
5. PRAC recommends restricting use of domperidone. 07 March 2014 EMA/129231/2014. URL: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2014/03/news_detail_002039.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1.

УДК 616.62-008.222

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ — МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Тарасова Л. В., Трухан Д. И., Быстрова Д. А., Романов Н. А.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования**

«Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова»

г. Чебоксары, Российская Федерация

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования**

«Омская государственная медицинская академия»

г. Омск, Российская Федерация

Проблема недержания мочи является междисциплинарной. Главный уролог Российской Федерации профессор О. Б. Лоран на вопрос: «Кто должен лечить больных с недержанием мочи?» — ответил: «Тот, кто умеет». Такие пациенты попадают на прием к терапевтам, врачам общей практики, педиатрам, урологам, гинекологам, неврологам.

Недержание мочи (инконтиненция) — это объективно доказанная непроизвольная потеря мочи в результате нарушения функции мочевого пузыря и (или) его сфинктеров.

Выделяют 5 видов недержания мочи: ургентное, стрессовое, смешанное, недержание переполнения и транзиторное. Наибольшее значение имеют первые 2 вида и их комбинация [1].

Эпидемиологические исследования по проблеме недержания мочи свидетельствуют, что эпизод недержания мочи, хотя бы раз в год, отмечают от 5 до 69 % женщин и от 1 до 39 % мужчин. О еженедельном недержании мочи сообщают 10 % женщин и 5 % мужчин в возрасте от 30 до 79 лет. Частота различных форм недержания мочи зависит от возраста пациенток, так, стрессовым недержанием мочи страдают 33 % женщин в возрастной группе 40–59 лет, в группе 60 лет и старше — 20 %; ургентное недержание мочи встречается у 8 % в возрастной группе 40–59 лет, а в группе 60 лет и старше лет — уже у 28 %; смешанное недержание мочи встречается у 18 и 28 % в соответствующих возрастных группах. Частота недержания мочи значительно выше среди лиц, проживающих в домах престарелых, по сравнению с лицами, проживающими в домашней обстановке, и составляет от 43 до 77 % (в среднем 58 %). Показатели распространенности недержания мочи, что выявлено опросе в США, были от 60 до 78 % для женщин и от 45 до 72 % для мужчин. В 6–10 % причина поступления пожилых пациентов в дом престарелых связана с недержанием мочи [2].

Высокое распространение недержания мочи создает огромное количество медико-социальных проблем, таких как снижение самооценки, социальную изоляцию, депрессию, вторичную сексуальную дисфункцию. При всем этом обращаемость за медицинской помощью остается низкой. Причинами не обращения за медицинской помощью являются: 1) уверенность пациента в том, что имеющиеся симптомы не являются следствием заболевания; 2) убежденность в том, что причиной симптомов является не заболевание, а симптомы — закономерное следствие старения или образа жизни; 3) уверенность в том, что симптомы имеют наследственный характер; 4) смущение, растерянность, стыд, чувство неудобства в связи с имеющимися симптомами; 5) боязнь того, что за симптомами недержания мочи скрывается более серьезное заболевание; 6) убежденность в том, что симптомы не стоят внимания врача; 7) недоступность медицинской помощи; 8) игнорирование симптомов пациента врачом [1].

К сожалению, и со стороны практической медицины, особенно амбулаторно-поликлинического звена, к данной проблеме сохраняется либо пренебрежительное отношение, вплоть до игнорирования данной патологии, либо вся симптоматика трактуется процессами старения и невозможностью коррекции.

Однако на сегодняшний день существуют однозначные факты, свидетельствующие, что недержание мочи: 1) не является нормой в любом возрасте; 2) встречается во всех возрастных группах; 3) является диагностируемым и поддающимся лечению состоянием; 4) значительно снижает качество жизни пациента.

Основной задачей, стоящей перед превентивной медициной становится раннее выявление и коррекция предрасполагающих факторов недержания мочи, таких как: инфекция мочевыводящих путей, воспалительный процесс мочевого пузыря (интерстициальный цистит), дефицит эстрогенов, слабость сфинктерного аппарата, неврологическая патология (инсульт, болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, поясничный остеохондроз, травмы спинного мозга, диабетическая нейропатия, дефицит витамина В₁₂), сердечная недостаточность, сахарный диабет, нарушения сна, прием лекарственных препаратов, которые могут способствовать развитию недержания мочи [1, 3].

В этой связи целесообразно проведение скрининга недержания мочи у пациентов. Для этих целей можно использовать стандартизированную анкету ICIQ-UI (Международный индекс оценки удержания), составленную Международной консультацией по недержанию. Анкета ICIQ-UI содержит всего 4 вопроса и позволяет оценить симптомы недержания мочи в балльной системе. Более подробная анкета ICIQ-SF рекомендуется для исследования недержания мочи.

Гиперактивный мочевой синдром (ГАМП) — клинический синдром, определяющий ургентное мочеиспускание (в сочетании или без ургентного недержания мочи), основными симптомами которого являются поллакиурия и ноктурия, а также наличие сильных непроизвольных (неконтролируемых) позывов к мочеиспусканию. Данный синдром, согласно рекомендациям Международного общества по удержанию мочи (International Continence Society — ICS), применим при отсутствии подтвержденной инфекции или какой-либо другой патологии [1, 2].

Ключевым симптомом ГАМП является ургентность, которая определяется ICS как «жалоба пациента на непреодолимое желание опорожнить мочевой пузырь, которое трудно отложить».

По данным Международного общества по удержанию (International continence society — ICS), ГАМП является весьма распространенным клиническим синдромом — от 50 до 100 млн пациентов в мире. В европейских странах ГАМП встречается у 17 % населения в возрасте старше 40 лет. Полагают, что императивным мочеиспусканием страдают 16–19 % взрослого населения России [2, 3]. Отмечается увеличение частоты ГАМП с возрастом [2].

Наличие симптомов ГАМП не является единственным фактором, обеспечивающим снижение качества жизни пациентов. Даже при отсутствии недержания мочи (существенно ограничивающей социальную и иную активность субъекта) с синдромом ГАМП ассоциирован ряд заболеваний и состояний:

1. Инфекции мочевых путей, кожи, вульвовагинит у женщин.

2. Нарушение сна — никтурия (мочеиспускания ночью чаще 2 раз) и ночной энурез являются основными причинами нарушения сна у пациентов с синдромом ГАМП.

3. Тревожность, депрессия, социальная изоляция. Депрессия может приводить к таким психоневрологическим состояниям, как беспокойство, низкая самооценка, сконфуженность, что в итоге может приводить к социальной самоизоляции пациентов, а в некоторых случаях и нанесению себе вреда.

4. Падения и переломы. Причиной повышенной травмоопасности являются поллакиурия и никтурия, необходимость стремительного передвижения к туалетной комнате при появлении ургентного позыва к мочеиспусканию.

Лечение больных ГАМП направлено на восстановление утраченного контроля за накопительной способностью мочевого пузыря (снижение его сократительной способности и увеличение его функциональной активности).

При ГАМП основным методом лечения является медикаментозный. М-холинолитики являются на сегодняшний день «золотым» стандартом фармакотерапии инконтиненции, обусловленной гиперактивным детрузором. Они блокируют м-холинорецепторы, являясь конкурентными ингибиторами ацетилхолина (АХ) на рецепторах постсинаптических мембран гладкой мускулатуры. При этом ингибируется ответ, вызванный постганглионарной парасимпатической активацией блуждающего нерва [1,3].

Определенное значение имеет коррекция сопутствующей терапии. Так, проведенная нами коррекция антигипертензивной терапии у пациенток с артериальной гипертензией, заключающаяся в замене тиазидного диуретика гидрохлортиазида (гипотиазида) на индапамид (индап) привела к уменьшению числа мочеиспусканий и количества ургентных позывов и сопровождалась улучшением метаболических процессов в организме и улучшением контроля артериального давления [4, 5].

Раннее выявление предрасполагающих факторов, симптомов недержания мочи, их фармакологическая и хирургическая коррекция позволит избежать психосоциальной дезадаптации данных пациентов, снижения качества жизни пациентов старшей возрастной группы, высоких экономических затрат на лечение данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Трухан, Д. И. Болезни почек и мочевых путей / Д. И. Трухан, И. А. Викторова. — М.: Практическая медицина, 2011. — 160 с.
2. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society / P. Abrams [et al.] // *Neurourol Urodyn.* — 2002. — № 21. — P. 167–178.
3. Трухан, Д. И. Диагностический и лечебный алгоритм при недержании мочи / Д. И. Трухан, Л. В. Тарасова, Д. А. Быстрова // *Справочник поликлинического врача.* — 2013. — № 6. — С. 39–41.
4. Трухан, Д. И. Коррекция антигипертензивной терапии у пациенток с гиперактивным мочевым пузырем / Д. И. Трухан, А. С. Гаврилов, А. Л. Мазуров // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* — 2011. — № 12. — С. 34–35.
5. Влияние коррекции антигипертензивной терапии на выраженность симптоматики гиперактивного мочевого пузыря у пожилых пациентов / Д. И. Трухан [и др.] // Третий съезд геронтологов и гериатров России: сб. тез. докл. (г. Новосибирск, 24–26 октября 2012 года). — Новосибирск, 2012. — С. 401–402.

УДК 616-002.5+616.98:578.82 ВІЛ]:316.647.82

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ СТИГМАТИЗАЦИИ И ДИСКРИМИНАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И КО-ИНФЕКЦИЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗ/ВИЧ

Тодорико Л. Д., Еременчук И. В.

**Учреждение образования
«Буковинский государственный медицинский университет»
г. Черновцы, Украина**

Понятие стигмы существует в обществе достаточно длительное время. Так, древние греки наносили знаки — стигмы — на тело человека, которые имели определенное значение. Эти люди были или рабами, или преступниками, или предателями. Их избегали, осо-

бенно в публичных местах [2, 5]. Понятие стигмы имело физическое проявление и свидетельствовало об определенных недостатках: физических, классовом неравенстве или преступной деятельности. Однако с развитием общества ученые отошли от толкования стигмы через призму физических недостатков личности, введя взамен психологический и социальный подходы к объяснению данного феномена. Этот процесс связан с отрицательным стереотипным представлением о той или иной социальной группе. Таким образом, происходит разграничение общества и стигматизированных индивидов, создается спектр эмоциональных реакций, стигматизирующих (отвращение) и стигматизированных (стыд), которые участвуют в этом процессе [1, 4, 5].

Из всех ученых, которые исследовали и продолжают исследовать стигму, наибольший вклад в понимание процесса стигматизации сделал американский ученый Е. Goffman. В своей работе «Стигма: заметки об управлении запятнанной личностью» (1963 г.) он определил понятие стигмы как глубоко дискредитирующего атрибута, который проявляется в занижении возможностей стигматизированного человека путем дискриминационных действий [1, 3]. Этим дискредитирующим атрибутом может быть любой физический или социальный признак, который считается унижительным или нежелательным в определенном обществе. Е. Goffman отмечает, что стигма имеет чрезвычайно сильное влияние на то, как человек будет воспринят в обществе. Итак, во время встречи с незнакомцем люди могут заметить ту или иную характеристику индивида, способствовать превращению индивида из обычного человека в неполноценную личность, которая имеет определенный дефект. Подобное качество и является стигмой [2].

Стигма может проявляться в моральном осуждении, игнорировании, изоляции, агрессии по отношению к индивиду, который не соответствует определенным критериям, принятым социальным нормам общества. В проведенных исследованиях были выявлены такие проявления стигмы, как агрессия и презрение к стигматизированным группам, восприятие индивидов через стереотипы, создание барьера между стигматизированным индивидом и обществом [2, 3, 4]. Внутренняя стигма, которую еще называют самостигматизацией, касается, прежде всего, чувств стыда, страха, тревоги, депрессии, комплекса неполноценности, личной вины и страха ВИЧ-инфицированных или больных туберкулезом и другими заболеваниями быть стигматизированными и дискриминированными.

Проявлениями внешней стигмы являются попытки личности доказать, что она не относится к стигматизированным группам («Я не такой»); презрительные высказывания, «прозвища»; избегание контактов и встреч с представителями другой группы; страх заражения; насилие и другие формы дискриминации, «менторское», опекуновское отношение к представителям стигматизированных групп; игнорирование их мнений и интересов [5].

Отдельно от уже указанных типов стигмы рассматривают также двойную стигму, то есть сочетание двух или более стигм. Так, стигма, связанная с туберкулезом, часто добавляется ко многим уже существующим стигмам, например, к ВИЧ-инфекции, употреблению инъекционных наркотиков и т. п. Е. Goffman описал признаки, по которым потенциально может развиваться стигматизация: 1) больной человек воспринимается обществом как ответственный за свою болезнь; 2) болезнь является прогрессирующей и неизлечимой; 3) общество недостаточно осведомлено о болезни; 4) симптомы болезни трудно или невозможно скрыть [3, 4, 5].

Сила стигмы и осуждение, которые направляются на человека, часто зависят не столько от самой болезни, но и от поведения, которое привело к инфицированию. Итак, в связи со способом инфицирования ВИЧ сильное обвинение получают потребители инъекционных наркотиков, ведь их поведение осуждается обществом как девиантное. А, например, люди, инфицированные ВИЧ в результате переливания крови или дети, рожденные от ВИЧ-положительных матерей, часто воспринимаются как «невиновные». Туберкулез относится к тем болезням, которые вызывают стигматизации не только в украинском обществе [2, 5]. Так, согласно результатам проведенных исследований, стигматизация больных туберкулезом проявляется через дистанционное избегание контактов. По данным отдельных социологических исследований достаточно малую часть людей можно считать

абсолютно толерантными к больным туберкулезом: чуть более 10 % респондентов сказали, что в случае встречи с человеком, по внешнему виду которого ясно, что он болен туберкулезом, они будут вести себя так же, как и с обычным человеком. Даже при условии достаточно близких социальных связей (в частности между членами одной семьи) наблюдают некоторое увеличение социальной дистанции к больному. Заботиться в своем доме о члене семьи, если бы он был болен туберкулезом, согласились 79,7 % респондентов. При этом количество тех, кто согласился бы кушать и пить с ним за одним столом, значительно меньше — 60,5 % [2, 5].

Достаточно распространенным является восприятие больных туберкулезом как лиц, имеющих проблемы наркозависимости, алкоголизма, социальной девиации. Одним из проявлений стигматизации есть убеждение, что людей, больных туберкулезом, надо принудительно лечить, что их стоит остерегаться и вообще нужно изолировать от общества [1, 2]. В исследовании «Отношение к людям, живущим с ВИЧ/СПИД, и больных туберкулезом на предприятиях Донецкой железной дороги» выявлена ощутимая стигматизация и потенциальная дискриминация в профессиональной среде людей, которые имеют закрытую форму туберкулеза. Так, работая рядом с человеком, у которого закрытая форма туберкулеза, чувствовали бы себя комфортно только 28,3 % респондентов.

Среди причин стигматизации обычно выделяют страх инфицирования, связанный, прежде всего, с низким уровнем знаний об особенностях инфицирования и профилактики, а также распространенными мифами о болезни.

Конечно, причины стигматизации негативно влияют, прежде всего, на самих больных и их близкое окружение, которое часто также подвергается стигматизации из-за болезни родственника. Намного масштабнее последствия стигматизации для государства в целом, а именно: нежелание лечиться и получать помощь, чтобы сохранить в тайне свой статус, предопределяет распространение эпидемии [1, 4]. Снижение стигматизации больных туберкулезом не является исключительно психологической проблемой, ведь ее отсутствие позволит значительно эффективнее противостоять эпидемии. Эмоциональная поддержка со стороны медицинских работников, которая может проявляться в готовности общаться и оказывать помощь, может значительно облегчить бремя стигмы и способствовать предрасположенности к лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вітенко, І. С. Сімейна медицина: психологічні аспекти діагностики, профілактики і лікування хворих / І. С. Вітенко, О. С. Чабан, О. О. Бусло. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. — С. 34–39.
2. Загальна та медична психологія (практикум) / Під заг. ред. проф. І. Д. Спіріної, проф. І. С. Вітенка. — Дніпропетровськ, АРТ ПРЕС, 2002. — С. 123–157.
3. Исаев, Д. Н. Психосоматические расстройства у детей: рук-во для врачей / Д. Н. Исаев. — СПб: «Питер», 2000. — 512 с.
4. Лакосина, Н. Д. Клиническая психология: учеб. для студ. мед. вузов. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 415 с.
5. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога. — М.: Эксмо, 2005. — 992 с.

УДК

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАСХОДОВ НА КОМБУСТИОЛОГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ В ОЖОГОВОМ ЦЕНТРЕ Г. МОСКВЫ

Унижаева А. Ю., Мартыничик С. А.

**Научно-исследовательский институт
общественного здоровья и управления здравоохранением
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования**

**«Первый московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»
г. Москва, Российская Федерация**

Введение

Лечение ожоговой травмы является очень дорогостоящим для системы здравоохранения ввиду длительной госпитализации, высокой стоимости медикаментозного и оперативного лечения ожоговых ран [1, 5, 6].

Цель

Оценка стоимости стационарного лечения, длительности госпитализации пациентов с термической травмой I–II–III степени с распределением случаев на клинико-статистические группы.

Материал и методы исследования

В исследование включены 1081 пациент, которые поступили в ожоговый центр ГКБ № 36 г. Москва в период с 1 января 2010 г. по 31 декабря 2012 г. Клиническое состояние и прогноз оценивались с помощью индексов Бо и Франка [2]. Все данные в статье представлены в виде средних значений со стандартным отклонением и обработаны в программе «Statistica» 6.0. Оценены прямые затраты и их распределение. Данные обработаны с применением первичной статистики, достоверность различий оценена по критерию Стьюдента.

Результаты исследования

В исследование были отобраны пациенты с диагнозом по МКБ-10 T29.3 Термические ожоги нескольких областей тела с указанием хотя бы на один ожог III степени. С точки зрения затрат на законченный случай оказания медицинской помощи было выделено 3 клинико-статистические группы (КСГ). В таблице 1 представлены критерии сортировки пациентов.

Таблица 1 — Критерии группировки на КСГ

Оперативные вмешательства и (или) ингаляционная травма	ИВЛ > 96 часов	Общая площадь ожогов	Площадь глубоких ожогов	КСГ
Нет	Нет	Любая	Любая	1
Да	Нет	Любая	Любая	2
Да/нет	Да	> 20 % п. т.	> 10 % п. т.	3

КСГ № 1, включающая пациентов с глубокими ожогами без оперативных вмешательств и ингаляционной травмы ($n = 313$) составляет 29 % от общей выборки. КСГ № 2, включающая пациентов с глубокими ожогами с оперативными вмешательствами и (или) ингаляционной травмой ($n = 665$) составляет 61,5 %, КСГ № 3 с распространенными (> 20 % поверхности тела) или глубокими (> 10 % поверхности тела III степени) ожогами с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ) > 96 часов ($n = 103$) составляет 9,5 %.

Возраст в разных группах составляет в 1 группе 48,8 ($Q \pm 19$), во 2 группе 51,5 ($Q \pm 17,5$), в 3 группе 56,3 ($Q \pm 18,1$). Женщины составляют 38,4 % от общей выборки, мужчины 61,6 % соответственно.

В таблице 2 приведена длительность госпитализации в различных КСГ с распределением на пребывание в отделении ожоговой реанимации (ОРАО) и в ожоговом отделении. Общая продолжительность пребывания в стационаре составляет от 1 до 120 дней при средней продолжительности 22 дня. В среднем, пациенты провели в отделении ожоговой реанимации 4 дня (диапазон 0–55 дней), 18 дней в ожоговом отделении (диапазон 0–120 дней). Нужно заметить, что только 39 % ($n = 422$) пострадавших были госпитализированы в течение 6 часов после получения травмы, что способствует развитию осложнений и увеличивает продолжительность госпитализации в стационаре.

Таблица 2 — Длительность госпитализации и стационарные расходы

КСГ	Общее количество койко-дней, $x \pm Q$	Количество дней в ОРАО, $x \pm Q$	Количество дней в ожоговом отделении, $x \pm Q$	Затраты на законченный случай оказания медицинской помощи, руб., $x \pm Q$	Стоимость 1 койко-дня, руб., $x \pm Q$
1. Глубокие ожоги без оперативных вмешательств и ингаляционной травмы	16,8 ± 8,3	1,3 ± 2,9	15,5 ± 8,2	85 695 ± 50 440	5 315 ± 2 600
2. Глубокие ожоги с оперативными вмешательствами и (или) ингаляционной травмой	25,4 ± 13	4,1 ± 6,3	21,1 ± 11,2	194 360 ± 133 975	7 805 ± 3 510
3. Распространенные глубокие ожоги с ИВЛ > 96 часов	13,3 ± 3,5	10,1 ± 8,2	2,5 ± 9,6	260 305 ± 181 250	23 935 ± 9 550
ИТОГО	21,8 ± 2,8	3,9 ± 6,2	17,8 ± 11,7	169 215 ± 134 525	8600 ± 6 630

Средняя продолжительность госпитализации в КСГ №1 составила $16,8 \pm 8,3$ суток, в КСГ № 2 — $25,4 \pm 13$ дня, в КСГ № 3 — $13,3 \pm 13,5$ ($p < 0,01$). Низкая продолжительность пребывания в КСГ № 3 связана с высокой степенью летальности в данной группе (93 %).

Общие затраты на законченный случай оказания медицинской помощи составляют от 17 150 рублей до 993000 рублей, в среднем $169\,215 \pm 134\,525$ рублей. В среднем, самой дорогостоящей группой является КСГ № 3 ($260\,305 \pm 181\,250$ рублей), далее идет КСГ № 2 ($194\,360 \pm 133\,975$ рублей) и КСГ № 1 ($85\,695 \pm 50\,440$ рублей) ($p < 0,01$ для всех сравнений в таблице 2). Средние затраты в КСГ № 3 были в 3 раза выше, а затраты в КСГ № 2 в 2,3 раза выше, чем затраты КСГ № 1.

Средняя стоимость оказания медицинской помощи за койко-день пребывания в нашем ожоговом центре составляет 8600 рублей (\$ 245), тогда как в КСГ № 3 средняя стоимость одного койко-дня 23935 рублей (\$ 684). Для сравнения, в Великобритании 1 койко-день стоит \$ 1512, во Франции \$ 934, в Германии \$ 726, в Венгрии \$ 280, соответственно [3, 4].

Была проведена дифференцировка затрат на 1 законченный случай лечения на подгруппы такие, как: лабораторные и функциональные исследования, оперативные вмешательства, дорогостоящие методы лечения, базисную терапию и т. д.

Лидирующие позиции при анализе прямых затрат занимают: стоимость пребывания в ожоговом отделении составляет 26,9 % от общей стоимости ($35\,485 \pm 23\,325$ рублей); затраты на оперативные вмешательства 18,9 % ($25\,030 \pm 21\,825$ рублей); затраты на лабораторные исследования 12,3 % ($16\,240 \pm 15\,555$ рублей), соответственно.

При анализе КСГ № 3 отмечены значительные различия в позициях прямых затрат, где основной статьей расходов являются дорогостоящие методы лечения, такие как плазмаферез, переливание препаратов крови, трансплантаты из культивированных аллофибробластов, ксенотрансплантаты, на которые приходится 26,8 % от стоимости одного законченного случая ($55\,505 \pm 73\,590$ рублей). Далее идут расходы на пребывание в отделении ожоговой реанимации 19,6 % ($40\,545 \pm 32\,895$ рублей) и на реанимационно-анестезиологическое обеспечение 16 % ($33\,145 \pm 22\,315$ рублей). В КСГ № 1 и КСГ № 2 преобладают затраты на пребывание в ожоговом отделении, 53,8 % ($31\,075 \pm 16\,440$ рублей) и 27,7 % ($42\,320 \pm 22\,430$ рублей), соответственно. Далее в КСГ № 1 идут затраты на лабораторные исследования 16,3 % ($9\,415 \pm 7\,390$ рублей) и базисную терапию 9,3 % ($5\,375 \pm 2\,685$ рублей). В КСГ № 2 2-е и 3-е место по затратам занимают такие технологии, как: оперативные вмешательства 23,1 % ($35\,335 \pm 20\,430$ рублей) и реанимационно-анестезиологическое обеспечение 11,6 % ($17\,770 \pm 19\,245$ рублей). Все различия между клинико-статистическими группами в таблице 3 статистически достоверны ($p < 0,01$).

Заключение

Исследование, выполненное в ожоговом центре г. Москвы, относительно использования ресурсов и расходов на лечение пострадавших от термических ожогов свидетельствует о высокой экономической нагрузке на систему здравоохранения и общество, а также поддерживает выводы относительно ценности использования клинико-статистических групп для клинико-экономической стандартизации медицинских услуг комбустиологического профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cost-utility analysis applied to the treatment of burn patients in a specialized center / J. L. Sánchez // Arch. Surg. — 2007. — Vol. 142. — P. 50–57.
2. Комбустиология / Э. Я. Фисталь [и др.]. — Донецк, 2005. — 315 с.
3. International Programme for Resource Use in Critical Care (IPOC) — a methodology and initial results of cost and provision in four European countries / D. Negrini [et al.] // Acta Anaesthesiol. Scand. — 2006. — Vol. 50. — P. 72–79.
4. Do burn patients cost more? The intensive care unit costs of burn patients compared with controls matched for length of stay and acuity / V. Patil [et al.] // J. Burn Care Res. — 2010. — Vol. 31. — P. 598–602.
5. Унижаева, А. Ю. Медико-экономическая оценка затрат и качества медицинской помощи при ожоговой травме / А. Ю. Унижаева, С. А. Мартынич // Социальные аспекты здоровья населения. — 2012. — Т. 28, № 6. — С. 8.
6. Унижаева, А. Ю. Эффективные способы возмещения затрат и обоснование технологий программного бюджетирования стационарной помощи при ожоговой травме / А. Ю. Унижаева, С. А. Мартынич // Социальные аспекты здоровья населения. — 2013. — Т. 29, № 1. — С. 10.

УДК 613.27:612.392.6

**ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОЛОГИИ ОЦЕНКИ РИСКА ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ
ЙОДНОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

*Федоренко Е. В., Коломиец Н. Д., Мохорт Т. В.,
Шуляковская О. В., Войтенко С. И., Мохорт Е. Г.*

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр гигиены»
Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Йододефицитные заболевания — расстройства, связанные с дефицитом йода, являются наиболее распространенными социально значимыми заболеваниями неинфекционного характера во всем мире. Низкое поступление с рационами йода наносит существенный ущерб здоровью: снижает физическую и умственную работоспособность, сопротивляемость различным заболеваниям, усиливает отрицательное воздействие на организм неблагоприятных экологических условий, вредных профессиональных факторов, нервно-эмоционального напряжения и стресса, сокращает активную трудоспособность и продолжительность жизни человека [1].

Одним из наиболее эффективных и экономически целесообразных способов ликвидации йодной недостаточности является обогащение пищевых продуктов и, в первую очередь, соли. Обогащение пищевой продукции йодом является эффективным способом профилактики состояний недостаточного поступления указанного микроэлемента с рационом и широко применяется в республике. Согласно рекомендациям ВОЗ в пищевые продукты добавляется от 10 до 30 % суточной нормы йода, в частности йодированная соль содержит йод в количестве 40 ± 15 мкг/г.

При этом в связи с широким использованием йодированной соли и обогащения иных видов пищевой продукции актуальным является оценка не только эффективности такой стратегии, но и ее безопасности, что обусловлено потенциальным избыточным поступлением обсуждаемого нутриента. При этом целесообразно использовать методологию оценки риска, которая учитывает поступление вещества при различных моделях потребления пищевой продукции — алиментарную нагрузку.

При оценке алиментарной нагрузки нутриентами и биологически активными веществами нами обоснованы следующие модели [2]:

— реальное суточное поступление обогащающего компонента — используются средние уровни потребления пищевых продуктов и фактические уровни содержания пищевых и биологически активных веществ в них, при этом учитывается реальная доля потребляемых обогащенных пищевых продуктов;

— расчетное среднее суточное поступление обогащающего компонента — используются средние уровни потребления пищевых продуктов и фактические уровни содержания пищевых и биологически активных веществ, при этом учитывается потенциальная доля обогащенных пищевых продуктов в размере 10, 50 и 100 %;

— максимальное расчетное поступление обогащающего компонента — используются значения высоких уровней потребления пищевых продуктов, наблюдающиеся в популяции (90–97,5 %) и фактические уровни содержания пищевых и биологически активных веществ, при этом учитывается потенциальная доля обогащенных пищевых продуктов в размере 10, 50 и 100 %.

При оценке поступления нутриентов используются 2 критерия:

1) рекомендуемые нормы потребления — величина потребности в пищевом веществе, покрывающая потребность практически всех представителей группы здоровых лиц, в том числе имеющих высокую физиологическую потребность в данном пищевом веществе;

2) безопасный верхний уровень потребления — максимальный уровень хронического дневного поступления обогащающего компонента из всех источников, который не представляет риска развития неблагоприятных эффектов здоровья. Рассчитывается в виде величин мг/человека/ в день и мг/кг массы тела/в день исходя из стандартной массы тела 60 кг [2].

Согласно [3. 1] при производстве пищевых продуктов на территории республики допускается использование только йодированной соли (за исключением переработки океанических рыб и морепродуктов), содержание йода в которой должно 40 ± 15 мкг/г на протяжении срока годности.

При гигиенической оценке содержания йода в различных видах пищевой продукции нами использованы теоретические данные его содержания [4] и результаты фактического определения в обогащенных продуктах (таблица 1).

Таблица 1 — Содержание йода в пищевых продуктах с естественным его содержанием и обогащенных

Наименование группы продукта	Содержание йода, мкг/100 г:	
	согласно [4]	фактические уровни в обогащенных пищевых продуктах
Хлебопродукты (хлеб)	4,62	39,81
Хлебопродукты (крупы)	6,25	-
Картофель	5	-
Овощи	4	-
Фрукты	2,2	-
Соки	2,2	-
Мясопродукты	6,6	-
Колбасные изделия	6,6	100-240
Рыбопродукты	74,4	-
Яйца	20	27,93
Молочные продукты	8,1	19,32
Сахар и кондитерские изделия	5,5	-
Алкогольные напитки	6	-

Полученные данные свидетельствуют, что наиболее значимое увеличение содержания йода при обогащении происходит в колбасных изделиях и хлебопродуктах (увеличение в 15 и 8 раз соответственно), в меньшей степени — в яйцах и молочных продуктах (1,4 и 2,4 раза соответственно). Указанные различия связаны с технологическими особенностями — при обогащении яиц используются биологические способы (применение соответствующих премиксов в кормах для птицы), при производстве колбасных изделий и хлеба — йодированная соль, для молочной продукции использование йода ограничено йодказеином.

Алиментарная нагрузка йодом рассчитывалась с использованием максимальных рекомендуемых уровней внесения йодированной соли (для отдельных продуктов промышленного изготовления), естественного содержания, фактической концентрации в обогащенных пищевых продуктах, и оценивалась по отношению к физиологической потребности в обсуждаемом веществе и верхнему безопасному уровню его потребления.

Были использованы различные модели потребления: наиболее реалистичная модель основывалась на том, что фактическая доля потребления обогащенных хлеба, молока и яиц составляла 10 % от общего потребления указанных групп пищевых продуктов, а колбасные изделия в полном объеме являются обогащенными за счет использования йодированной соли. В указанных моделях не учитывалось использование йодированной соли для досаливания пищи при приготовлении пищи (таблица 2)

Таблица 2 — Значения алиментарной нагрузки йодом с учетом различных уровней общего потребления пищевых продуктов и фактических уровней его содержания (с учетом возможной доли потребления обогащенных пищевых продуктов)

Уровень потребления различных пищевых продуктов, г/сутки	Поступление йода при потреблении пищевых продуктов, мкг/сутки			
	без обогащения	с долей обогащенных:		
		100 %	50 %	10 %
Медиана	92,0	242,3	197,5	161,7
90 процентиль	243,2	683,1	565,0	470,6

Полученные данные свидетельствуют, что использование в составе рациона пищевых продуктов с естественным содержанием йода (без учета использования йодированной поваренной соли для досаливания пищи) не позволяет обеспечить физиологическую потребность (150 мкг в сутки) в указанном микроэлементе для взрослых и составляет около 60 % (92 мкг/сутки).

При наиболее реалистичном сценарии потребления обогащенных йодом пищевых продуктов (средние уровни общего потребления пищевых продуктов, доля обогащенных йодом пищевых продуктов на уровне 10 % в общей структуре потребления, 100 % колбасных изделий производятся с использованием йодированной соли) его уровень в рационе повышается в 1,75 раза (161,7 мкг/сутки) и позволяет покрыть требуемую физиологическую потребность в обсуждаемом нутриенте.

Использование агравированных сценариев (средние уровни общего потребления пищевых продуктов в целом и доля обогащенных пищевых продуктов на уровне 50 и 100 %, высокие уровни общего потребления пищевых продуктов в целом и доля обогащенных пищевых продуктов на уровне 10, 50 и 100 %) свидетельствует, что используемые уровни обогащения пищевых продуктов не приводят к превышению верхнего безопасного уровня потребления йода (1100 мкг в сутки) и, следовательно, является безопасным.

Следует отметить, что в использованных моделях не учитывалось поступление йода в составе йодированной соли, используемой для досаливания, содержание данного микроэлемента в сыре и возможное использование населением биологически активных добавок к пище, содержащих в составе соединения йода и других пищевых источников. Поэтому реальное поступление обсуждаемого микроэлемента является более высоким.

Полученные данные свидетельствуют о достаточном поступлении йода в составе пищевых продуктов, в производстве которых используется йодированная соль и отсутствии необходимости дополнительного обогащения иных продуктов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственная стратегия ликвидации йододефицитных заболеваний: итоги действующей системы мониторинга / В. И. Качан [и др.] // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. — 2010. — № 2(4). — С. 31–36.
2. Оценка алиментарной химической нагрузки на население: инструкция по применению: утв. зам. Министра здравоохранения — Гл. гос. сан. врачом Республики Беларусь 15 декабря 2011 года, рег. номер № 018-1211 от 15.12. 2011 г. / авт.: Е. В. Федоренко, В. Г. Цыганков, Т. Г. Холупко. — Минск, 2011. — 14 с.
3. О предупреждении заболеваний, связанных с дефицитом йода: Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 6 апреля 2001 г. № 484.
4. Химический состав пищевых продуктов: в 2 кн. / под ред. проф., д-ра техн. наук И. М. Скурихина, проф., д-ра мед. наук М. Н. Волгарева. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Агропромиздат, 1987. — Кн. 2: Справочные таблицы содержания аминокислот, жирных кислот, витаминов, макро- и микроэлементов, органических кислот и углеводов. — 360 с.

УДК 613.96:303.7 (476.2)

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ПОЛУЧЕННЫХ В ХОДЕ АНКЕТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ НА ТЕМУ «ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЕЖИ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ»

Федоренко К. И.

Государственное учреждение
«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»
г. Гомель, Республика Беларусь

Понятие «молодость» традиционно ассоциируется со здоровьем, однако, сегодня большинство представителей молодого поколения уже не могут им похвастаться. Почему? Причин множество: нерациональное питание, отсутствие сбалансированного режима труда и отдыха, недостаток физической активности при многочасовом сидении за компьютером (когда активность в интернете подменяет активность социальную), стрессы и неумение с ними справляться, информационная перегруженность. Другой ряд факторов — рас-

пространенность рискованного поведения — употребление психоактивных веществ, таких как алкоголь, табак, наркотики, а также стремление к неоправданному риску, обусловленное возрастными особенностями (например, неумение предвидеть последствия поступка). Вот почему работа с молодежью сегодня приобретает особую значимость.

С целью изучения осведомленности молодежи Гомельской области о способах сохранения здоровья в 2013 г. в рамках областной недели здоровья «Молодежь. Здоровье. Образ жизни» (с 16 по 20 сентября 2013 г.) был проведен опрос, в котором приняли участие 579 учащихся 2-го курса ССУЗов и вузов в возрасте от 15 до 22 лет (из них 44 % юноши и 56 % девушки). Большинство опрошенных (96 %) еще не состоят в браке.

Была изучена самооценка состояния здоровья молодых людей, т. е. как они оценивают свое состояние здоровья. Многие анкетированные (46 %) — оценили свое здоровье как «хорошее», 28 % опрошиваемых удовлетворены своим здоровьем. Для 17 % юношей и девушек оно «скорее хорошее». Остальные 9 % — неудовлетворены своим здоровьем.

Чаще всего для современного человека в качестве побуждающих факторов для сохранения своего здоровья выступают болезнь, жизненный кризис или другие экстремальные ситуации. Перед обществом стоит задача сформировать поколение с иным отношением к своему здоровью. От того, насколько успешно навыки здорового образа жизни удаются закрепить в молодом возрасте, зависит в последующем раскрытие потенциала личности. Как основной показатель состояния здоровья большинство нами опрошенных отмечают — 53 % контроль массы тела и 44 % измерение температуры тела. 29 % считают, что необходимо уметь определять начальные симптомы заболеваний. 13 и 11 % опрошенных измеряют артериальное давление и определяют частоту пульса соответственно.

По многим причинам основные принципы рационального питания остаются вне поля зрения людей, что негативно сказывается на трудоспособность и активность человека. Способы организации питания, которыми руководствуется молодежь, оказались таковыми — 28,7 % питаются «как придется», 27 % анкетированных стараются соблюдать умеренность в еде. Также, в ходе анкетирования было установлено, что «здоровые» продукты (обогащенные витаминами и минералами) употребляет 22 %, а «натуральные» (без консервантов) — 17 % опрошенных, 4 % юношей и девушек используют очищенную воду. Из опрошиваемых 15 % стараются сделать свой рацион питания максимально разнообразным. 9 % юношей и девушек соблюдают режим питания, при этом 2,6 % подсчитывают суточные калории, не едят мясо, после 18:00 употребляют только легкие продукты.

Важным остается вопрос о распространенности курения среди подрастающего поколения. В результате, большинство нами опрошенных (54 %), никогда не пробовали курить, 18 % курят от случая к случаю, а 14,7 % курят постоянно. Однако радует тот факт, что 13 % из опрошенных уже избавились от этой пагубной привычки.

Взгляд на особенности сексуального поведения во многом зависит от того, в какой среде растут молодые люди, какими примерами руководствуются, откуда черпают информацию, с кем находятся в доверительных отношениях. По результатам опроса 23 % подростков имели случайные сексуальные связи, однако 77 % более тщательно подходят к выбору сексуального партнера. Для 63 % опрошенных основным способом предохранения от ИППП и ВИЧ-инфекции является использование презерватива, 30 % считают достаточным иметь постоянно-го полового партнера, 15 % респондентов не имеют половых контактов, 1,7 % человек используют химические средства защиты, 7 % подростков не используют средства защиты.

Для благополучного развития личности важным является максимально полное раскрытие своего потенциала. Это проявляется в различных видах жизнедеятельности. Среди главных жизненных ценностей респонденты выделили: 56 % — дружбу, 55 % — любовь, а 30 % — интересную работу, профессию и материальную обеспеченность. Не менее важным для многих являются дети (28 %), здоровье и семья (27 %). Одинаково важным для 21 % анкетированных является карьера, высокое положение в обществе и вера. 18 % респондентов ценят душевный покой и комфорт, 19 % стремятся получать знание, образование, познают окружающий мир. Для 15 % юношей и девушек приоритетным является получение

удовольствий и развлечения, а для 12 % — это секс. Немногочисленная аудитория (4 %) важным считает общественные преимущества, известность и репутацию.

Подростку постоянно необходимо поглощать большой объем информации, что приводит к хронической усталости, бессоннице, неврозам, стрессам и апатии. Ежедневно стоит вопрос о нехватке времени, накопившейся усталости и отсутствии способов ее снятия. Поэтому важно правильно сочетать работу и отдых, уметь переключаться на другой вид деятельности. Было выяснено, для того, чтобы снять накопившуюся усталость, большинство подростков (70 %) используют сон, 60 % опрошенных просматривают ТВ, видео или прослушивают музыку, 33 % для снятия усталости используют прогулки на свежем воздухе и общение. Не теряет своей силы и спорт, его для отдыха использует 21 % юношей, при этом 5 % их них занимаются экстремальными видами спорта, физический труд, работу на даче используют 5,4 % молодежи. Интеллектуальный отдых, такой как, чтение книг, газет и журналов, используют 15 % респондентов. Культурный отдых — посещение театров и кинотеатров — предпочитают 12 % опрошенных.

Таким образом, большинство молодых людей не имеют жалоб на свое здоровье. Они внимательно следят за своей сексуальной жизнью, тщательно подходят к выбору сексуального партнера. Благодаря доступной литературе и массовым средствам информации молодежь научилась следить за своим состоянием здоровья и обращаться к специалистам при первых симптомах недомогания. Пропаганда здорового образа жизни способствует увеличению числа юношей и девушек, отказывающихся от курения и алкоголя. Люди активно начинают заниматься спортом, следуют правилам здорового питания. Молодежь имеет возможность развивать свои способности, раскрывать свой потенциал. Для многих важным является карьерный рост, материальное благополучие, семья, культурное просвещение.

Подростково-юношеский возраст — время больших возможностей для формирования здорового образа жизни. Важно быть в гармонии со своим организмом и уметь определять любые его изменения.

Можно предположить следующие направления здорового образа жизни:

1. Физическая культура;
2. Рациональное питание;
3. Отказ от курения, наркотиков и алкоголя;
4. Самоконтроль за своим здоровьем;
5. Сексуальное и репродуктивное здоровье;
6. Контроль психологического состояния.

Развитие сотрудничества и тесное взаимодействие с организациями образования, культуры, спорта и туризма, информации позволяет осуществлять комплексы мероприятий для молодежи — массовых, групповых, индивидуальных, проведение социологических исследований, издание и распространение информационно-издательских материалов. В последние годы все более продуктивным становится сотрудничество с общественными организациями по вопросам формирования здорового образа жизни в молодежной среде.

УДК 614.2+613.6

ИНДИКАТОРНАЯ МОДЕЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И СОЦИАЛЬНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СРЕДЫ

Худоногов И. Ю.

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Ростовский государственный медицинский университет»
г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация**

Проблема повышения уровня здоровья нации сегодня достаточно актуальна. Ее решению посвящены такие масштабные инициативы руководства РФ, как Национальный

проект «Здоровье», Концепция демографической политики РФ до 2025 г. и Концепция развития системы здравоохранения РФ до 2020 г. Одной из ключевых предпосылок для успешного воплощения в жизнь указанных стратегических планов является формирование здорового образа жизни россиян. При этом акцент делается на развитие и пропаганду спорта и массовой физической культуры. К сожалению, практическая реализация указанных мероприятий чаще всего носит популистский характер и не обеспечивает по-настоящему активного и заинтересованного участия населения. Между тем, в реальном, повседневном образе жизни россиян большая часть активного времени приходится на производственную деятельность. В связи с этим адаптация или дезадаптация человека к современным социально-экономическим, социально-психологическим и социально-профессиональным условиям является важнейшим фактором индивидуального и, в конечном итоге, общественного здоровья россиян [2,1]. В соответствии с рабочей гипотезой нашего исследования профессиональная деятельность населения является большей по времени и одной из важнейших для уровня здоровья составных частей образа жизни. Независимо от характера производственной деятельности, в качестве основного критерия успешной адаптации к производственной нагрузке мы избрали тип субъективного реагирования респондентов на исполнение своих должностных обязанностей. Все вариации типов реагирования были приведены к 3-м основным позициям. Первая соответствовала восприятию процесса производства товаров или услуг на фоне отсутствия или незначительного напряжения психики (1-я группа — 13,2 % от выборки). Вторая сопровождалась психологическим напряжением средней интенсивности (2-я группа — 45,2 % от выборки). Третья характеризовалась высоким психологическим напряжением или периодическими нервно-эмоциональными срывами (3-я группа — 41,6 % от выборки). Средний возраст групп не имел достоверных различий и составлял соответственно $43,7 \pm 2,1$; $41,3 \pm 1,0$ и $44,0 \pm 1,1$ лет. Наше исследование было предпринято с целью выявления основных проблемных зон социальной и профессиональной среды, способствующих нервно-эмоциональному напряжению респондентов. Для достижения указанной цели были использованы методики социологического опроса и интервьюирования, а также параметрические и непараметрические критерии оценки достоверности и тенденционности процессов и явлений [4]. Для сбора первичного материала использовалась репрезентативная выборка взрослонаселения Ростовской области, состоящая из 469 респондентов (173 мужчины и 296 женщин), имеющих четкое представление о своей трудовой деятельности. В ходе исследования было установлено, что адаптационные возможности женщин на 7,0–7,5 % выше, чем у мужчин, но это превышение не является достоверным ($p > 0,05$). Вместе с тем анализ возрастной структуры выборки показал, что нервно-эмоциональная резистентность имеет достоверный провал — на общем равномерном фоне. Так, представительность респондентов возрастной группы 40–49 лет возрастает при переходе от 1-й группы к 3-й почти в 2,5 раза ($p < 0,05$). Кроме возрастных особенностей к факторам риска можно отнести семейное положение [5]. Так, женатые (замужние) респонденты чаще манифестируют признаки нервно-эмоционального напряжения. При этом тенденция определяется четко — значение коэффициента ранговой корреляции (КРК) приближается к 1,0. Изучение уровня образования респондентов не позволило выявить различий, чего нельзя сказать о социальной структуре групп. Было установлено, что лица, занимающиеся умственным трудом (предприниматели и служащие) увеличивают свою представительность в группе с повышенной нервно-эмоциональной нагрузкой более чем в 2,5 раза по сравнению с 1-й группой. Для рабочих специальностей было типичным противоположное распределение процентной доли. Учащиеся школ, ПТУ, колледжей, студенты вузов, домохозяйки, пенсионеры по возрасту, пенсионеры по инвалидности и безработные были объединены нами в группу лиц, не испытывающих систематического воздействия фактора профессиональной деятельности. Периодические случайные заработки воспринимались представителями указанной комбинированной группы без значительного нервно-эмоционального напряжения, о чем свидетельствует не превышающее 2,0 значение t-критерия Стьюдента, оценивающего достоверность разницы показателей 1-й и 3-й групп. В рамках индикаторов, оцениваю-

щих физическую производственную нагрузку было установлено, что нервно-эмоциональные срывы происходят почти в 4 раза чаще среди лиц, испытывающих физическое перенапряжение ($p < 0,01$). При этом среднебалльная самооценка физической нагрузки по четырехступенчатой шкале (1 балл — «Моя нагрузка значительно ниже моих потенциальных возможностей»; 4 балла — «Моя нагрузка часто приводит к перенапряжению (очень устаю)») обнаружила сильную положительную корреляционную связь с уровнем нервно-эмоционального напряжения. Для 1-й группы самооценка физической нагрузки составила $2,42 \pm 0,16$ балла, для 3-й — $3,04 \pm 0,09$ баллов (КРК = +0,99; $t = 3,4$). Самооценка здоровья респондентов распределилась следующим образом: достоверное различие ($t > 2$) было установлено по индикаторам «Хорошее здоровье» (1-я группа — 38,7 %; 3-я группа — 19,9 %) и «Удовлетворительное здоровье» (1-я группа — 32,3 %; 2-я группа — 55,8 %). Симметричный характер между двумя указанными индикаторами подтвердился и при определении среднебалльной самооценки здоровья по пятиступенчатой шкале (1 балл — «Очень плохое здоровье»; 5 баллов — «Отличное здоровье»). Так, для 1-й группы самооценка составила $3,15 \pm 0,12$ балла, для 3-й — $2,97 \pm 0,06$ баллов (КРК = -0,63; $t = 1,3$). Рассматривая числовую матрицу, характеризующую взаимосвязь накопленной заболеваемости (НЗ) с типом нервно-эмоционального реагирования на профессиональную деятельность, можно составить представление о клинической стороне процесса дезадаптации, который имеет наиболее высокие показатели в 3-й группе (324 случая на 100 опрошенных). Обращает внимание относительно благополучное состояние 2-й группы (на 35,2 % меньше, чем в 3-й). 1-я группа даже при отсутствии эмоционального напряжения демонстрирует НЗ, отличающуюся от 3-й группы лишь на 18,4 %. По отдельным нозологическим формам и группам болезней достоверных различий выявлено не было за исключением болезней костно-мышечной системы, которые в 3-й группе составили 21 случай на 100 опрошенных, что почти в 2 раза превышало уровень соответствующего показателя в 1-й и 2-й группах. Избирательный анализ заболеваний органов системы кровообращения (СК) показал, что 1-я и 3-я группы имеют сходный уровень НЗ (72,6 и 77,4 случаев на 100 опрошенных соответственно), в то время как во 2-й группе отмечалось лишь 47,2 случая на 100 респондентов. Подобный уровень наиболее часто встречается в исследованиях первичной заболеваемости СК в различных профессиональных группах [6]. Оценивая роль здоровья в процессе достижения имеющегося уровня благосостояния, до 40 % участников опроса, независимо от номера группы, признали, что достигнутое благополучие потребовало от них частично повреждения здоровья. Почти 5-я часть респондентов 3-й группы считают, что достигли своего благополучия без причинения вреда здоровью даже при наличии хронического нервно-эмоционального перенапряжения. Очевидно, что патоморфологические изменения у них еще не превысили пороговый уровень и не манифестируются клинически. В то время как более 46 % респондентов описываемой группы уверены, что их материальное положение — это результат значительной потери здоровья, которого теперь у них практически нет. Похожая ситуация наблюдается при анализе потерь здоровья, обусловленных достижением и поддержанием социального статуса. Более половины представителей каждой группы считают, что уровень здоровья лишь частично определяет их социальный статус. 30–35 % респондентов из 1-й и 3-й групп диаметрально разошлись во мнениях. Работающие без напряжения не связывают свой статус со здоровьем. Те, кто перенапрягаются, считают, что уровень здоровья полностью определяет их социальный статус. Современные подходы к оценке структурированных групповых характеристик [3] позволяют количественно оценивать такие, казалось бы, условные понятия, как размер ценностного пространства (ЦП), которое в 3-й группе было максимальным и составило 504 условные единицы, каждая из которых равна одному упоминанию субиндикатора ЦП на 100 опрошенных. 20 %-ное превышение размера ЦП 3-й группы по отношению к 1-й можно интерпретировать как наличие неудовлетворенной потребности, стремление к которой является приоритетным. Величина t -критерия достоверности разности показателей 1-й и 3-й групп позволила дифференцировать указанные приоритеты и выполнить ранжирование субинди-

каторов ЦП. Респонденты, которые в профессиональной сфере вынуждены испытывать высокий уровень нервно-эмоционального напряжения, наиболее важным для себя считают решение материальных проблем. Перекликается с указанным приоритетом низкая социальная защищенность респондентов 3-й группы. Высокая значимость ценностного субиндикатора «любовь» говорит о проблемах в сфере семейно-брачных отношений. Субиндикатор «возможность приносить пользу людям» косвенно подтверждает низкую профессиональную самооценку и востребованность в обществе. Также проблематичным для них является процесс коммуникации в профессиональной среде, о чем свидетельствует актуальность субиндикатора «взаимопонимание в коллективе».

Выводы

1. Отсутствие дозирования и превышение производственной нагрузки приводит к срыву адаптации более, чем у 40 % работников.
2. Нервно-эмоциональные срывы одинаково часто обнаруживаются у мужчин и женщин.
3. Наименьшая устойчивость к производственным нагрузкам обнаруживается в возрастной группе 40–49 лет.
4. Семейные респонденты имеют меньшую резистентность к производственным нагрузкам.
5. Служащие и предприниматели (работники умственного труда) склонны воспринимать профессиональную деятельность с большим психологическим напряжением, чем работники физического труда.
6. Общественное производство, использующее все более передовые технологии, находится в противоречии с институтом семьи, создает условия для его разрушения; снижает актуальность самосохранительных установок, переводит организм в режим дезадаптации и нервно-эмоциональных срывов.
7. Дозированные нервно-эмоциональные нагрузки средней интенсивности обеспечивают максимальную адаптацию к профессиональной деятельности и минимальный уровень накопленной заболеваемости, в том числе и по заболеваемости сердечнососудистой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Социально-гигиенические и эпидемиологические исследования в гигиене труда / Н. Ф. Измеров [и др.]. — М.: Медицина, 1985. — 191 с.
2. Измеров, Н. Ф. Социально-гигиенические аспекты охраны атмосферного воздуха в условиях научно-технического прогресса / Н. Ф. Измеров. — М.: Медицина, 1976. — 184 с.
3. Илюхина, О. В. Современные исследования социальных проблем // Электронный научный журнал. — 2012. — № 1(09). — Режим доступа: www.sisp.nkras.ru. URL: <http://sisp.nkras.ru/issues/2012/1/ilyukhina.pdf>.
4. Молодой организатор здравоохранения: сб. науч. ст. студентов и молодых ученых, посвящ. памяти проф. В. К. Сологуба / И. Ю. Худоногов [и др.]; отв. ред. М. М. Петрова. — Красноярск: Версо, 2012. — С. 402–406.
5. Элланский, Ю. Г. [и др.] // Известия вузов. Северо-Кавказский регион. — 2011. — № 6. — С. 99–103.
6. [Электронный ресурс] URL: <http://www.medicfactory.ru/iqtrud.htm>. — Дата обращения 01.02.2013 г.

УДК 574(476.2)

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ РИСКОВ НАСЕЛЕНИЕМ Г. ГОМЕЛЯ

Чайковская М. А., Бортновский В. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По данным ВОЗ, доля факторов образа жизни превышает половину всех вредных воздействий для здоровья, примерно по 20 % занимают наследственные факторы и загрязнение окружающей среды и 10 % приходится на работу органов и учреждений здравоохранения [1, 3].

В современном обществе оценка риска факторов окружающей среды вносит большой вклад в общественное здравоохранение путем установления и оценки потенциального влияния факторов, которые могут оказывать вредное воздействие на здоровье человека [2].

Цель

Изучение особенностей восприятия риска факторов окружающей среды для здоровья жителей г. Гомеля в зависимости от пола, возраста, образования, района проживания, вида деятельности.

Материал и методы исследования

Особенности восприятия риска населением изучали в поперечном исследовании. Сбор материала осуществлялся на основе структурированной специально разработанной анкеты. Обязательным условием при сборе материалов исследования было добровольное и анонимное участие респондентов. В анкетировании приняло участие 240 жителей г. Гомеля (80 мужчин и 160 женщин) в возрасте от 18 и старше, включенных в исследование случайным образом.

Для выявления приоритетных по опасности девяти групп факторов риска использовали их ранжирование. Респонденты присваивали по собственному мнению 1-й ранг самой опасной, а 9-й ранг самой неопасной группе факторов. Группы факторов, которые получили при ранжировании 1–3 ранг, рассматривались как группа факторов высокого риска, 4–6 ранг — как группу факторов среднего риска, 7–9 ранг — как группу факторов низкого риска.

Обработка данных проводилась с использованием следующих программ: Microsoft Office Excel 2007, «Statistica», 6.0. Оценка соответствия распределения изучаемых количественных признаков нормальному закону проводилось с использованием критерия Шапиро-Уилка. Так как распределение большинства параметров отличалась от нормального, для статистической обработки результатов использовали непараметрические методы и критерии. Частотный анализ проводился с использованием критерия χ^2 . Уровень значимости (p), на котором проводилось отклонение нулевой гипотезы принимали равным 0,05. Описательная статистика для количественных параметров приведена в виде медианы и квартилей (Me (Q1;Q3)).

Результаты исследования

Среди опрошенных мужчин было 80 человек (33,3 %), женщин 160 человек (66,7 %). Медиана возраста мужчин составила 32,3 (25; 38) года, женщин 35 (25; 42) года (таблица 1). Среди опрошенных респондентов 47,5 % имеет высшее образование; 41,2 % — средне-специальное и 11,3% среднее образование, профессиональный состав (рисунок 1). Состоят в браке 41,6 % опрошенных, 22 % не связаны «семейными узами» и 17,9 % респондентов находятся в разводе.

Таблица 1 — Общая характеристика респондентов

Характеристики	Мужчины (n = 80)		Женщины (n = 160)	
	человек	%	человек	%
Возрастные группы, лет:				
— 18–19	7	8,8	13	8,1
— 20–29	30	37,5	58	36,3
— 30–39	27	33,8	43	26,9
— 40–49	13	16,2	27	16,8
— 50–59	1	1,2	6	3,8
— 60–69	0	0	8	5
— 70–79	2	2,5	5	3,1
Образование:				
— среднее	7	8,7	20	12,5
— средне-специальное	38	47,5	61	38,1
— высшее	35	43,8	79	49,4
Семейное положение:				
— состою в браке	34	42,5	66	41,3
— в «гражданском» браке	9	11,3	25	15,6
— не состою (ла)	15	18,8	38	23,8
— разведен (а)	20	25	23	14,4
— вдовец (ва)	2	2,4	8	4,9
Наличие детей в семье	56	70	120	75

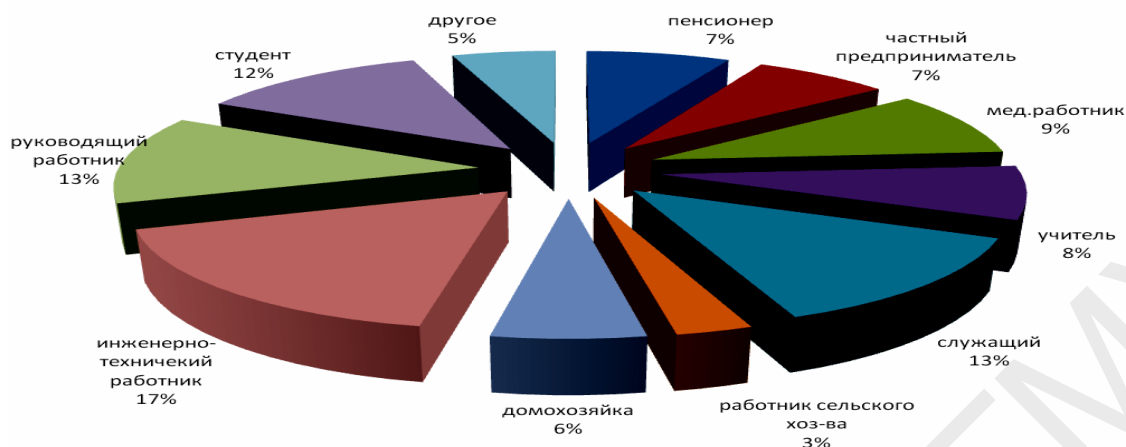


Рисунок 1 — Структура распределения респондентов по профессиональному составу (в %)

Женское население со средним образованием, рабочих профессий и доходом (менее 1 млн. рублей на 1 члена семьи) относили к высокому риску 6 из 9 групп факторов, мужчины с высшим образованием, занимающие руководящие должности либо служащие с доходом более 2 млн рублей на 1 члена семьи к высокому риску относили 4 группы факторов. Респонденты старшего возраста считали факторами высокого риска 5 групп из 9, а лица молодого возраста, как правило, только 3.

Половина респондентов считает загрязнение окружающей среды радиоактивными веществами (60 %), химическими веществами (72,5 %) и микроорганизмами (65 %) самой высокой опасностью для здоровья. К группе наименьшего риска физические факторы отнесли 81,6 % опрошенных. Как средний уровень риска большинство респондентов воспринимают качество жизни (75,4 %), генетические факторы (64,6 %) и образ жизни (63,3 %).

Выявлены статистически значимые различия по полу среди респондентов, относящих к группе высокого риска качество жизни ($\chi^2 = 13,36$; $p = 0,0003$), образ жизни ($\chi^2 = 7,11$; $p = 0,008$), микроорганизмы ($\chi^2 = 4,03$; $p = 0,04$). Выявленные различия в ранжировании остальных факторов риска между мужчинами и женщинами не являются статистически значимыми.

По данным ВОЗ, пол является одним из самых важных факторов, влияющих на восприятие риска [3]. Мужчины обычно оценивают риски не так преувеличено как женщины. Это объясняется тем, что женский пол более коммуникабелен и социализирован в отличие от мужского пола.

Лица со средне-специальным образованием считают факторами высокого риска радиационные вещества и химические вещества чаще, чем лица с высшим образованием ($\chi^2 = 7,71$; $p = 0,005$), ($\chi^2 = 13,44$; $p = 0,0002$) соответственно. Удельный вес респондентов с высшим образованием относящих образ жизни к факторам высокого риска на 20 % больше по сравнению с респондентами, имеющими средне-специальное образование ($\chi^2 = 11,42$; $p = 0,001$).

Удельный вес служащих, относящих к группе высокого риска образ жизни на 47,8 % больше, чем рабочих, выявленные различия являются статистически значимыми ($\chi^2 = 8,56$; $p = 0,003$).

Вывод

Факторы риска для здоровья, относящиеся к загрязнению различных объектов окружающей среды, жители г. Гомеля считают приоритетными. В результате проведенного исследования среди жителей г. Гомеля факторы образа жизни находятся на 5-м ранговом месте по опасности для здоровья, в то время как первые 3 места занимают факторы окружающей среды.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лучкевич, В. С. Качество жизни как объект системного исследования и интегральный критерий оценки здоровья и эффективности медико-профилактических и лечебно-реабилитационных программ: актовая речь / В. С. Лучкевич. — СПб.: СПбГМА им. И. И. Мечникова. — 2011. — С. 17–18.
2. Унгуряну, Т. Н. Демографические и социально-экономические детерминанты восприятия риска для здоровья / Т. Н. Унгуряну, С. М. Новиков // Гигиена и санитария. — 2010. — № 6. — С. 69–72.
3. Reducing Risks, Promoting Healthy Life: the World Health Report. — Geneva: WHO, 2002.

УДК 618.2:613.84

ОТНОШЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ К КУРЕНИЮ И ПРИЧИНЫ ОТКАЗА ОТ НЕГО ВО ВРЕМЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Ченцова П. Н., Бортновский В. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Табакокурение является сложным поведенческим актом, в возникновении и развитии которого принимают участие не только физиологические факторы, но и целый комплекс социальных и психологических условий [1]. Наибольшую актуальность представляет распространенность табакокурения в молодежной среде, так как именно этот возраст служит основой начала курения и формирования никотиновой зависимости. Число регулярно курящих девочек с каждым годом увеличивается; наибольшее количество курящих женщин приходится именно на репродуктивный возраст, в том числе во время беременности. Прекращение курения в период беременности зависит от уровня образования и возраста начала курения [2]. Важным фактором здоровья беременной женщины и ребенка является ее образ жизни, для обеспечения которого большое значение имеет организованная борьба с разнообразными факторами риска, включая никотиновую зависимость. В последнее время во всем мире проведено множество медико-социальных исследований, развивших и углубивших представление о вредном влиянии активного и пассивного курения на течение и исход беременности. Установлено, что гестоз, состояние агалактии у матерей обусловлены постоянным контактом с табачным дымом; табакокурение в период беременности вызывает гипертензию и эклампсию, приводит к рождению ребенка с малым весом и преждевременным родам [3].

Курение во время беременности — это прямая угроза для плода. Самым частым осложнением является преждевременное прерывание беременности. Риск выкидыша у женщин, курящих во время беременности, оказывается на 30–70 % выше, чем у некурящих. Уровень смертности детей при родах у курящих матерей на 30 % выше, чем у некурящих [4].

Показано, что каждая четвертая женщина продолжает курить во время беременности. Основными мотивами, не позволяющими справиться с никотиновой зависимостью, являются стрессовые ситуации, а также влияние ближайшего социального окружения. Малоизученным остается вопрос, что же служит поводом, триггером отказа от табака во время гестационного периода, на что необходимо делать акцент при разработке превентивных интервенций в борьбе с табакокурением среди беременных.

Цель

Оценить социально-психологические характеристики беременных женщин с никотиновой зависимостью и описать причины отказа от табакокурения во время гестационного периода.

Материалы и методы исследования

Исследование осуществлялось в родильных домах города Гомеля. Проинтервьюированы 16 беременных оптимального репродуктивного возраста со сроком гестации от 38 недель. Метод сбора данных — полуструктурированное интервью, длящееся не менее 30 минут. На момент сбора данных 5 женщин отказались от табакокурения по факту установления беременности и согласились принять участие в качественном исследовании.

Результаты исследования

Полученные данные свидетельствовали, что женщины начали курить в школьные годы, основными причинами были следующие: «курение — атрибут взрослости», «курят все друзья», «любопытство» и т. д. А. А. Александров и В. Ю. Александрова (1999) приводят примеры обсуждения каждой мотивировки курения. Например: «быть взрослее» можно расшифровать как «я хочу казаться взрослее в глазах своих сверстников (потому что на взрослых это не производит впечатления)»; «курят все друзья» — в подростковом

возрасте очень важно быть в компании, которая тебе нравится; порой человек начинает курить вопреки своему желанию, иногда это происходит из-за того, что некоторые просто не умеют отказывать; «любопытство» — за такой мотивировкой может скрываться очень многое: пробующие курить из любопытства должны понимать, что одна проба повлечет за собой другую, потом третью и так далее, и совсем незаметно для себя человек станет настоящим курильщиком. Таким образом, приобщение к курению было обусловлено, в основном социально-психологическим аспектом.

Несмотря на наличие данных о взаимосвязи между материнскими чувствами и способностью отказа от табакокурения в пользу ребенка, наши результаты показали, что беременность не явилась сильной мотивацией к этому. Молодые беременные пытались бросить курить, однако в силу влияния социальных (курящие компании, родственники, отец ребенка) и психологических (нервозность, раздражительность, стресс) факторов возвращались к курению: «ругаюсь со своим мужем... начинаю нервничать и иду курить...», «...вновь могу закурить, когда кто-нибудь расстроит...». Исследование показало, что курение во время беременности связано с низким уровнем образования, статусом одиночества и тяжестью никотиновой зависимости. Значительная часть женщин не знают о последствиях курения в период беременности. И только когда им сообщается о неблагоприятном прогнозе исхода беременности, они начинают задумываться о снижении интенсивности курения: «на УЗИ сказали, что не хватает кислорода, поэтому буду меньше курить...». Женщины хотят отказаться от курения, но нередко им необходима помощь специалиста, а куда обратиться, они не знают: «хочу бросить, но меня контролировать надо... не знаю, где оказывают такую помощь».

В ходе анализа интервью установлено три категории лиц, описывающих мотивацию отказа от табакокурения во время беременности. Первая категория лиц — по причине самочувствия, которые отмечали факт недомогания при выкуривании очередной сигареты во время беременности. Вторую категорию лиц, отказавшихся от курения во время беременности, составили женщины, осознавшие ответственность не только за себя, но и за будущего ребенка. Такая направленность личности как раз позволяет женщинам без каких-либо проблем (тяжелой абстиненции, рецидивов) справиться с зависимостью. И наконец, третья категория лиц, для которых немаловажную роль в борьбе с табакокурением оказало ближайшее социальное окружение беременной — муж или родственники.

Заключение

Таким образом, качественные исследования для глубинного изучения явления табакизма и отношения к данной проблеме среди беременных могут служить основанием обращения внимания на серьезность сложившейся ситуации с последующей разработкой превентивных мероприятий при планировании и во время беременности. Кроме того, биопсихосоциальные причины (самочувствие, осознание и поддержка) должны лечь в основу отказа от табакокурения во время гестационного периода, что необходимо учитывать при разработке лечебно-реабилитационных и профилактических антитабачных программ. На этапе постановки на учет по беременности в женской консультации необходимо регистрировать у женщин наличие никотиновой зависимости для своевременного выявления психоэмоциональных, личностных особенностей беременных и оказания своевременной психопрофилактической и коррекционной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидоров, П. И. Наркологическая превентология: руководство / П. И. Сидоров. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 720 с.
2. Шевляков, В. В. Психологические факторы мотивации к табакокурению и отказу от него у молодежи / В. В. Шевляков, Н. В. Кузуро // Психологический журнал. — 2008. — № 3 (19). — С. 60–65.
3. Кваша, Е. А. Распространенность и динамика курения среди женщин / Е. А. Кваша // Демоскоп. — 2007. — № 305–306.
4. Костерева, В. В. Табакокурение и осложнения перинатального периода / В. В. Костарева, О. В. Тимошенко, В. И. Смирнов // Профилактическая и клиническая медицина. — 2011. — № 2 (39). — С. 226.

УДК 614.876:614.2

РОЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГИСТРА ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИИ ВСЛЕДСТВИЕ КАТАСТРОФЫ НА ЧАЭС, В ПРОДВИЖЕНИИ ЗДОРОВЬЯ*Чешик А. А.*

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь**

26 апреля 1986 года на 4-м энергоблоке Чернобыльской атомной станции (Украина) произошла крупная радиационная катастрофа, в результате которой значительные территории прилегающих регионов Белоруссии, Украины и Российской Федерации подверглись радионуклидному загрязнению [1, 2, 3]. Выброс радиоактивных элементов с поврежденного энергоблока длился около 10 суток, хотя формирование загрязненных прилегающих территорий продолжалось еще примерно в течение месяца [1, 2, 4]. Основной вклад в радиоактивное загрязнение местности в Республике Беларусь в первые дни после аварии внесли ^{131}I , ^{132}I , ^{132}Te , а также короткоживущие радионуклиды ^{103}Ru , ^{140}Ba и другие.

В настоящее время территорией радиоактивного загрязнения в Республике Беларусь считается та ее часть, на которой в результате катастрофы на ЧАЭС возникло долговременное загрязнение окружающей среды радиоактивными веществами с плотностью загрязнения почв радионуклидами ^{137}Cs , либо ^{90}Sr , или ^{238}Pu , ^{239}Pu , ^{240}Pu , соответственно 1,0; 0,15; 0,01 Ки/км² и более; иные территории, на которых средняя годовая эффективная доза облучения населения может превысить (над естественным и техногенным фоном) 1,0 мЗв. Сюда относят также территории, на которых невозможно получение продукции, содержание радионуклидов в которой не превышает республиканских допустимых уровней (статья Закона Республики Беларусь «О правовом режиме территорий, подвергшихся радиоактивному загрязнению в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС») [5].

Средняя эффективная доза за период 1986–2005 гг. составила 1,3 мЗв для 98 млн человек, обследованных в трех республиках, причем треть этого количества была получена в 1986 г. Прирост при этом составил менее 10 % по сравнению с дозой, получаемой за счет фоновой радиации за весь период (20 мЗв). Около 75 % полученной дозы было связано с внешним облучением, около 25 % — с внутренним, а 80 % эффективной дозы за время жизни получено к 2005 г. Дозы менее 1 мЗв получили около 70 % населения, а 20 % получили дозы между 1 и 2 мЗв. Однако около 150 тыс. человек (0,1 %) накопили дополнительно более 50 мЗв за 20 лет. Для примерно 500 млн человек в остальных странах Европы средняя эффективная доза за период 1986–2005 гг. оценивалась в 0,3 мЗв. Коллективная эффективная доза оценивалась приблизительно в 125 тыс. чел.-Зв для объединенного населения Беларуси, Украины и соответствующих частей России и приблизительно в 130 000 чел.-Зв для населения в остальных частях Европы [6].

По данным Государственных дозиметрических регистров Беларуси, Российской Федерации и Украины, среднее значение дозы внешнего облучения в 1986 г. составляло порядка 130 мГр. При этом среднее значение для ликвидаторов Беларуси составило 60 мГр, Российской Федерации 169 мГр, Украины 185 мГр [7, 8].

Следует отметить, что оценки доз облучения ликвидаторов, содержащиеся в Государственных чернобыльских дозиметрических регистрах Беларуси, России и Украины, не всегда надежны. По этой причине их использование в аналитических эпидемиологических исследованиях, где требуются индивидуальные дозы, неизбежно связано с дополнительными погрешностями. Считается, что для примерно 10 % военных дозиметрические данные Государственных регистров фальсифицированы и не могут считаться надежными [9]. Соответственно для остальных 90 % ликвидаторов оценки доз систематически завышены до двух раз [10].

Наиболее ожидаемый эффект от катастрофы на ЧАЭС является радиационный канцерогенез. Данные о заболеваемости и смертности различных категорий пострадавшего населения хранятся и накапливаются в Государственном регистре лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на ЧАЭС, других радиационных аварий (далее — Госрегистр). Именно государственная система регистрации заболеваемости и смертности используется для анализа показателей здоровья различных категорий пострадавшего населения, а также для планирования и управления медицинской помощью пострадавшему населению. Госрегистр зарекомендовал себя, как надежный инструмент обеспечения долговременного автоматизированного персонального учета лиц, подвергшихся облучению в результате катастрофы на ЧАЭС, оценки состояния их здоровья, выработки и проведения необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий, изучения структуры и динамики заболеваемости и ее исходов [11, 12]. За более чем 25 летний период наблюдения за когортой пострадавшего населения, можно констатировать следующее.

Пик заболеваемости детей (0–14 лет в 1986 г.) раком щитовидной железы отмечен в период 1995–1996 гг., когда уровень заболеваемости по отношению к 1986 г. увеличился в 39 раз. Избыточная заболеваемость данной патологией лиц, облученных радионуклидами йода в детском и подростковом возрасте, имела радиационно-индуцированный характер.

Заболеваемость взрослого населения раком щитовидной железы увеличилась более чем в 6 раз. При этом получены убедительные данные о радиационном генезе злокачественных новообразований этого органа не только у детей и подростков, но и у взрослого населения, а также неопухоловой патологии щитовидной железы у лиц, облученных в детском возрасте.

Исследованиями, проведенными до настоящего времени, не удалось напрямую связать увеличение частоты других, помимо рака щитовидной железы, локализаций злокачественных новообразований с действием аварийного облучения. При этом нужно учитывать небольшое время, прошедшее с момента окончания теоретического минимального латентного периода.

Анализ данных по заболеваемости раком молочной железы у женщин, находившихся в зоне эвакуации в ранний послеаварийный период и женщин в возрасте 0–18 лет на момент катастрофы, показывает выраженное, но статистически незначимое увеличение в виду крайне малого абсолютного числа заболевших.

Онкологическая заболеваемость у ликвидаторов с 1993 г. и по настоящее время была сопоставима со средним республиканским уровнем и не имела тенденции опережающего роста ни у мужчин, ни у женщин. Относительный риск по всем злокачественным новообразованиям за весь анализируемый период составил при этом у мужчин 1,05, у женщин — 1,07.

Скорее всего, незначительное превышение относительного риска и у мужчин и у женщин связано с ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями щитовидной железы. Риск возникновения рака щитовидной железы за этот же период составил у мужчин 5,95, у женщин — 2,95. Указанные значения относительного риска в значительной степени обусловлены заболеваемостью в группе лиц, облученных в детском возрасте: так относительный риск у лиц до 15 лет на момент заболевания составил 22,4 у мальчиков и 17,2 у девочек [13].

Таким образом, данные Госрегистра позволяют не только оценивать показатели здоровья различных категорий пострадавшего населения, но и, на основе многолетнего опыта, осуществлять прогнозирование, планирование и управление медицинской помощью пострадавшему населению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильин, Л. А. Реалии и мифы Чернобыля / Л. А. Ильин. — М.: ALARA Limited, 1994. — 446 с.
2. Разработка Всесоюзного регистра лиц, подвергшихся радиационному воздействию в результате аварии на Чернобыльской АЭС / А. Ф. Цыб [и др.] // Медицинская радиология. — 1989. — № 7. — С. 3–6.
3. Чернобыльская катастрофа / под ред. акад. В. Г. Барьяхтара. — Киев: Наукова думка, 1995. — 560 с.
4. Study of long-term psychological disorders among the Atomic-Bomb survivors / K. Neriishi [at al.] // Mental health consequences of the Chernobyl disaster: current state and future prospects: Proceedings of International Conference. — Kiev, 1995. — P. 29.
5. Закон Республики Беларусь «О правовом режиме территорий, подвергшихся радиоактивному загрязнению в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС» от 12 ноября 1991 г. № 1227-XII (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1991 г., № 35, ст. 622; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. — 1999. — № 37. — С. 2–33.

6. Chernobyl-related cancer in Belarus: Dose and risk assessment / Y. Kenigsberg [et al.] // Health Effects of People Who Live in the Radio-contaminated Areas Following the Chernobyl Accident. Radiation Effects Association. — Tokyo, 2002. — P. 26–42.
7. Kenigsberg, J. Exposure of Belarusian Liquidators of the Chernobyl accident consequences and possibilities of stochastic effects prognosis / J. Kenigsberg, J. Kruk // Proceeding 2nd International Scientific Conference Mitigation of the Consequences of the Catastrophe at the Chernobyl NPP: Status and Perspectives. — Gomel, 2000. — P. 62–66.
8. Cardis, E. What is feasible and desirable in the epidemiologic follow-up of Chernobyl? / E. Cardis, A. E. Okeanov // The Radiological Consequences of the Chernobyl Accident. Proceedings of the First International Conference. — Minsk, 1996. — P. 835–850.
9. Chumak, V. Problem of verification of Chernobyl dosimetric registries / V. Chumak, V. Krjuchkov // Technologies for the New Century. Proceedings of the 1998 ANS Radiation Protection and Shielding Topical Conference. April 19–23, 1998. American Nuclear Society, La Grange Park, Illinois. 1998. — P. 545–552.
10. Уровни облучения участников ликвидации последствий Чернобыльской аварии в 1986–1987 гг. и верификация дозиметрических данных / Л. А. Ильин [и др.] // Радиационная биология. Радиоэкология. — 1995. — № 35 (№ 6). — С. 803–828.
11. Публикация 103 Международной Комиссии по радиационной защите (МКРЗ) / под общ. ред. М. Ф. Киселева, Н. К. Шаланды; пер. с англ. — М.: Алана, 2009. — 312 с.
12. Sources and Effects of Ionizing Radiation. United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation. UNSCEAR 2000 Report to the General Assembly UN. — New York, 2000. — P. 566.
13. Сборник информационно-аналитических материалов о создании элементов системы мер адресной специализированной медицинской помощи гражданам России и Беларуси, пострадавшим вследствие чернобыльской катастрофы, с учетом данных Единого чернобыльского регистра // под ред. А. В. Рожко. — Минск: БОРБИЦ РНИУП «Институт радиологии», 2010. — 45 с.

УДК 614.2:616-084

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПРОФПАТОЛОГИИ И РАЗВИТИЕ РЕКРЕАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА КАК НАПРАВЛЕНИЕ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ

Шаршаков Ю. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

В результате социально-экономических преобразований в странах, возникших на постсоветском пространстве, включая и Беларусь, произошла фактически ликвидация промышленной медицины, включающей не только медсанчасти, но и врачебные, фельдшерские здравпункты, санатории-профилактории, спортивно-оздоровительные комплексы, центры здоровья, учреждения общественного и диетического питания, что, безусловно, негативно отразилось на качестве медицинской помощи работающему населению, в том числе профилактике профессиональных и производственно обусловленных заболеваний.

Отсутствие вертикали взаимодействия и преемственности среди разнообразных структур, осуществляющих медицинское обеспечение работающих на различных его этапах, начиная с первичного медико-санитарного звена до центров профпатологии, способствует низкой выявляемости профессиональных заболеваний, особенно на ранних стадиях.

Многими специалистами неоднократно отмечалось, что действующая в нашей стране система социального страхования от профессиональных заболеваний изначально противоречит принципам профилактики. Определение страхового случая вследствие профессионального заболевания через понятие утраты трудоспособности привело к тому, что на ранних стадиях заболевания, когда не утрачена не только профессиональная, но и общая трудоспособность, однако имеются клинические признаки заболевания и контакт с неблагоприятным производственным фактором. Фонд социального страхования не рассматривает случай в качестве страхового.

Важнейшее значение в предупреждении профессиональных и профессионально обусловленных заболеваний имеют обязательные предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры работающих. Основная задача периодических медицинских осмотров — выявление наиболее ранних признаков воздействия неблагоприятных производственных факторов, а также общих заболеваний, являющихся противопоказанием для продолжения данной профессиональной деятельности.

В настоящее время вопросы организации и проведения предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров регламентируются рядом нормативных документов, что затрудняет работу специалистов ввиду имеющихся в них противоречий и нестыковок. Важной проблемой по-прежнему остается отсутствие единых стандартов по оказанию профпатологической помощи на всех этапах медицинского обслуживания населения, начиная с организации медицинских осмотров и заканчивая реабилитацией работников, получивших профессиональное заболевание.

Отмечаемое низкое качество проведения медицинских осмотров обусловлено низкой обеспеченностью лечебно-профилактических учреждений медицинскими кадрами и в первую очередь профпатологами; недостаточной оснащенностью диагностическим оборудованием медицинских учреждений, проводящих медицинские осмотры; несовершенством системы лицензирования на медицинские услуги и аудита медицинских учреждений как элемента системы управления качеством, отсутствием специальной подготовки медицинских кадров по профпатологии. Все это подтверждается и результатами медицинских осмотров работающих во вредных и опасных условиях труда.

Проблема ранней диагностики профессиональных заболеваний, выявления самых начальных симптомов на этапах периодического медицинского осмотра и в центрах профпатологии диктует необходимость широкого внедрения в практику здравоохранения качественно новых диагностических методов и подходов. Заслуживают внимания проводимые исследования по оценке генетического статуса и выявлению генетико-биохимических маркеров различных форм профессиональных заболеваний, которые могут использоваться для обоснования критериев индивидуального прогноза риска развития профзаболеваний. В настоящее время разработаны комплексы диагностических критериев выявления начальных форм профессиональных заболеваний, которые будут включены в соответствующие документы и стандарты оказания профпатологической помощи.

Медицина труда как интегрированная область профилактической и лечебной медицины должна обеспечивать комплексное решение проблемы сохранения здоровья работающего населения в соответствии с национальной программой по охране здоровья работников, где предполагается осуществление всего комплекса мер — политических, экономических, экологических, технологических, правовых, социальных, научных, медицинских, санитарно-гигиенических и противоэпидемических, направленных на создание благоприятных условий жизнедеятельности, минимизацию рисков нарушения здоровья, сохранение и укрепление физического и психического здоровья работников, профилактику заболеваний, увеличение продолжительности активной жизни и трудоспособности.

Важнейшей составной частью профилактики и охраны здоровья работников остается поиск новых организационных моделей медико-профилактического обслуживания промышленных рабочих. Проекты воссоздания медико-санитарного обеспечения работающих с учетом новых социально-экономических условий при комплексном подходе к охране здоровья, профилактике заболеваний, медико-социальной реабилитации членов трудового коллектива, а также сохранения трудовых ресурсов и повышения экономической эффективности производства реализуются на ряде предприятий и в Республике Беларусь.

Формирование в республике системы медицины труда, адаптированной к международным нормам и требованиям, будет способствовать не только улучшению всей системы охраны труда и здоровья работающих, их социальной защиты, но и, что особенно важно для развития экономики страны, обеспечит в определенной степени необходимые условия для решения проблем конкурентоспособности, продвижения страны на мировой рынок, привлечению инвесторов.

Создание системы сохранения и укрепления здоровья работающего населения позволит улучшить здоровье нации, повысить качество трудовых ресурсов государства, увеличить производительность труда, что приведет к росту благосостояния населения страны.

УДК 614.4:616.98:578.828НIV]-053/5(476/2)

**ОЦЕНКА УРОВНЯ ОБРАЗОВАННОСТИ ШКОЛЬНИКОВ
Г. ГОМЕЛЯ ПО ПРОБЛЕМЕ ВИЧ/СПИД***Шаршакова Т. М., Анашкина Е. Е.***Учреждение образования****«Гомельский государственный медицинский университет»****г. Гомель, Республика Беларусь*****Введение***

Проблема ВИЧ/СПИД является одной из наиболее актуальных как для всего человечества, так и для медицины. Это подтверждает наличие государственных программ по ВИЧ/СПИД в Беларуси, России, странах Западной Европы и других и свидетельствует об интересе к данной проблеме на самом высоком уровне. На сегодняшний день инъекционный путь передачи ВИЧ-инфекции уступил место половому пути. Это можно связать как с улучшением медицинского обеспечения больниц, соблюдением мер предосторожности лицами, употребляющими наркотические вещества, так и со снижением уровня полового воспитания детей и подростков. По данным белорусских социологов, половая жизнь у подростков начинается в среднем в 12–13 лет. [1]. В этом возрасте люди не имеют достаточно четкого представления о методах контрацепции и их эффективности, не говоря уже об инфекциях, передаваемых половым путем, последствиях их развития в организме. Таким образом, раннее половое воспитание молодежи является весьма актуальным вопросом для специалистов любой специальности, так как представляет собой не только звено первичной профилактики ВИЧ-инфекции, но и помогает в предотвращении целого ряда проблем для благополучия индивида (нежелательная беременность, ИППП и др.). Также остается актуальным вопрос о том, каким образом следует преподносить информацию школьникам, чтобы и заинтересовать их в актуальности данной проблематики, и одновременно донести им необходимый уровень теоретических знаний.

Цель

Изучить уровень образованности школьников г. Гомеля по вопросу ВИЧ-инфекции путях ее передачи, мерах профилактики. Выявить новые, более продуктивные подходы к подаче информации школьникам и актуализации данной проблемы среди молодежи.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базах 20 школ г. Гомеля. В исследовании приняло участие 326 учеников старшего школьного возраста. Совместно с психологами УО «Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины» разработана модель тренинга и анкетирования для школьников, содержащая не только образовательный материал, но и развлекательную составляющую, представляющую собой тематические игры, упражнения.

Результаты исследования

Всем школьникам до начала тренинга предлагалось пройти анкетирование для определения базового уровня знаний по вопросу ВИЧ-инфекции. После этого проводился тренинг, освещавший все вопросы предлагаемого ранее анкетирования, а после его завершения всем ученикам было предложено снова ответить на вопросы анкеты. Таковой подход к работе со школьниками позволял не только оценить базовый уровень знаний, но и эффективность проводимого тренинга. Поскольку структура тренинга предполагала блочное построение общения (разделы, содержащие теоретические знания чередовались с игровыми блоками), вполне реально было оценить уровень заинтересованности респондентов во время того или иного блока. Данное исследование проводилось в рамках международного проекта «Роль системы образования в профилактике ВИЧ/СПИД», Беларусь-Польша, 2012 г.

Как и предполагалось, исходный уровень знаний школьников по вопросам ВИЧ-инфекции был на неудовлетворительно низком уровне. 4 % респондентов даже не слышали ранее о таком заболевании. 23 % респондентов имели представление о путях передачи

ВИЧ-инфекции, некоторых методах профилактики. Подавляющее большинство школьников — 73 % сообщили, что лишь слышали о такой проблеме, но не имеют определенного мнения о ее возникновении, течении, профилактике. Наибольший интерес, что ожидаемо, представлял для школьников развлекательный раздел тренинга, однако, поскольку он содержал в себе практическую отработку теоритического материала, то достиг своей цели — закрепление теоритических знаний о ВИЧ-инфекции. После завершения тренинга и прохождения респондентами повторного анкетирования было выявлено, что знания школьников по ВИЧ-инфекции повысились до уровня представления о путях передачи заболевания, стадиях развития его в организме, принципах лечения и профилактики. 15 % респондентов высказали личную озабоченность данной проблематикой, особенно вопросами взаимодействия ВИЧ-инфицированных людей и общества, вопросами стигмы.

По итогам исследования можно сделать следующие **выводы**:

1. Уровень знаний современной молодежи г. Гомеля о ВИЧ-инфекции находится на недопустимо низком уровне.
2. Разработка базовых обучающих тренингов для повышения уровня знаний по проблеме ВИЧ/СПИД является приоритетной перед лекционной формой подачи информации при работе с молодежью.
3. Раннее начало предоставления людям знаний о ВИЧ-инфекции способно повысить эффективность первичной профилактики данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Общественно-демократический сайт Гомеля «Сильные новости», 2014. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: Odsгомel.org/rus/article/society/50242/. — Дата доступа: 10.03.2014

УДК 614.882/.883

ЛОГИСТИКА УПРАВЛЕНИЯ САНИТАРНЫМ АВТОТРАНСПОРТОМ — ОСНОВА ОБЕСПЕЧЕНИЯ СВОЕВРЕМЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ВЫЗОВОВ, ПОСТУПАЮЩИХ НА СТАНЦИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Шестаков Г. С.

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»
г. Москва, Российская Федерация**

Традиционно объектами изучения стали больничные и амбулаторно-поликлинические учреждения, так как они составляют основу системы здравоохранения. Именно исследованиям работы этих учреждений в новых условиях посвящена подавляющая часть работ.

Несмотря на то, что в стране насчитывается более трех тысяч станций и отделений скорой медицинской помощи, а в их составе работает около 20 тыс. врачей и свыше 70 тыс. средних медицинских работников, практически отсутствуют исследования направленные на изучение и совершенствование деятельности этих медицинских учреждений для обеспечения своевременности выполнения поступающих вызовов. Отдельные работы посвящены или обобщению опыта работы станций (И. С. Элькис, 1997) или ограничиваются констатацией сложностей и перечнем проблем своевременного выполнения поступающих вызовов на станции скорой медицинской помощи (Л. А. Мыльникова, 2000., В. Н. Налитов, 2000 и др.).

Медицинская деятельность больниц и амбулаторий осуществляется в стенах самого учреждения и организация их работы, показатели и нормативы работы не зависят от места расположения, будь то большой город или сельская местность. Методика оценки таких лечебно-профилактических учреждений определена, а показатели и нормативы их деятельности сопоставимы.

Станции и отделения скорой медицинской помощи оказывают экстренную помощь внезапно заболевшим и пострадавшим вне учреждения. Многообразие условий, обусловлен-

ных особенностями района обслуживания, значительно затрудняет сравнительную оценку деятельности бригад, медицинского персонала, работающего в их составе, подстанций, станций скорой медицинской помощи, что не позволяет определить оптимальное число бригад для станций, планировать необходимые объемы финансирования, а также осуществлять дифференцированную оплату их труда в зависимости от объемов выполняемой работы.

Для определения эффективности деятельности станций и отделений скорой медицинской помощи, сравнительной оценки работы станций, подстанций, бригад скорой помощи и медицинского персонала нами применен метод математического моделирования. Эффективность работы станции (отделения), подстанции обусловлена рациональным передвижением бригад, что позволяет выполнять большее число вызовов при сокращении времени выполнения выезда.

Кроме того, метод моделирования позволяет определять показатель, который является относительной расчетной величиной. Такая величина характеризует объем (число выполненных выездов) работы, выполненной станцией (подстанцией); бригадой скорой помощи или медицинским персоналом в среднесуточном исчислении при имеющихся условиях, что позволяет осуществлять сравнительную оценку работы станций, подстанций, бригад скорой помощи и медицинского персонала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мьельникова, Л. А. К вопросу об эффективности работы службы скорой медицинской помощи / Л. А. Мьельникова // Материалы междунар. науч.-практ. конф., Москва, 18–19 апреля 2000 года. — М., 2000. — С. 69–70.
2. Налитов, В. Н. Опыт организации реформирования службы экстренной медицинской помощи в условиях крупного города / В. Н. Налитов // Материалы междунар. науч.-практ. конф., Москва, 18–19 апреля 2000 года. — М., 2000. — С. 44–49.
3. Элькис, И. С. Организация службы скорой медицинской помощи в г. Москве / И. С. Элькис // Здравоохранение. — 1999. — № 12. — С. 58–66.

УДК 614.2:616-052(1-21)

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕГИСТРАЦИИ И УЧЕТА ОБРАЩЕНИЙ БОЛЬНЫХ В МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ КРУПНОГО ГОРОДА

Шестакова А. Г.

Научно-исследовательский институт
общественного здоровья и управления здравоохранением
Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования

«Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»
г. Москва, Российская Федерация

В процессе предоставления медицинской помощи населению крупного города принимают участие многие функционально различные субъекты, в том числе станции скорой медицинской помощи, поликлиники, диагностические центры, медико-санитарные части, входящие в их состав отделения, кабинеты, работающие в этих подразделениях врачи, консультанты и др. Учет обращений и регистрация заболеваний осуществляется на уровне врач – организация – отдел статистики – комитет статистики органа управления здравоохранением. При этом в случаях обращений больного по поводу одного и того же заболевания в различные медицинские организации происходит искажение показателей заболеваемости, что затрудняет управление ресурсами в системе здравоохранения крупного города (рисунок 1).

Наиболее полная информация может быть получена при внедрении в системы сбора данных об обращаемости в медицинские организации города и формировании банка данных в поликлиниках по месту жительства пациентов на основе применения медико-социальной карты пациента при регистрации обращения в любую медицинскую организацию, которые переносятся в компьютерную базу данных. Медико-социальная электронная карта пациента является первичной документацией.

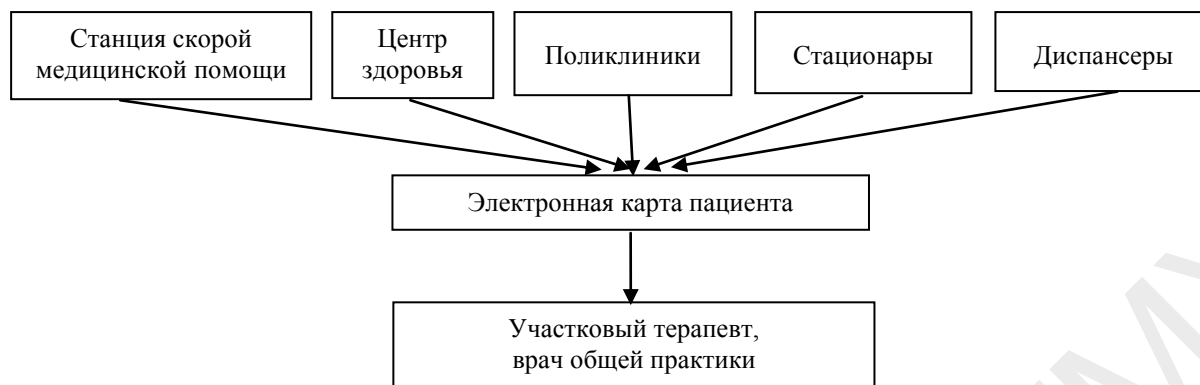


Рисунок 1 — Схема сбора данных об обращениях в медицинские организации

При формировании сведений должны учитываться все требования Федерального законодательства о порядке ведения индивидуального персонифицированного учета сведений пациентов.

Основой автоматизированной информационной системы, обеспечивающей персонифицированный учет состояния здоровья и факторов, влияющих на возникновение и течение заболеваний у каждого пациента, является медико-социальная электронная карта здоровья пациента.

Для обеспечения учета случаев медицинской помощи больным могут использоваться типовые программные комплексы, предназначенные для формирования базы данных по учету оказанной медицинской помощи.

Для автоматизированного персонифицированного учета состояния здоровья и эффективности, проводимых лечебно-диагностических мероприятий при оказании медицинской помощи больным необходимо формирование информационных потоков, учитывающих не только медицинские факторы, но и состояние среды обитания, социальные условия, генетические факторы.

Медико-социальная карта пациента заполняется участковым терапевтом или врачом общей практики при обращении и регистрации в любой медицинской организации.

Применение медико-социальной электронной карты пациента позволяет не только накапливать информацию о состоянии здоровья пациента и факторах, влияющих на течение гипертонической болезни, определять оптимальную схему лечения и планировать профилактические мероприятия среди населения.

УДК 616.89-036.8:167/168

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПСИХИАТРИИ

Шилова О. В.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

На современном этапе общественного развития вопросы качества медицинской помощи остаются актуальной и сложной проблемой общества.

Долгие годы качество оказываемой помощи оценивается по показателям модели конечного результата работы стационара и диспансера, а также по ретроспективному выборочному анализу истории болезни выписанных пациентов [1]. Проблема обеспечения качества психиатрической помощи сформировалась в настоящее время в самостоятельное направление психиатрии. Главной причиной столь повышенного внимания к ней является неудовлетворенность как пациентов, так и общества качеством этой помощи.

Современные тенденции в исследовании проблем, связанных с эпидемиологией и лечением психических расстройств, характеризуются смещением акцентов с классических

клинических подходов к более универсальным оценкам психического состояния, основанным на представлении о психическом здоровье как о совокупности психического, социального, физического благополучия и состояния равновесия личности и окружающей среды. Универсальным показателем благополучия индивидуума, уровня его адаптации и гармонии с окружающей средой, могут рассматриваться параметры, определяющие социальное функционирование и качество жизни [2]. Удовлетворенность потребителей услуг становится важным фактором качества оказываемой услуги.

Высокая стоимость всех видов лечения (особенно стационарного) при одновременном снижении государственного финансирования и росте объема оказываемых платных услуг требуют поиска новых методов и форм работы медицинских учреждений и персонала, а также новых подходов в оценке эффективности службы. Тенденции преобразования здравоохранения, в том числе в психиатрии, во всем мире направлены на снижение доли стационарного лечения и ресурсосберегающие технологии в сочетании с обеспечением эффективности и удовлетворенности потребителей (пациентов и их родственников).

Изменение психиатрии как науки, появление новых психофармакологических возможностей для лечения пациентов вносит существенные изменения в цели терапии и ожидаемые результаты. Если в прошлые десятилетия актуальной задачей психиатрии было выявление и изоляция пациентов, купирование психозов и состояний возбуждения, то задачей современной психиатрии становятся их оптимально возможная ресоциализация с максимально возможным сохранением качества жизни и уровня их социального функционирования.

Самостоятельной проблемой в современной психиатрии является значительное бремя семьи, где есть пациент с психическим расстройством. Оно проявляется как объективными, материальными трудностями (потеря дохода), так и субъективными проблемами (дистресс, стыд, вина). Пациенты психическими расстройствами часто становятся несамостоятельными, зависимыми в бытовом и социальном плане от родственников. Эмоциональный дискомфорт, связанный с чувствами стыда, вины и чрезмерная вовлеченность в жизнь больного родственника может существенно ограничивать их собственную жизнь.

Оценка выраженности бремени семьи (как материального, так и субъективного) — необходимый фактор оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий и качества психиатрической помощи в целом, по данным зарубежных исследований [3]. В нашей стране это достаточно новое направление.

Изучение качества жизни пациентов психическими расстройствами — одна из сложных проблем в методологическом плане. Это связано с большим количеством факторов [4]. Известно, что большинство современных инструментов для изучения качества жизни, связанного со здоровьем, основаны на субъективных самоотчетах пациентов в области вопросов, касающихся функционирования в различных сферах. Это социальное, семейное, эмоциональное, когнитивное, физическое и соматическое благополучие, оцениваемое самим пациентом.

Значительное количество пациентов психическими расстройствами не могут вполне адекватно оценить свое состояние. Можно выделить несколько проблемных групп.

Это пациенты в остром психотическом состоянии — из-за грубого искажения реальности клиническими психопатологическими симптомами, пациенты в состоянии деменции из-за грубых когнитивных нарушений и неспособности правильно оценивать необходимые факторы. Сложности возникают и с пациентами с шизофренической дефицитарной симптоматикой из-за когнитивных нарушений (высказывания пациентов могут отражать их искаженные болезнью представления). Среди наиболее значимых факторов, влияющих на оценку качества жизни, стоит считать расстройства настроения (как маниакальные, так и депрессивные синдромы в рамках различных заболеваний) и бредовое толкование реальности. Так, при маниакальном синдроме с повышенным жизненным тонусом, неоправданно позитивным восприятием себя, обстоятельств и перспектив, закономерно возникает диссоциация между реальным социальным функционированием (часто сниженным) и оценкой удовлетворенности качеством жизни (повышенной). При депрессивных синдромах наблюдается обратное соотношение — сниженное настроение, тонус и ангедония как

симптомы расстройства приводят к неоправданно пессимистичной оценке качества жизни при (возможно) достаточно устойчивой социальной адаптации [5].

Таким образом, исследование не позволяет создать репрезентативную выборку, но создает возможность для сравнительного анализа. Кроме того, в исследование не включаются пациенты, не давшие информированного согласия на исследование, как того требует Хельсинское соглашение по биоэтике [3].

В литературе рассматриваются различные подходы для коррекции данных. Чаще всего опросники дополняются данными клинико-психопатологических шкал (например, PANSS для пациентов психотическими расстройствами) и проводится коррекция результатов исследования. Достаточно часто используется одновременно несколько опросников в сочетании с оценкой уровня социального функционирования и клинико-социальными данными, а также бременем семьи [2, 4].

В проведенном на кафедре пилотном исследовании 20 пациентов шизофренией и невротическими (тревожными) расстройствами ставилась задача оценить принципиальную возможность перспективную информативность некоторых наиболее распространенных в зарубежной и русскоязычной литературе опросников. Были использованы опросники SF-36, а также ВОЗКЖ-100, SDS (краткий опросник по оценке трудоспособности Д. Шихана), русскоязычная версия Q-LES-Q-SF (Опросник по качеству жизни: оценка удовлетворенности и способности радоваться жизни) Д. Эндикотта в краткой и полной версиях, ZBI (опросник по ощущению обремененности, связанному с уходом за больным) Steven H. Zarit 1990, любезно предоставленный МАПИ по договору о возможности использования его для эпидемиологических исследований.

Было выявлено, что существенно ограничены возможности использования опросника ВОЗКЖ-100 из-за его большого объема и сложности вопросов. Для пациентов психотического регистра это становилось непреодолимым препятствием, для невротических пациентов было утомительным и приводило в ряде случаев к отказам.

Опросники SF-36, SDS и Q-LES-Q-SF в полной версии могут быть использованы и быть информативны для изучения качества жизни пациентов невротического спектра (небольшая выборка не позволяет анализировать результаты). ZBI для данного контингента не актуален в виду сохранности социальной адаптации пациентов. Для пациентов психотического спектра (шизофрения) возможными для исследования показали себя опросники SDS, Q-LES-Q-SF в краткой версии, ограниченно применим SF-36, актуален ZBI. Дополнение клиническими шкалами необходимо для коррекции результатов при выраженности психопатологической симптоматики (PANSS для шизофрении, шкалы тревоги и депрессии).

Разработка дифференцированных комплексов опросников для различных категорий пациентов является перспективным направлением изучения качества жизни пациентов психиатрического профиля. Адаптация их для белорусской популяции, внесение изменений в некоторые инструменты для удобства использования и повышения чувствительности к изменениям в процессе медико-социальной реабилитации позволит использовать их для оценки эффективности деятельности психиатрической службы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вардосанидзе, С. Л. Управление качеством психиатрической помощи населению Ставропольского края / С. Л. Вардосанидзе, И. А. Былим // Российский психиатрический журнал. — 2006. — № 5. — С. 13–16.
2. Ястребов, В. С. Основные положения концепции обеспечения качества психиатрической помощи / В. С. Ястребов, Т. А. Солохина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2003. — Т. 103, № 5. — С. 4–10.
3. Ritsner, M. S. Predicting 10-year quality-of-life outcomes of patients with schizophrenia and schizoaffective disorders / M. S. Ritsner, A. Lisker, A. Grinshpoon // Psychiatry Clin Neurosci. — 2014. — Jan 9. doi: 10.1111/pcn.12135.
4. Демчева, Н. К. Новые подходы к оценке показателей качества жизни и социального функционирования психически больных и возможности их применения в эпидемиологических исследованиях / Н. К. Демчева // Российский психиатрический журнал. — 2006. — № 5. — С. 30–38.
5. Березанцев, А. Ю. Качество жизни больных шизофренией в различных группах населения (клинико-социальный и гендерный аспекты) / А. Ю. Березанцев, О. И. Митрофанова // Российский психиатрический журнал. — 2009. — № 3. — С. 26–34.

УДК 613.2

**ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИЗМЕНЕНИЯ РАЦИОНА
НА СТАТУС ПИТАНИЯ КУРСАНТОВ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ СТРУКТУРЫ ТЕЛА***Ширко Д. И., Игнатъев В. В., Горошко В. И.***Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь*****Введение***

Пища является единственным источником макро- и микронутриентов, которые необходимы для поддержания стабильности формы, строения и состава тела, т. е. существует прямая связь между питанием и формированием морфологических структур организма, определяющих его анатомическое строение.

В соответствии с этим показатели структуры тела могут использоваться для оценки взаимодействия организма и окружающей среды, характеристики метаболических процессов в организме, сбалансированности в деятельности различных систем, а также оценки состояния здоровья населения, сложившегося под влиянием предшествующего фактического питания (статуса питания).

Наиболее чувствительным, отражающим, прежде всего, энергетическую адекватность питания индивидуума, является величина жирового компонента тела (ЖКТ) [2].

Большая часть жира, как правило, располагается под кожей. Исходя из этого, считается, что измеренная в определенных местах толщина кожно-жировой складки может использоваться для расчета данного показателя структуры тела.

В связи с ролью Вооруженных Сил в системе государственного устройства, курсанты учреждений высшего военного образования являются одной из социально-значимых групп нашего общества. Питание их централизовано и основным источником питательных веществ и энергии является установленный рацион питания. В последнее время в нем произошли существенные изменения (уменьшение количества хлеба, макаронных изделий круп, масла растительного, сахара и картофеля, исключение колбасных изделий, введение мяса птицы, сметаны, сыра сычужного, чеснока, укропа, петрушки, сельдерея, увеличение норм сока и яиц), вместе с тем оценка их влияния на статус питания данной категории военнослужащих до настоящего времени не проводилась.

Цель

Оценка влияния изменения рациона на статус питания курсантов по показателям величины ЖКТ, на примере военной академии Республики Беларусь.

Материал и методы исследования

Объектом исследования являлись 280 курсантов 1–5 курсов учреждения образования «Военная академия Республики Беларусь».

Оценка величины ЖКТ проводилась по методике J. V. Durnin, J. C. Womersley, заключающейся в измерении кожно-жировой складки с помощью калипера, обеспечивающего стандартное постоянное давление 10 г/мм^2 , с точностью $\pm 0,1 \text{ мм}$ в четырех точках, расположенных на правой половине тела: на уровне средней трети плеча над бицепсом и трицепсом, под углом лопатки и в паховой области на расстоянии 2–3 см выше пупартовой связки, с последующим расчетом данного показателя по формуле:

$$\text{ЖКТ} = 495 : 1,162 - 0,063 \times \lg(\sum \text{КЖС}) - 450,$$

где ЖКТ — величина жирового компонента тела, %;

1,162 и 0,0630 — эмпирические коэффициенты для расчета удельного веса тела у молодых людей 17–19 лет, для обследуемых 20 лет и более использовались коэффициенты 1,1631 и 0,0632;

$\sum \text{КЖС}$ — сумма толщин КЖС, измеренных в 4 точках, мм.

Результаты оценивались в соответствии со следующими критериями:

- менее 9,0 % — недостаточный статус питания;
- 9,0–12,0 % — пониженный статус питания;
- 12,1–18,0 % — оптимальный статус питания;
- 18,1–21,0 % — повышенный статус питания;
- более 21,0 % — избыточный статус питания.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica» (Version 6 — Index, Stat. SoftInc., USA).

Полученные данные сравнивались с результатами, полученные при аналогичном исследовании 285 курсантов в 2010 г.

Сравнение относительных показателей проводилось с использованием χ^2 -критерия, χ^2 -критерия с поправкой Йетса на непрерывность (при использовании абсолютных частот менее и точного критерия Фишера (Fisherexactp)).

Все статистические тесты проведены для двустороннего уровня значимости. Различия считали достоверными при $p < 0,05$ (вероятность выше 95 %).

Результаты исследования

В результате проведенного исследования установлено, что средняя величина ЖКТ достоверно увеличилась с $14,16 \pm 0,19$ % до $15,41 \pm 0,29$ % ($p < 0,01$).

Данная тенденция связана с достоверным снижением удельного веса лиц с недостаточным (с 3,60 до 0 %) и пониженным (с 20,31 до 8,57 %) статусом питания ($p < 0,05$), увеличением доли лиц с оптимальными значениями величины ЖКТ (с 61,18 до 87,14 %, $p < 0,001$).

Относительное количество курсантов с повышенным и избыточным статусом питания также стало ниже (с 10,03 до 2,86 %, $p < 0,05$ и с 4,88 до 1,43 % соответственно).

Выводы

Изменения рациона способствуют улучшению питания и формированию оптимальных показателей здоровья большинства курсантов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беляева, Н. Н.* Значимость морфологических показателей в гигиенических исследованиях / Н. Н. Беляева // Гигиена и санитария. — 2000. — № 5. — С. 56–59.
2. *Дорошевич, В. И.* Статус питания и здоровье военнослужащих / В. И. Дорошевич. — Минск: БГМУ, 2004. — 91 с.
3. *Общая и военная гигиена: учебник / под ред. Б. И. Жолуса.* — СПб.: ВМА, 1997. — 472 с.
4. *Реброва, О. Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. — М.: МедиаСфера, 2002. — 312 с.
5. *Durnin, J. V.* Body fat assessed from total body density and its estimation from skin fold thickness: measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 years / J. V. Durnin, J. Womersley // Br. J. Nutr. — 1974. — Vol. 32, № 2. — P. 77–97.

УДК 616.9

ТЕНДЕНЦИИ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В Г. МИНСКЕ В УСЛОВИЯХ ПРЕВАЛИРОВАНИЯ ПОЛОВОГО ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ

Юровский П. Н.

**Государственное учреждение
«Минский городской центр гигиены и эпидемиологии»
г. Минск, Республика Беларусь**

Использование разных определений для понятия «Поздняя диагностика ВИЧ-инфекции» представляло проблему в течение многих лет. Однако в октябре 2009 г. Европейской рабочей группой был достигнут консенсус в отношении этого определения. Результаты были представлены на конференции HIV in Europe 2009 в Стокгольме (Швеция) и на 12-й конференции European AIDS Clinical Society (EACS) в Кельне (Германия) в ноябре 2009 г., где использовалось согласованное определение.

Европейской рабочей группой были приняты следующие согласованные определения:

1. «Поздняя диагностика»:

— обращение за медицинской помощью происходит при количестве CD₄-лимфоцитов менее 350 клеток/мкл;

— имеются симптомы СПИД-индикаторного заболевания независимо от количества CD₄-лимфоцитов.

2. «Поздняя диагностика в продвинутой стадии»:

— обращение за медицинской помощью происходит при количестве CD₄-лимфоцитов менее 200 клеток/мкл;

— имеются симптомы СПИД-индикаторного заболевания независимо от количества CD₄-лимфоцитов [1].

По большому счету, пациенты, выявленные в продвинутой стадии, рассматриваются как подгруппа поздно диагностированных пациентов с повышенным риском смерти, обусловленной СПИДом, особенно в первый год после постановки диагноза.

Позднюю диагностику оценивали в соответствии с определением «Поздней диагностики» Европейской рабочей группы 2009 года по степени иммуносупрессии у 600 пациентов, взятых на диспансерное наблюдение в консультативно-диспансерном отделении по ВИЧ-инфекции учреждения здравоохранения «Городская клиническая инфекционная больница» г. Минска (КДО УЗ «ГКИБ») за период 2008–2013 гг.:

а) лица, вовлеченные в медицинскую помощь, с числом CD₄-лимфоцитов менее 350/мкл;

б) лица, вовлеченные в медицинскую помощь, с числом CD₄-лимфоцитов менее 200/мкл (выраженная иммуносупрессия).

Определили следующие группы по рискам трансмиссии ВИЧ:

1) потребители инъекционных наркотиков (ПИН);

2) мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами (МСМ);

3) гетеросексуальные мужчины (Гетеро М);

4) гетеросексуальные небеременные женщины (Гетеро Ж неберем.);

5) гетеросексуальные беременные женщины (Гетеро Ж берем.).

При сравнении динамики поздней диагностики и среднего значения абсолютного числа CD₄-лимфоцитов при первичном обследовании в КДО УЗ «ГКИБ» среди пациентов, взятых на диспансерное наблюдение в 2008–2010 гг. и в 2011–2013 гг., установлено следующее:

1. Среднее значение абсолютного числа CD₄-лимфоцитов при первичном обследовании в КДО УЗ «ГКИБ» снизилось с 348,1 до 313,4 клеток/мкл (рисунок 1).

2. Среди групп по рискам трансмиссии ВИЧ отмечается рост поздней диагностики и снижение среднего значения абсолютного числа CD₄-лимфоцитов при первичном обследовании в КДО УЗ «ГКИБ» во всех гетеросексуальных группах (рисунок 1).

3. Среди традиционной группы риска ПИН поздняя диагностика не превышала 50 %, а среднее значение абсолютного числа CD₄-лимфоцитов при первичном обследовании в КДО УЗ «ГКИБ» увеличилось с 379,9 до 393,5 клеток/мкл. Ситуация в отношении МСМ до 2011 г. была недостаточно ясна из-за регистрации единичных случаев. Во многом, это было связано с боязнью раскрытия сексуальной ориентации из-за присутствующего высокого уровня стигматизации в обществе (рисунок 1).

4. По мере развития эпидемии, ВИЧ-инфекция все чаще встречается среди людей среднего, и даже пожилого возраста, поэтому поздняя диагностика является большей проблемой для старших возрастных групп. Но обращает на себя внимание рост поздней диагностики и снижение среднего значения абсолютного числа CD₄-лимфоцитов при первичном обследовании в КДО УЗ «ГКИБ» в возрастной группе 20-29 лет. Это можно объяснить тем, что многие МСМ, инфицирование которых произошло за пределами Республики Беларусь, активно вовлекались в систему оказания специализированной медицинской помощи на продвинутых стадиях (рисунок 2).

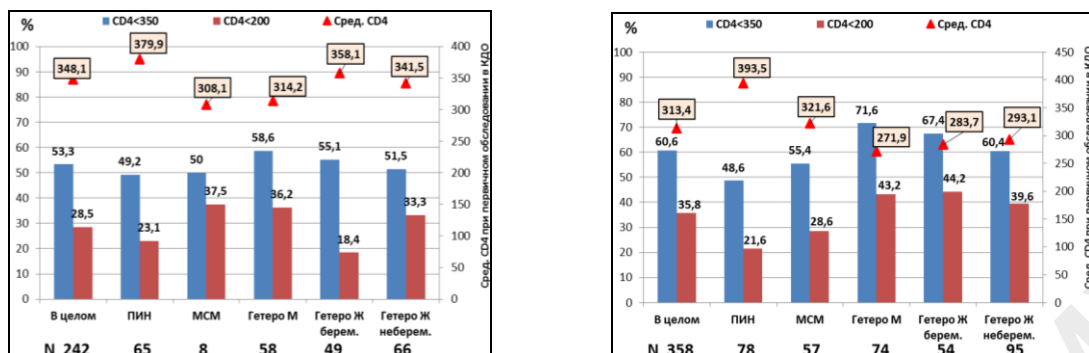


Рисунок 1 — Динамика поздней диагностики и среднего значения абсолютного числа CD₄-лимфоцитов при первичном обследовании в КДО УЗ «ГКИБ» в целом и по группам риска трансмиссии ВИЧ в 2008–2010 гг. (график слева) и в 2011–2013 гг. (график справа)

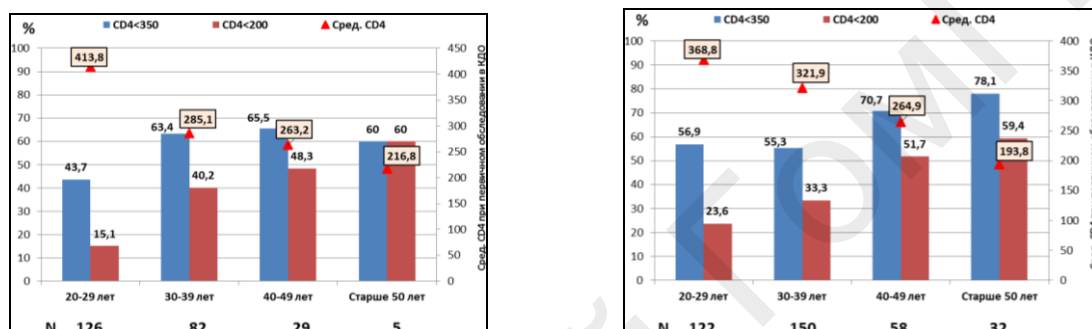


Рисунок 2 — Динамика поздней диагностики и среднего значения абсолютного числа CD₄-лимфоцитов при первичном обследовании в КДО УЗ «ГКИБ» г. Минска по возрастным группам в 2008–2010 гг. (график слева) и в 2011–2013 гг. (график справа)

ЛИТЕРАТУРА

1. European late presenter working group: Late presentation of HIV-infection: A consensus definition, HIV Medicine 2010, published online: 17 June 2010.

УДК 616-073.173

«YOUR BODY IS YOUR PASSWORD» — АКТУАЛЬНЫЙ СЛОГАН ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ ТРЕТЬЕГО ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ

Юшковская О. Г., Плакида А. Л.

Учреждение образования
«Одесский национальный медицинский университет»
г. Одесса, Украина

Согласно хорошо известному определению ВОЗ, «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Однако это определение не может быть использовано для оценки здоровья ни на популяционном ни на индивидуальном уровне. По мнению ВОЗ, под здоровьем на индивидуальном уровне понимается отсутствие выявленных расстройств и заболеваний, а на популяционном — процесс снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидности.

Именно здоровье человека лежит в фокусе интересов медицины третьего тысячелетия — превентивной медицины. Превентивная медицина — это медицина профилактическая, принципами которой являются не пассивное ожидание болезни, а проведение предупреждающих и корректирующих мероприятий задолго до развития ее. Эта медицина ориентирована, в первую очередь, на поддержание здоровья, улучшение его качества, на предотвращение процессов преждевременного старения организма [1].

В мировой и отечественной медицине не утихают попытки подбора четкого всеобъемлющего определения как сути понимания «здоровья», так и адекватного подбора маркеров, его составляющих.

Безусловно, авторы данной работы, учитывая столь важные составляющие здоровья человека, как функциональные возможности организма, уровень аэробных показателей и в целом состояния кардиореспираторной системы, биологический возраст сосудов и многих других, не менее изученных, вплоть до осанки человека, как маркера его здоровья, предлагают достаточно интересный ракурс оценки состояния здоровья человека с позиций паспортизации его тела. Тело (от англ. — *body*) — это та бесценная оболочка души, врученная нам природой, и та безжалостно изрешеченная болезнями, стрессами, неправильным образом жизни мишень, которую определенная часть человечества имеет уже к середине жизни. *Bodybuilding*, *bodyflex*, *bodyfit* — вот лишь некоторые из наиболее распространенных методик создания здорового и красивого тела, которое мы строим, укрепляем и совершенствуем с одной лишь целью — наше тело — это отображение нашего здоровья, самочувствия, социальной успешности и востребованности. Наше тело — это наш паспорт, в котором четко прописан его биологический возраст. Понятие биологического возраста возникло в результате осознания неравномерности развития, зрелости и старения. Введение понятия «биологический возраст» объясняется тем, что календарный (паспортный, хронологический) возраст не является достаточным критерием состояния здоровья и трудоспособности человека.

Физическое развитие нашего тела следует рассматривать как комплекс морфологических и функциональных параметров организма, определяющих массу, плотность, форму и композиционный состав тела, структурно-механические качества и выражающееся запасом его физических сил. К сожалению, в подавляющем большинстве случаев оценка физического развития ограничивается расчетом стандартных антропометрических индексов, имеющих достаточно низкую информативность.

Так, наибольшее распространение получил показатель «индекс массы тела» — (англ. *body mass index*), который широко используется для оценки степени ожирения, дозирования физической активности и т. д. Однако, данный индекс, отражающий соотношение массы и роста человека, не учитывает конституциональные особенности организма и основное — композиционный состав тела, что приводит к ошибочным трактовкам как, например, диагностика ожирения у спортсменов с развитой мускулатурой. В то же время композиционный состав тела (англ. *body composition*) является интегральной оценкой степени обмена веществ, энергетических и информационных процессов в организме человека. Поэтому, соотношение компонентов состава тела (и их сопоставление с нормативными величинами) может быть использовано, с одной стороны, в качестве оценки уровня здоровья, а с другой — в качестве маркера как развития предпатологических состояний организма, так и эффективности реабилитационных процессов. В особой степени это положение справедливо для патологических состояний, в основе которых лежит дисфункция энергообеспечивающих систем организма, в частности сердечно-сосудистой и эндокринной. В этой связи заслуживают изучения и широкого внедрения современные методики биоимпедансного исследования композиционного состава тела, которые позволяют по-новому оценить возможности интерпретации четырехкомпонентной модели состава тела, применение которой было ограничено техническими сложностями. Особую ценность данная модель приобретает как необходимая составляющая расчета так называемого «Метаболического возраста», который может быть использован в качестве скринингового критерия оценки катаболических процессов в организме, и, следовательно, гипонергетических состояний организма.

Делая следующий шаг к прогнозированию здоровья на основе паспортизации тела, ошибкой было бы полагать, что только лишь избыток жировой ткани в общем композиционном составе тела существенно увеличивает биологический возраст человека. Избыточное накопление именно висцерального жира, окружающего основные жизненно важные органы в брюшной полости, является основным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний и способствует появлению диабета и дислипидемии. Существует весомое различие в биохимических свойствах адипоцитов, расположенных в зоне живота, с одной стороны, и подкожных адипоцитов. Так, например, при наличии избытка подкожного жира в

большом количестве производится лептин, а вот висцеральный жир, с помощью своих рецепторов и ферментов, влияет на метаболизм жировой ткани, печени и периферических тканей, стимулируя появление диабета. Висцеральная адипозная ткань более чувствительна к липолитическому стимулированию, она высвобождает больше свободных жирных кислот, повышенное поступление которых увеличивает производство печенью глюкозы и липопротеинов очень низкой плотности, с синтезом большого количества триглицеридов, что, в свою очередь, приводит к идиосинкразии на глюкозу и вызывает гипертриглицеридемию. Вдобавок, большое количество свободных жирных кислот нарушает печеночную экстракцию инсулина, что может привести к высокому уровню инсулина в крови. Оптимальное содержание висцерального жира в организме является одним из значимых прогностических факторов здоровья и, на наш взгляд, должен являться одним из компонентов «Паспорта тела».

Таким образом, «Паспорт тела» — это комплекс наиболее информативных антропометрических, композиционных и метаболических параметров, характеризующих валеологический статус организма. Дальнейшие исследования на базе данного методологического подхода позволяют существенно повысить информативность оценки качества индивидуального здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лебедев, А. А. Превентивная медицина — медицина XXI века / А. А. Лебедев, М. В. Гончарова // Наука и общественность. — 2008. — № 12 (31). — С. 57–64.
2. Мартиросов, Э. Г. Технологии и методы определения состава тела человека / Э. Г. Мартиросов, Д. В. Николаев, С. Г. Руднев. — М.: Наука, 2006. — 248 с.
3. Human body composition / S. B. Heymsfield [et al.]. — 2nd ed. // Champaign, IL: Human Kinetics. — 2005. — 533 p.

УДК 616-036.88: 613.816

АНАЛИЗ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПРИЧИН СМЕРТИ ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ

*Яковлева Л. М., Диомидова В. Н., Леженина С. В.,
Гавричков В. Ю., Прокопьева Т. В.*

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова»
г. Чебоксары, Российская Федерация**

В настоящее время алкоголизм является важнейшей медико-социальной проблемой современного мира в связи с чрезвычайной распространенностью среди населения. В последнее десятилетие во многих странах мира отмечается неуклонный рост потребления алкоголя. Учитывая остроту проблемы, ВОЗ на 33-й ассамблее в 2010 г. приняла программу по регулированию экономической доступности алкогольных напитков, направленную на ее снижение [5].

В России проблема чрезмерного употребления алкоголя весьма актуальна, так как злоупотребление этанолом достигло угрожающих размеров. По данным Роспотребнадзора, за последние 5 лет потребление этанола на душу населения составило около 18 л на человека в год. В связи с этим чрезмерно велик показатель роста числа лиц, страдающих алкогольной зависимостью [3].

Наблюдается неуклонный рост женщин, страдающих алкогольной болезнью. Более половины из них потребляют алкоголь эпизодически по различным поводам. Соотношение женщин и мужчин среди больных алкоголизмом в развитых странах Европы составляет в настоящее время 1:3, хотя в недавнем прошлом оно было 1:12, тогда как в России — 1:5 [2]. На этом фоне увеличивается число детей, рожденных с врожденными пороками — алкогольным синдромом плода. Наряду с ростом женского алкоголизма широко распространяется потребление алкоголя среди подростков. Так, учащиеся общеобразовательных школ в возрасте 11–14 лет употребляют слабые алкогольные напитки и пиво несколько раз в неделю [1].

Алкогольная болезнь — это актуальная проблема, в которой различают не только медицинский аспект, но и социальный. Медицинский аспект в первую очередь связан с

формированием широкого спектра алкогольных поливисцеропатий. Полиорганный недостаток возникает вследствие токсического влияния этанола, обусловленного его химическим свойством и особенностью метаболизма. В условиях хронической алкогольной интоксикации поражаются все органы, однако нервная система подвергается повреждению уже в начальной стадии алкоголизма. Поступающий в большом количестве этанол легко проникает через гематоэнцефалический барьер, в результате алкоголь-атрибутивная энцефалопатия во многом зависит от степени и длительности злоупотребления алкоголем.

Особое внимание уделяется влиянию алкоголя на сердечно-сосудистую систему, при котором возникают деструктивно-дистрофические и дисциркуляторные изменения. Алкогольная кардиомиопатия сопровождается развитием аритмий различной степени тяжести, вплоть до фибрилляции сердца.

Большой интерес представляет исследование коморбидности болезней дыхательной системы. Спирометрические показатели больных, находящихся в клинике с ХОБЛ, в анамнезе которых длительное употребление алкоголя, указывают на уменьшение показателей: поглощения кислорода; жизненной емкости легких; минутной вентиляции.

У лиц с синдромом зависимости от алкоголя наблюдается патология пищеварительной системы на всем ее протяжении, начиная с полости рта с симптомами стоматита, пародонтоза, пародонтита, заканчивая заболеваниями толстого кишечника [4]. Нередко возникают кровотечения с расширенных вен пищевода при синдроме Маллори – Вейсса. Претерпевает изменение слизистая желудка и кишечника с развитием хронического гастрита, язвенной болезни желудка или 12-перстной кишки. Повреждаются также крупные пищеварительные железы, как печень и поджелудочная железа, с нарушением их функций. Случаи панкреатита, панкреанекроза, алкогольного гепатоза всегда демонстрируются в перечне алкоголь-атрибутивных состояний.

Особое беспокойство и тревогу проявляют социологи, связывающие увеличение алкоголизации населения. Они выделяют социализацию семейных проблем, разводы, насилие, сексуальные извращения, производственные проблемы — увольнения с возникновением финансовых затруднений.

В то же время среди лиц, употребляющих алкоголь, прослеживается высокий уровень смертности. Доля летальных исходов у лиц, употребляющих спиртные напитки, ежегодно возрастает. Смертность принимает характер гуманитарной катастрофы, что усугубляет современную демографическую обстановку. Сокращение продолжительности жизни лиц, употребляющих алкоголь, связано с различным танатогенезом. Алкогольные интоксикации, поливисцеропатии занимают определенное место среди нозологической структуры причин смерти. Анализ причин смерти лиц, употребляющих алкоголь, указывает также на связь с криминальными действиями, нередко с самоубийством или несчастным случаем.

Алкогольная ситуация в Чувашской Республике, как и в целом по России, остается острой медико-социальной и экономической проблемой. В настоящей статье приводится анализ причин смерти лиц, в организме которых был обнаружен алкоголь. Исследования проводились с Республиканском бюро судебно-медицинских экспертиз Чувашской Республики в период с 2009 по 2013 гг. Анализировались сведения об умерших на основе статистической обработки актов судебно-медицинского исследования трупов, заключений экспертов (исследований трупа) и журналов регистрации выдачи справки формы № 106/У-08 и копий медицинского свидетельства о смерти к учетной форме № 106/У-08. Всего было исследовано 28 175 свидетельств о смерти жителей ЧР, умерших естественной смертью вне лечебно-профилактических учреждениях, а также — насильственной смертью.

За последние пять лет в Чувашской Республике, которая объединяет 21 административную территорию, общая смертность составила $13,64 \pm 0,23$. Из них абсолютное число умерших насильственной смертью по различным причинам равнялось 12709. При этом в 60 % случаев в организме умерших был обнаружен этанол различной степени концентрации.

Только в 2013 г. число умерших насильственной смертью составило 2171 человек, из них 58 % были в алкогольном опьянении различной степени тяжести. В структуре смертности насильственной категории ведущее место занимают асфиксии, механические травмы и отравления. Достаточно отметить, что в структуре причин смерти механические

травмы составляют 13,4 %. Причем смерть от дорожно-транспортных происшествий, связанных с нарушением правил безопасности движения или эксплуатации транспорта возникла в 43 % у лиц, находившихся в алкогольном опьянении.

Отравления, связанные с употреблением алкоголя и его суррогатов, в структуре причин смерти составляют 4,7 %. При оценке результатов исследований крови и мочи выявлено, что содержание алкоголя в крови в данных трупах определялось на уровне от тяжелой степени отравления 3,0 ‰ до смертельной дозы, которая превышает 5,0 ‰.

Криминальные убийства с применением всевозможных предметов, которыми были нанесены телесные повреждения различного характера, в 40 % случаев также совершались в состоянии алкогольного опьянения.

Число ненасильственной смерти вне ЛПУ, наступившей от заболеваний, за последние 5 лет составила 14228 случаев, из них у 30 % трупов в крови выявлялось содержание алкоголя различной концентрации от 0,05 до 2,5 ‰.

Из диаграммы видно, что в республике в 2013 г. в структуре причин смерти от заболеваний первое место занимают болезни системы кровообращения — 36,7 % (1998 чел. из 5446). Из них в 35 % случаев выявлялось содержание алкоголя, соответствующее легкой и средней степени алкогольного опьянения. Второе место в структуре причин смерти занимают заболевания органов дыхания — 8,3 %. В группе умерших от патологии дыхательной системы показатель алкоголизации был несколько ниже и составил 27 %. Внезапная смерть, связанная с заболеваниями органов пищеварения, составила 7,1 %, при этом установлено, что у 37 % (143) умерших гастроэнтерологических больных в крови содержался алкоголь в пределах $1,1 \pm 0,28$ ‰. Причина смерти от злокачественных новообразований составляет в структуре смертности 2,1 %, из них у 7,8 % трупов был обнаружен алкоголь, который достигал $0,92 \pm 0,34$ ‰.

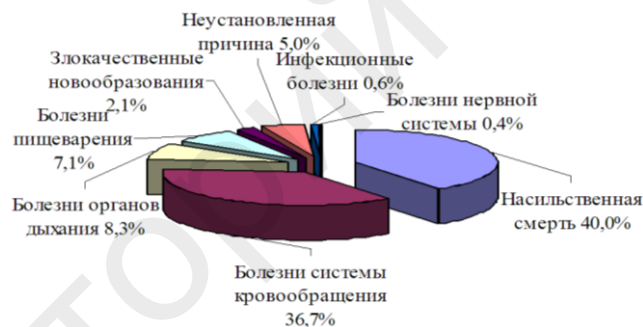


Рисунок 1 — Структура причин смерти по данным за 2013 г.

Смертность от этого класса болезней в среднем ниже, чем у населения республики в целом (13,7 %). Больные, умершие от инфекционных болезней вне ЛПУ, в 2013 г. составили 0,6 %. При рассмотрении нозологической структуры данной группы у более половины выявлен туберкулез — 62 %. Из них в 30 % случаев был обнаружен алкоголь различной концентрации. В группе умерших от болезней нервной системы зафиксировано 15 случаев смерти, в 6,6 % случаев также был обнаружен алкоголь.

Таким образом, алкогольные интоксикации играют решающую роль в смертности населения. При этом алкоголь-атрибутивные проявления многообразны макро- и микрокартиной в органах и тканях погибшего человека, и судебно-медицинский диагноз выставляется в каждом конкретном случае с учетом танатогенеза, непосредственной причины смерти, результатов исследования трупа, судебно-химических, гистологических данных и обстоятельств наступления смерти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермакова, Г. А. Факторы, способствующие потреблению ПАВ среди учащихся общеобразовательных учреждений г. Краснодар / Г. А. Ермакова // Наркология. — 2009. — № 9. — С. 55–60.
2. Кравченко, С. Л. Течение алкоголизма у женщин: роль терапии / С. Л. Кравченко // Вопросы наркологии. — 2006. — № 4. — С. 11–14.
3. Медико-социальные и экономические последствия злоупотребления алкоголем в России / Е. А. Кошкина [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. — 2010. — Т. 14, № 2. — С. 3–5.
4. Яковлева, Л. М. Динамика содержания нейромедиаторов в структурах тощей кишки крыс при хронической алкогольной интоксикации / Л. М. Яковлева, Л. А. Любовцева // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. — 2013. — Т. 155, № 1. — С. 36–39.
5. Gordon, R. Science and alcohol policy: a case study of the EU strategy on alcohol / R. Gordon, P. Anderson // Addiction. — 2011. — Vol. 206. — P. 55–66.

УДК

**E-HEALTH ERA: THE EXAMPLE
OF E-PRESCRIPTION AND E-DISPENSATION IN GREECE***I. Karamitri***Center of Physical Medicine and Rehabilitation, General Hospital of Kalamata, Greece***T. Bellali, T. Kafkia***Alexandreio Technological Educational Institute of Thessaloniki, Greece***E. Minasidou***University of Athens, Greece***S. Paschalidis***European Group of Innovative Services, Thessaloniki, Greece*****Введение***

На протяжении всемирной истории человеческие популяции постоянно двигались от одних мест жительства к другим в поисках лучшей жизни. Люди путешествуют ради удовольствия, ведения бизнеса, проведения исследований или с целью переехать после выхода на пенсию в страну с более здоровым климатом, как Греция или другие средиземноморские страны. Изменение места жительства чаще происходит внутри Европейского союза (ЕС), так как нет никаких границ в передвижении для граждан ЕС. Во время таких поездок, люди могут испытывать легкие или тяжелые медицинские проблемы, которые требуют незамедлительного медицинского обслуживания. Поэтому становится очень важным иметь доступ к трансграничным услугам здравоохранения. В новую технологическую эпоху ответом ЕС на эту проблему является развитие электронного здравоохранения.

Introduction

Throughout the history, human populations were constantly moving from one place to another in search of a better living. People travel for pleasure, business, studies, or decide to relocate after retirement to healthier climates, like Greece or other Mediterranean countries. The change of residency is more frequent between Europeans of the European Union (EU), since there are really no boundaries to eliminate their movement. During their trips, people might experience light or severe medical problems that require immediate healthcare. Therefore, it is crucial to have access to cross-border health services. At the technological era, the answer of EU for this problem is the development of e-Health.

According to the World Health Organization (WHO, 2014), e-health is defined as the transfer of health resources and healthcare by electronic means. It encompasses three core areas: the delivery of health information mainly through the Internet, the use of Information Technology (IT) to improve public health services and the use of e-commerce and e-business practices in health systems management. For the European Commission (2004) this term describes the application of IT across a wide range of functions that affect the health sector.

E-Health tools include health information networks, electronic medical records, telemedicine systems, personal wearable, portable communicable systems, and IT-based tools assisting prevention, diagnosis, treatment, health monitoring, and lifestyle management (European Commission, 2004).

In Greece, the application of eHealth systems has some extra goals, and these are related to the economic crisis and the fiscal policy the country is experiencing during the past four years, in order to recover quickly and effectively. The goal of this paper is to describe the establishment of e-prescription and e-dispensation system in Greece. There will be a short presentation of the electronic platform and an explanation of the architecture of the program. We will also discuss the preliminary results of this application, and will announce the next steps of the country for more integrated eHealth.

The European Patients Smart Open Services (epSOS)

European Patients Smart Open Services-EpSOS is a multinational interoperability project about eHealth. The Participating Nations (PN) are 25: twenty-two EU member states and three

non-EU member states. The national subprojects are co-funded by the European Commission Competitiveness and Innovation Programme. The amount allocated towards the project totals about 36.5 million Euros. EpSOS initial focus was on cross-border access to patient's summary and e-prescription, but it is now expanding.

Patient summary allows health professionals to have access to a standardized set of basic medical data that includes the most important clinical facts required to ensure safe and secure healthcare. E-prescription is the use of software by legally authorized health professionals to generate prescriptions electronically in an accurate, understandable and error-free mode. This prescription could be transmitted directly to the pharmacy. The pharmacy should obtain an e-dispensation system, which allows the electronic retrieval of the prescription and the dispensing of the medicine to the patient (European Patients Smart Open Services, 2014).

The pros and cons e-prescription systems worldwide

The electronic approach offers many advantages over conventional prescriptions. Each year, many people die preventable deaths from causes like adverse events (Barach & Small, 2000). Adverse events are injuries occurring during the patient's drug therapy and resulting either from appropriate, or unsuitable, or even suboptimal care (Council of Europe, 2005). Computerized Physician Order Entry Systems, like e-prescription, reduce errors related to handwriting or transcription, provide error-checking for duplicate or incorrect doses and much more. From 25 studies that analyzed the effects on the medication error rate, 23 showed a significant relative risk reduction of 13 to 99 % by using e-prescription systems (Ammenwerth et al, 2008).

A machine-printed document is more legible than a hand-written one. When the patient or the pharmacist cannot read clearly the prescribed drugs, they might re-contact the treating physician to verify the meaning of the script. Duffy et al. (2010) argued that one year after the onset of electronic prescribing in Alabama, the overall rate of after-hours calls reduced by 22 % from baseline. Furthermore, both provider's and patient's satisfaction with electronic prescribing was very high. The latter finding agrees with the results of a relative study in Singapore (Tan et al, 2009). When e-prescription is connected with formulated decision support and the patient's medical record, it is more likely to improve health outcomes. For instance, it could improve low-density lipoprotein (LDL) goal attainment with less cost. Therefore, e-prescription tactics can deliver tangible clinical gains, probably due to improved adherence to more affordable therapeutic treatment (Michelis et al, 2011).

Besides the positives of e-prescription, there are some more aspects. Users sometimes doubt about the safety of sensitive data protection, as their medical information. But this criticism involves many more web-based applications, like tax networks, or private conversations through social media. Technophobia is also sometimes a problem, especially when older health professionals are obliged to follow new regulations.

E-syntagorafisi: the Greek platform for e-prescription

In November 2010, Hellenic Parliament enacted the law number 3892/2010 «Electronic Registration and Issuance of Medical Prescriptions and Referrals of Medical Examinations». The preamble of the law recognized that in Greece there was induced demand and overall high utilization rate of health services, which led to over-prescription and over-referral. Furthermore, the audit system of the expenses for healthcare was by that time bureaucratic, time-consuming and inefficient. With the establishment of an e-prescription system, Greek government could control healthcare expenditure, which in 2009 was estimated at 9,6 % of GDP.

At the beginning of 2011, the e-prescription platform was fully operational. All physicians associated with the social security funds and doctors working at public healthcare units as well as pharmacists had to register. The system supports also e-referrals, thus facilitating continuity of care. The adoption of the system is mandatory and currently followed by 90 % of Greek doctors (Ministry of Health, 2013).

Minimum requirements for using e-prescription at the practices were the existence of a desktop or a laptop with a browser, internet connection and an inkjet or laser printer with resolution of at least 300 dpi. The pharmacists were required to possess also a barcode scanner. At the beginning, there were some difficulties, as the lack of computer equipment in public health centers and security fund health units, causing an increased administrative burden (Ministry of Health, 2013). And still, there are sometimes problems, when the system is overloaded.

The procedure of e-prescription is the following: the insured patient visits the practice or other healthcare unit for his / hers appointment. The physician logs in the system with a personal username and password. For safety reasons, he or she also enters a CAPTCHA (Completely Automated Public Turing test to tell Computers and Humans Apart) code. The next step is to identify the patient's record within the system by typing his/hers unique social security number. Then the system recognizes information for the patient, like age, chronic medical problems and previously prescribed medication.

The user of the platform has many options: review patients' current medication list and medication history information, renew prescription, modify the percentage of the patient's financial burden, search a medication by name or formulation, and change the dosage or the frequency of the treatment. Patients' diseases are classified using ICD-10, but there is also an option for plain text writing, so that the pharmacist could learn some extra data about the patient. After completing the procedure, the doctor prints the prescription, signs and gives it to the patient.

The patient goes to his/hers preferred drug store with the printed prescription. The pharmacist scans the barcode and directly to his screen appears the detailed prescription. After providing the medication, the percentage of payment for the patient is automatically calculated. At the end of the month, the pharmacist sends a statement or invoice for reimbursement to each security fund.

The objectives for this application were: patient safety and quality of care, scientific support to healthcare providers, policy making and planning in the area of primary health care and efficient control and rationalization of expenses (Papanikolaou, 2014). Indeed, pharmaceutical expenditure in 2009 was almost 5 billion Euros and in 2013, it was less than 2 billion. Of course, many more fiscal policies (e.g. rebate, claw back, reduction of pharmacist's profit and wider use of generic medication) led to this result. But e-prescription also helped, because with this application the ministry of Health achieved limitation of over-prescription phenomena, and obtained a useful tool for transparency and better administrative control over unnecessary expenditure related to medication use.

What's next for eHealth in Greece

Greece is one of the pioneers of eHealth, because the country transformed the threat of the economic crisis into an opportunity for development. In less than two years of operation, we succeeded the establishment of a unique e-prescription system including medicine prescriptions and medical act referrals nationwide. The prerequisites have also been set for the interoperability of the system with other countries, who are participating in epSOS project.

The next action is the creation of the patient summary. The legal framework has already been adjusted, and we moved to the phase of preparing the application, in order to achieve the continuity of care in primary healthcare settings.

REFERENCES

1. Ammenwerth E, Schnell-Inderst P, Machan C, Siebert U. (2008). The effect of electronic prescribing on medication errors and adverse drug events: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 15 (5): 585-600
2. Barach P, Small SD. (2000). Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems, *BMJ Clinical Research*, 320(7237):759-763
3. Council of Europe (2005). Glossary of terms related to patient and medication safety, http://www.who.int/patientsafety/highlights/COE_patient_and_medication_safety_gl.pdf, [18/4/2014]
4. Duffy RL, Yiu SS, Molokhia E, Walker R, Perkins RA. (2010). Effects of electronic prescribing on the clinical practice of a family medicine residency, *Family Medicine*, 42(5):358-363
5. European Commission (2004). Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions «e-Health - making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area», <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2004:0356:FIN:EN:PDE>, [18/4/2014]
6. European Patients Smart Open Services - epSOS (2014). ePrescription, <http://www.epsos.eu/epsos-services/eprescription.html>, [18/4/2014]
7. Michelis KC, Hassouna B, Owlia M, Kelahan L, Young HA, Choi BG. (2011). Effect of electronic prescription on attainment of cholesterol goals // *Clinical Cardiology*. — 2011. — Vol. 34(4). — P. 254-260.
8. Ministry of Health (2013). Action plan for a unified and comprehensive primary health, http://www.eina.gr/news2013/task_force2013.pdf, [18/4/2014].
9. Papanikolaou C. (2014). The Greek EU Presidency's Plans in 2014: eHealth Forum & beyond, Arctic Light e-Health Conference (ALEC) at Kiruna, Sweden, 4-5 February 2014 http://ehealth2014.org/wpcontent/uploads/2014/02/eHealthForum_boston_v_1-2.pdf, [18/4/2014].
10. Tan, W.S. Evaluating user satisfaction with an electronic prescription system in a primary care group // W. S. Tan, J. S. Phang, L. K. Tan // *Annals Academy Medical Singapore*. — 2009. — Vol. 38. — P. 494-500.
11. World Health Organization — WHO (2014). Trade, foreign policy, diplomacy and health: eHealth, <http://www.who.int/trade/glossary/story021/en/>, [18/4/2014].

СОДЕРЖАНИЕ

Абрамов Б. Э., Подоляко В. А. Демографический вызов времени.....	5
Ализарчик Т. А. Особенности эмоционального выгорания у представителей акушерско-гинекологической профессии.....	7
Анищенко Е. В., Красавцев Е. Л. Установление ВИЧ-статуса у детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей в Гомельской области	9
Апсаликов Р. К., Белихина Т. И., Мулдагалиев Т. Ж., Пивина Л. М. Сравнительная характеристика базы данных Государственного научного автоматизированного регистра населения Казахстана, подвергнутого действию ионизирующего излучения, и Единого российского чернобыльского регистра.....	12
Баркибаева Н. Р., Жумадилова З. К., Кулмагамбетов А. О., Касым Л. Клинико-эпидемиологические и иммунологические особенности, определяющие тяжесть течения и неблагоприятный исход при хронических заболеваниях печени в регионе повышенного радиационного риска восточно-казахстанской области.....	14
Батавина И. А., Тимошилов В. И. Опыт использования обратной связи в оценке качества профилактики наркопредрасположенности	17
Безуглая В. А., Панчук Е. В. Перспективная модель дополнительного финансирования системы здравоохранения Республики Беларусь	19
Бойко А. В. Туберкулез: оценка рисков и вопросы профилактики	22
Борисова Т. С., Солтан М. М., Занкевич И. Г. Донозологическая диагностика факторов риска формирования компьютерной зависимости у детей и подростков	25
Бреус Е. Д., Романенко О. В. Представления о трудном пациенте у среднего медицинского персонала	27
Будник Я. И., Шаршакова Т. М., Лапушкин Н. С. Анализ поведенческих факторов риска населения г. Гомеля (по материалам социологического опроса).....	30
Будник Я. И., Шаршакова Т. М., Чешик И. А. Оценка лечебно-профилактических рекомендаций при диспансерном наблюдении за пациентами с болезнями системы кровообращения в амбулаторных условиях	32
Бусалаева Е. И., Тарасова Л. В., Опалинская И. В., Васильева Н. П. Распространенность синдрома эмоционального выгорания у студентов-медиков	35
Бусалаева Е. И., Васильева Н. П., Опалинская И. В. Распространенность факторов риска формирования метаболического синдрома у студентов.....	38
Быкова Н. П., Щербинская И. П., Соловьева И. В., Кравцов А. В., Гринцевич Д. В. Методические подходы к разработке гигиенических критериев оценки комбинированного воздействия шума и вибрации на состояние здоровья человека в условиях проживания	40

Вайберт М. И. Ценностное отношение студенческой молодежи к здоровью	42
Васильева Н. В. Психотерапевтические подходы в системе комплексного лечения больных рассеянным склерозом.....	44
Васина Н. В., Комаров А. И. Опыт изучения профессионального стресса педагогов в сфере школьного образования	46
Вербина Г. Г. Самооценка и саморегуляция с учетом индивидуальности в развитии личности	50
Войченко Н. В., Волотовская А. В., Шарко С. И. Исследование параметров качества жизни при оценке эффективности фотомангнито- терапии в комплексном лечении пациентов с остеоартрозом	53
Воронцов Д. В. Гендерная идеология и аттитюды в сфере сексуальных отношений как фактор уязвимости молодежи юга россии перед вич-инфекцией.....	55
Гаврилович Н. Н. Слагаемые здорового образа жизни студентов в медицинском вузе.....	58
Гант Е. Е. Характеристика качества жизни и психологического здоровья спортсменов высокой квалификации	60
Ганчар Е. П., Дембовская С. В., Кузьмич И. И. Алкоголь как фактор риска акушерской и перинатальной патологии	63
Ганчар Е. П., Кажина М. В., Дембовская С. В. К вопросу о прогнозировании риска развития эндокринного бесплодия у женщин с метаболическим синдромом.....	65
Гапанович-Кайдалова Е. В. Исследование эмоционального выгорания преподавателей-медиков	67
Гапанович-Кайдалов Н. В. Основные критерии качества жизни личности в информационном обществе	70
Гимпель О. В., Зверко В. Л., Разина С. А., Н. Б. Полудень Особенности медицинской этики и деонтологии при оказании акушерско- гинекологической помощи	72
Гимпель О. В., Корчагин О. Ю., Зверко В. Л., Разина С. А. Психоэмоциональное состояние мужчин в бесплодном браке	74
Глинская Т. Н., Щавелева М. В. Общая заболеваемость мужского населения Республики Беларусь в подростковом возрасте	76
Госсен И. Е., Столяров С. А. Опыт подготовки управленческих кадров здравоохранения.....	79
Гребенюк К. В., Ковалевская И. В., Стаселович И. В., Сыса А. Г. Оценка популяционного риска рака пищевода, связанного с употреблением алкоголя, в Республике Беларусь.....	82
Гринцевич П. С. К вопросу об администрировании здравоохранения.....	84

Гундаров И. А., Полесский В. А. Методологические причины кризиса факторной концепции профилактической медицины	86
Гутикова Л. В., Павловская М. А., Зверко В. Л., Величко М. Г., Янушко Т. В. Гиперплазия эндометрия как социально-значимое заболевание	88
Давыдок А. М., Харевич Т. В. Медико-педагогические подходы к формированию здоровья и образа жизни подростков	91
Дорошевич В. И. Методологические подходы оценки состояния здоровья военнослужащих.....	93
Ермаков П. П. Информационная косметическая диагностика.....	96
Ермолович М. А. Совершенствование регистрации и учета парвовирусной инфекции.....	98
Есис Е. Л., Наумов И. А. Экстрагенитальная заболеваемость женщин, проживающих в условиях санитарно- эпидемиологического неблагополучия	100
Жук М., Тищенко Е. М. Отношение к курению жителей приграничья	103
Жумадилова З. К., Баркибаева Н. Р., Касым Л. Т., Муздубаева Ж. Е. Иммуногенетические методы прогнозирования риска развития циррозов печени.....	104
Захарова А. Н. Психологические особенности отношения человека к своему здоровью как фактор качества жизни	106
Иванов С. А., Тризна Н. М. Качество жизни как мотивирующий фактор при выборе способа лечения у пациентов с опухолями кожи лица.....	109
Kautsch M. Diverse Europe.....	112
Караваев В. Е., Варникова О. Р., Тезикова И. В. Значение результатов экспертизы медицинской помощи для управления общественным здравоохранением.....	115
Касянчук М. Г. Коммуникация бисексуальных мужчин с партнер(ш)ами как фактор уменьшения риска ВИЧ	118
Клочкова О. П. Анализ факторов, формирующих потенциальный риск для людей, контактирующих с пестицидами.....	120
Ковтюк Н. И., Нечитайло Ю. Н., Юхимец И. А. Методологические особенности изучения качества жизни у детей	123
Колоскова Е. К., Белоус Т. М., Белоус В. В., Билык Г. А. Качество жизни и уровень контроля бронхиальной астмы у детей при различной активности воспаления бронхов	125

Комарова М. М.

Созависимое поведение как фактор риска возникновения и рецидива химической зависимости 127

Коробко И. Ю., Нечесова Т. А., Павлова О. С.,**Ливенцева М. М., Горбат Т. В., Черняк С. В.**

Метаболический синдром и другие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с артериальной гипертензией 130

Короткевич Т. В., Голубева Т. С.

Показатели психического здоровья населения Республики Беларусь 132

Корчагин О. Ю., Вашкевич И. И., Разина С. А., Полудень Н. Б.

Изменение показателей фертильности мужчин в Гродненской области за последние 11 лет 135

Косинова Е. С., Рыбников В. Н., Сидоров Г. А.

Организационно-экономические аспекты внедрения лапароскопических операций в гинекологии на примере I гинекологического отделения курского городского клинического перинатального центра 137

Кралько А. А., Медведев А. С., Харузина Е. С.

Оценка экономических последствий потребления алкоголя в Республике Беларусь 139

Кульпанович О. А., Щавелева М. В., Калинина Т. В.

Оценка сложности, ответственности и напряженности труда врачей, занимающих различные должности, по результатам анкетирования 142

Кухарчик Ю. В., Гутикова Л. В.

Профилактика ранних репродуктивных потерь 143

Лабодаева Ж. П., Болдина Н. А., Бобок Н. В.

Влияние экспериментального двигательного режима на морфо-функциональное состояние школьников 145

Лопатина А. Л., Цецохо А. В.

Новые подходы в совершенствовании законодательной базы в отрасли здравоохранения Республики Беларусь 147

Мамчиц Л. П.

Пищевой статус, здоровье и качество жизни людей пожилого и старческого возраста 151

Маркевич О. В., Музыка Е. Г.

Психологический анализ компьютерных игр как современной субкультуры младших подростков 153

Мартыничик С. А., Соколова О. В., Бастрон А. С., Потемкин Е. Л.

Использование ресурсов и расходы на стационарное лечение пациентов с преходящими нарушениями мозгового кровообращения в добровольном медицинском страховании 156

Махнач Л. М.

Взаимосвязь совладающего поведения с механизмами психологической защиты у онкологических пациентов 159

Мигель М. В., Тищенко Е. М.

Увлечение компьютерами как фактор образа жизни школьников 162

Могильницкая О. Э., Егорова Т. Ю.

Аспекты качества жизни у женщин с генитальным эндометриозом (обзор литературы) 164

Науменко Н. М.

Основные подходы профилактического воздействия на предупреждение формирования аддиктивного поведения..... 166

Ненартович И. А.

Факторы внешней среды как триггеры приступов бронхиальной астмы, ассоциированной со структурными изменениями легких 169

Николаев В. И., Белецкий А. В.

Качество жизни как критерий целесообразности применения аутосыыворотки крови пациента при гонартрозе 171

Николаев Е. Л., Захарова А. Н.

Психическое здоровье населения на постсоветском пространстве: кросс-культурный подход..... 174

Островский А. М., Шаршакова Т. М.

Современная программа диспансерного наблюдения пациентов с глаукомой 176

Пашина И. В., Сидоров Г. А., Пашина М. Е.

Установки преподавателей университета по формированию здорового образа жизни..... 179

Пашкевич Л. П.

Влияние новейшей методики гидрокинезотерапии на состояние дыхательной системы людей с хроническим обструктивным бронхитом в санатории «Червона калина»..... 181

Петунова С. А., Николаев Е. Л.

Вопросы организации психотерапевтического и информационно-образовательного воздействия на больных туберкулезом 183

Пивина Л. М., Белихина Т. И., Мулдагалиев Т. Ж., Батенова Г. Б., Курумбаев Р. Р.

Организация мониторинга состояния здоровья населения казахстана, подвергшегося радиационному воздействию 185

Платошкин Э. Н., Шут С. А., Василевич Н. В.

Современные представления о профилактической роли Омега-3 полиненасыщенных жирных кислот..... 188

Подолько В. А., Шаршакова Т. М., Подолько А. В., Артеменко А. А.

Современные подходы к организации медико-социальной помощи пожилому населению Республики Беларусь..... 190

Полесский В. А., Гундаров И. А.

Мета-анализ общей и сердечно-сосудистой смертности в программах многофакторной профилактики ишемической болезни сердца 193

Приходько Е. В.

Профилактика виктимизации как способ сохранения психологического здоровья участников учебного процесса 196

Резниченко Н. Ю.

Новые подходы к лечению псориаза у мужчин старшей возрастной группы с учетом изменений концентрации половых гормонов..... 199

Рогачева Т. В.

Гендерные особенности здоровья мужчин 201

Савушкина Я. Э.

Коррекция физического состояния школьников средствами оздоровительной физической культуры..... 204

Сафоничева О. Г. Персонализация медицинских программ для социально-значимых заболеваний	207
Селезнёв А. А., Селезнёва Л. Е. Формирование психологического здоровья личности	210
Селивончик Е. А., Живицкая Е. П. Анализ взаимосвязи заболеваемости детей болезнями органов дыхания и загрязненностью атмосферного воздуха.....	212
Семенов В. Н. Особенности структурной организации психологических свойств личности у преступников с диссоциальным расстройством личности	214
Сильченко И. В. Психологические аспекты формирования психосоматических заболеваний.....	216
Скуратова Н. А., Козловский А. А., Беляева Л. М., Зимелихин О. А. «Спортивное сердце» и проблема отбора детей для занятий спортом.....	219
Смолей Н. А., Гутикова Л. В. Обоснование целесообразности использования йода и селена в схеме коррекции функции щитовидной железы у беременных женщин	221
Соболева Л. Г., Шаршакова Т. М., Тарасенко А. А. Результаты внедрения медико-гигиенической программы по формированию у учащихся установки на культуру здоровья	224
Соловьева И. В., Худницкий С. С., Щербинская И. В., Гаевская Т. В., Быкова Н. П., Кравцов А. В., Гринцевич Д. В. Новый метод гигиенической оценки транспортной вибрации	227
Солонец Г. В., Лахнеко А. Н., Сподникайло Н. В. Об организации работы по формированию здорового образа жизни в Гомельской области в 2013 году.....	229
Солтан М. М., Борисова Т. С. Формирование психологии здоровья у студентов медицинского вуза в процессе профессионального образования	231
Сорвилов Б. В., Шаршаков Ю. В. «Капитал здоровья» в структуре человеческого капитала: экономико-философская трактовка проблемы.....	234
Сотников В. А. Время и личность в критической жизненной ситуации онкогинекологического заболевания.....	236
Стасевич Г. С., Машенская В. С. Мониторинг распространенности модифицируемых факторов риска в Брестской области	239
Стаселович И. В., Живицкая Е. П. Анализ показателей детского дорожно-транспортного травматизма в Брестской области в 2007–2012 гг.	242
Столяров С. А. О подготовке и реализации приказов, определяющих заработную плату работников здравоохранения.....	243

Сурмач М. Ю.

Организация медико-гигиенического обучения молодежи по вопросам репродуктивного здоровья в условиях центров, дружественных подросткам 246

Сурмач М. Ю., Тищенко Е. М.

Организация медицинской помощи подросткам в Республике Беларусь: анализ эффективности 248

Тарасова Л. В., Григорьева Л. В., Дубов В. В., Бусалаева Е. И.

Роль алиментарного дефицита селена, цинка и марганца в патогенезе развития кислотозависимых заболеваний гастродуоденальной зоны и их ассоциации с *Helicobacter pylori* 251

Тарасова Л. В., Трухан Д. И.

Диабетический гастропарез: актуальность проблемы и выбор прокинетики 254

Тарасова Л. В., Трухан Д. И., Быстрова Д. А., Романов Н. А.

Недержание мочи — медицинская и социальная проблема 257

Тодорико Л. Д., Еременчук И. В.

Психологические аспекты формирования стигматизации и дискриминации больных туберкулезом и ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ 259

Унижаева А. Ю., Мартыничук С. А.

Экономическая оценка расходов на комбустиологическую помощь в ожоговом центре г. Москвы 261

Федоренко Е. В., Коломиец Н. Д., Мохорт Т. В.,**Шуляковская О. В., Войтенко С. И., Мохорт Е. Г.**

Применение методологии оценки риска при определении йодной обеспеченности населения Республики Беларусь 264

Федоренко К. И.

Оценка показателей, полученных в ходе анкетирования подростков Гомельской области на тему «отношение молодежи к своему здоровью» 266

Худоногов И. Ю.

Индикаторная модель взаимодействия общественного здоровья и социально-профессиональной среды 268

Чайковская М. А., Бортновский В. Н.

Особенности восприятия экологических рисков населением г. Гомеля 271

Ченцова П. Н., Бортновский В. Н.

Отношение беременных к курению и причины отказа от него во время гестационного периода 274

Чешик А. А.

Роль государственного регистра лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на ЧАЭС, в продвижении здоровья 276

Шаршаков Ю. В.

Предупреждение профпатологии и развитие рекреационного потенциала как направление укрепления здоровья нации 278

Шаршакова Т. М., Анашкина Е. Е.

Оценка уровня образованности школьников г. Гомеля по проблеме ВИЧ/СПИД 280

Шестаков Г. С.

Логистика управления санитарным автотранспортом — основа обеспечения своевременности выполнения вызовов, поступающих на станцию скорой медицинской помощи 281

Шестакова А. Г.

Оптимизация регистрации и учета обращений больных в медицинские организации
крупного города..... 282

Шилова О. В.

Методологические проблемы оценки качества жизни в психиатрии..... 283

Ширко Д. И., Игнатъев В. В., Горошко В. И.

Гигиеническая оценка влияния изменения рациона на статус питания курсантов
по показателям структуры тела 286

Юровский П. Н.

Тенденции поздней диагностики вич-инфекции в г. Минске в условиях
превалирования полового пути передачи ВИЧ..... 287

Юшковская О. Г., Плакида А. Л.

«Your body is your password» — актуальный слоган превентивной медицины
третьего тысячелетия 289

**Яковлева Л. М., Диомидова В. Н., Леженина С. В.,
Гавричков В. Ю., Прокопьева Т. В.**

Анализ нозологической структуры причин смерти лиц, употребляющих алкоголь 291

I. Karamitri, T. Bellali, T. Kafkia, E. Minasidou, S. Paschalidis

E-health era: the example of e-prescription and e-dispensation in Greece 294

Научное издание

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ
К ПРОДВИЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ**

**Материалы V Международной
научно-практической конференции
(Гомель, 15–16 мая 2014 года)**

Выпуск 5

**Редактор Т. М. Кожемякина
Компьютерная верстка С. Н. Козлович**

Подписано в печать 12.05.2014.
Формат 60×84¹/₈. Бумага офсетная 80 г/м². Гарнитура «Таймс».
Усл. печ. л. 35,34. Уч.-изд. л. 38,6. Тираж 137 экз. Заказ 134.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.