

учебный процесс, сделать его интересным и насыщенным. Все это позволит подготовить высококлассного и профессионального медицинского работника для современной системы здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Великая, И. П. Новые технологии и инновационные процессы в медицинском образовании / И. П. Великая; под общ. ред. В. И. Кошель // Медицинское образование в XXI в.: новые вызовы и новые возможности: сб. статей междунар. науч.-практ. конф. — Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2019. — С. 42–44.
2. Гузеев, В. В. Педагогическая техника в контексте образовательной технологии / В. В. Гузеев. — М.: Народное образование, 2011. — 128 с.
3. Максименко, Е. В. Использование инновационных педагогических технологий в вузе / Е. В. Максименко, А. А. Хрипунова, Л. Л. Максименко; под общ. ред. В.И. Кошель. // Медицинское образование в XXI в.: новые вызовы и новые возможности: сб. ст. междунар. науч.-практ. конф. — Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2019. — С. 82–84.
4. Материалы Первого съезда Российского общества симуляционного обучения в медицине, 2012 / А. А. Сви-стуннов [и др.]. — URL: <http://www.rosomed.ru>

УДК 613.9-057.875

**ОПЫТ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА
СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ**

Бортновский В. Н.

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

В последние годы донозологический подход к оценке уровня здоровья активно применяется в профилактической медицине, что открывает новые возможности сохранения здоровья и работоспособности [1, 7]. Вместе с тем донозологические исследования пока не выходят в широкую практику, что объясняется доминированием в официальной медицине нозологического подхода к проблемам здоровья и болезни.

Существующая система диспансеризации учащейся молодежи направлена в основном на выявление характера патологии. Более важным является выявление уровня адаптации здоровых людей. Практически здоровые юноши и девушки отличаются различной степенью адаптации к окружающей среде, что документируется определенными донозологическими состояниями. Диагностика функциональных состояний осуществляется в основном как оценка адаптивного поведения биосистемы путем математического анализа изменений сердечного ритма [1], развития общих адаптационных реакций организма по изменению морфологического состава крови [2], состояния работоспособности по комплексу физиологических показателей [3]. Основной характеристикой разработанной нами модели донозологической диагностики является дифференциация адаптивных и донозологических состояний по степени напряжения защитно-приспособительных возможностей организма. Она осуществляется путем измерения не отдельных количественных или качественных показателей различных физиологических систем, а комплекса количественно-качественных связей в системе функционально сопряженных физиологических процессов [4].

Донозологический скрининг уровня и структуры здоровья проведен у 136 практически здоровых студентов Гомельского государственного медицинского университета в возрасте от 19 до 24 лет. Методика донозологического скрининга включала определение количества лейкоцитов и лейкограммы периферической крови, поглотительной способности, интенсивности поглощения и переваривающей активности полиморфноядерных лейкоцитов, адгезивной способности лейкоцитов и степени фагоцитарной реакции [5].

В разработанной нами классификации состояние, пограничное с нормой, определяется повышением поглотительной функции лейкоцитов по сравнению с нормативными (исходными) показателями на 20 % и более, дезадаптации — по снижению поглотительной функции лейкоцитов на 41 % и более, предпатологии — снижению поглотительной функции лейкоцитов на 50 % и более. Выделялись четыре уровня адаптации, включающие удовлетворительное течение, напряжение механизмов адаптации, неудовлетворительное течение и срыв адаптации. По существующим представлениям данная градация характеризует структуру здоровья популяции или профессиональной группы людей.

На основании полученных данных донозологического скрининга студенческой молодежи создан алгоритм, в котором указаны пороговые значения интегральных показателей резистентности, позволяющие отнести их к тому или иному донозологическому состоянию (таблица 1).

Таблица 1 — Средние значения показателей резистентности организма, обследованных с различной степенью адаптации

Степень адаптации	Поглотительная способность фагоцитов, отн. ед.	Интенсивность переваривания фагоцитов, отн. ед.	Степень фагоцитарной реакции, отн. ед.	Адгезивная способность лейкоцитов, %
Удовлетворительная	18,96 ± 1,36	0,67 ± 0,2	0,48 ± 0,11	1,9 ± 0,4
Напряженная	42,21 ± 3,12	1,15 ± 0,15	0,55 ± 0,16	1,65 ± 0,27
Неудовлетворительная	15,4 ± 2,05	0,52 ± 0,08	1,23 ± 0,15	1,8 ± 0,32
Срыв адаптации	6 ± 1,5	0,29 ± 0,09	2,2 ± 0,32	3,41 ± 0,63

Исследование структуры здоровья показало, что в состоянии удовлетворительной адаптации находились 20 % обследованных. Лицам этой группы для сохранения высокого уровня здоровья и работоспособности необходимо поддерживать здоровый образ жизни и систематически заниматься физической культурой и спортом.

У 26 % обследованных выявлено напряжение механизмов адаптации. Им рекомендовано соблюдение рационального режима труда и отдыха, питания, регулярное выполнение утренней гигиенической гимнастики. Главная цель оздоровительных мероприятий — уменьшить «цену адаптации» к условиям окружающей среды, снизить или ликвидировать состояние напряжения механизмов регуляции.

31 % обследованных находились в состоянии неудовлетворительной адаптации. Преимущественно они нуждаются в тех же профилактических мероприятиях. При этом большое внимание следует уделять преодолению вредных привычек (гиподинамия, курение, употребление алкоголя). Важное место должны занимать мероприятия по регулированию массы тела, предупреждению ожирения, а также методы психорегуляции и фармакосанации.

Лица с неудовлетворительной адаптацией нуждаются в регулярных плановых осмотрах. Представляется обоснованным и целесообразным выделение их в самостоятельную диспансерную группу. Первичная профилактика заболеваемости в этом случае будет заключаться в устранении факторов риска и выполнении всех мероприятий, рекомендованных врачом.

У 23 % обследованных без клинических проявлений патологии регистрировалось состояние срыва адаптации. В этой группе лиц наиболее часто выявлялись такие факторы риска как гиподинамия (66 %), курение (32 % обследованных курили более 10 сигарет в день), избыточная масса тела (21 %), пограничная артериальная гипертензия (17 %), высокое психоэмоциональное напряжение (более чем у 80 %). Такие лица подлежат углубленному обследованию в условиях поликлиники или стационара с последующим определением диспансерной группы и проведением активного наблюдения.

Проведенный донозологический скрининг учащейся молодежи показал, что 57 % лиц нуждается в оздоровительно-профилактических мероприятиях. Для 26 % достаточно строгое соблюдение правил здорового образа жизни и отказ от вредных привычек. В целом 23 % учащейся молодежи нуждаются во врачебном поликлиническом обследовании. Остальные 77 % — это практически здоровые люди с различной степенью напряжения механизмов адаптации, с различными адаптационными возможностями организма. Именно они являются объектом внимания донозологической диагностики. Они нуждаются в индивидуальной оценке риска развития заболеваний и в определении тех индивидуальных оздоровительно-профилактических мероприятий, которые в наибольшей мере будут способствовать сохранению здоровья и снижению риска развития болезни.

Резюмируя изложенное, можно отметить, что внедрение в практику методов донозологической диагностики несомненно является основой сохранения здоровья человека и снижения заболеваемости на популяционном уровне. Оценка донозологических состояний по степени напряженности защитно-приспособительных механизмов расширяет возможности дифференциальной диагностики функциональных состояний на грани нормы и патологии, формирует новые подходы к прогнозированию, позволяет использовать количественные критерии резистентности в интегральной оценке здоровья человека.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Баевский, Р. М.* Введение в донозологическую диагностику / Р. М. Баевский, А. П. Берсенева. — М.: Фирма «Слово», 2008. — 176 с.
2. *Гаркави, Л. Х.* Адаптационные реакции и резистентность организма / Л. Х. Гаркави, Е. Б. Квакина, М. А. Уколова. — 2-е изд. доп. — Ростов н/Д.: изд. Рост. Ун-та, 1979. — 126 с.
3. *Сапов, И. А.* Неспецифические механизмы адаптации человека: монография / И. А. Сапов, В. С. Новиков. — Л.: Наука, 1984. — 146 с. (Фундаментальные науки — медицина).
4. *Новиков, В. С.* Способ определения состояния адаптационного процесса: а. с. 1377735 СССР, МКИ G 01 / В. С. Новиков, В. Н. Бортновский. — № 33/48; опубл. 29.02.88. // Бюл. — 1988. — № 8. — С. 154.
5. *Новиков, В. С.* Фундаментальные проблемы физиологии экстремальных состояний / В. С. Новиков // Вестник Российской академии естественных наук. — 2000. — № 1 (4). — С. 50–58.

УДК 614.2

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ АНАЛИЗА СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ЗДОРОВЬЮ

Войтович В. М.

**Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь**

Обострение негативных явлений в экономической и социальной сферах ведет к изменениям уровней адаптации населения в целом: от состояний предболезни до формирования патологии. В настоящее время не существует общепризнанных данных о долевом вкладе различных факторов в формирование индивидуального и популяционного здоровья. В материалах Всемирной организации здравоохранения указывается, что в совокупном влиянии на здоровье населения образу жизни отводится 50 %, среде обитания — 20 %, наследственности — 20 %, качеству медико-санитарной помощи — 10 %. Но эти данные носят ориентировочный характер и могут существенно различаться в разных регионах.

Проблемы социальной обусловленности ухудшения индивидуального и популяционного здоровья раскрываются в многочисленных зарубежных и отечественных исследованиях, являясь традиционной темой для обсуждения в рамках как медицинской, так и социологической науки.