

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

# **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОДВИЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ**

**Материалы VI Международной  
научно-практической конференции  
(Гомель, 13 октября 2016 года)**

**Выпуск 6**

**Гомель  
ГомГМУ  
2016**

УДК 614.2

Материалы конференции включают результаты анализа проблем и перспектив европейской интеграции в области общественного здравоохранения, инновационные информационно-коммуникативные технологии в продвижении здоровья, персонализированные подходы к профилактике социально-значимых неинфекционных заболеваний, а также актуальные направления организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения.

**Редакционный совет:** *А. Н. Лызиков* — доктор медицинских наук, профессор, ректор; *Т. М. Шаршакова* — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; *Е. В. Воропаев* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий научно-исследовательским сектором.

**Рецензенты:** доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения учреждения образования «Витебский государственный медицинский университет» *В. С. Глушанко*, доктор медицинских наук, доцент, директор государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» *А. В. Рожко*

**Современные подходы к продвижению здоровья:** материалы VI Международной научно-практической конференции / А. Н. Лызиков [и др.]. — Элект. текст. данные (объем 6,2 Мб). — Гомель: ГомГМУ, 2016. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). — Систем. требования: IBM-совместимый компьютер; Windows XP и выше; ОЗУ 512 Мб; CD-ROM 8-х и выше. — Загл. с этикетки диска.

ISBN 978-985-506-854-0

© Учреждение образования  
«Гомельский государственный  
медицинский университет», 2016



Мы приветствуем ученых из разных стран, делегатов и участников VI Международной конференции «Современные подходы к продвижению здоровья» на Гомельщине и надеемся, что обсуждение актуальных вопросов, связанных с разработкой новых инновационных 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 VI Международной конференции «Современные подходы к продвижению здоровья» и благодарим за интерес, который Вы проявили к конференции!

Целью конференции является консолидация современных знаний и создание информационной среды, важной для подготовки медицинских кадров и научных работников высшей квалификации, а также совершенствование организации медицинской помощи, профилактики социально значимых неинфекционных заболеваний и продвижения здоровья.

Выражаем надежду, что это предоставит возможности и перспективы для установления международных контактов и эффективной работы в сфере общественного здравоохранения в Беларуси.

Мы рады приветствовать всех участников!

Тамара Шаршакова  
Заведующий кафедрой общественного здоровья  
и здравоохранения Гомельского государственного  
медицинского университета, профессор  
координатор конференции





*VI Международная конференция «Современные подходы к продвижению здоровья» представляет собой важную культурную и научную встречу, в работе которой мне выпала честь принимать участие четвертый 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 616.1+613.2]-053.9

**БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ПИТАНИЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ***Байда А. В., Воронина Л. П., Кузнецова Н. Б., Михалюк Р. А.*

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

В настоящее время в мире число людей в возрасте 60 лет и старше по сравнению с 1980 г. удвоилось. В Республике Беларусь коэффициент старения населения (удельный вес лиц старше 65 лет в структуре всего населения в процентах) к 2015 г. составил более 15 %. Величина данного показателя (более 7 %) свидетельствует о том, что население республики относится к старому [1]. Старение населения ставит задачи укрепления здоровья и расширения функциональных возможностей пожилых людей для увеличения периода активной, полноценной жизни человека [2].

Снижение интенсивности обмена веществ в пожилом возрасте обуславливает уменьшение потребности в энергии, в количестве потребляемой пищи. При этом создаются трудности в обеспечении организма незаменимыми пищевыми веществами, что усугубляет течение имеющихся хронических заболеваний. Ишемическая болезнь сердца (ИБС), другие болезни системы кровообращения вносят основной вклад в формирование смертности среди пациентов старших возрастных групп. В возникновении и прогрессировании ИБС существенная роль принадлежит нарушению липидного обмена [3].

Длительное переедание, ожирение укорачивают продолжительность жизни на 6–8 лет [4]. Поэтому одним из главных принципов геродиететики является сбалансированность калорийности питания в соответствии с энергетическими затратами организма.

**Цель**

Изучить особенности течения артериальной гипертензии (АГ) и ИБС у лиц пожилого возраста и разработать способ вторичной профилактики путем коррекции пищевого статуса данной категории населения.

**Объекты исследования**

Состояние здоровья лиц пожилого и старческого возраста.

**Методы исследования**

Антропометрические, клинико-функциональные, биохимические, статистические.

Проведено обследование 203 мужчин и женщин старше 60 лет, страдающих АГ и (или) ИБС: стенокардией (основная группа), и 73 мужчин и женщин аналогичной возрастной группы без выраженных клинических признаков указанных заболеваний (группа сравнения).

Обследование состояния здоровья в связи с характером питания включало антропометрические (рост стоя, масса тела, индекс массы тела, окружность грудной клетки, окружность талии, окружность плеча, толщина кожно-жировой складки), физиологические (частота пульса, частота дыхания, артериальное давление, дыхательные пробы), клинико-инструментальные (электрокардиография, мониторинг артериального давления, ультразвуковое исследование сердца), биохимические исследования, общий анализ крови, анамнез (частота кризов, частота приступов стенокардии), степень тяжести АГ, наличие поражения органов-мишеней, класс тяжести ИБС: стенокардии. По комбинации показателей ИМТ и окружности талии оценивали риск болезней системы кровообращения [5].

Анализ процентильного распределения в зависимости от ИМТ показал, что более 75 % обследованных мужчин и женщин 60–75 лет имели избыточную массу тела и ожирение. По показателям ИМТ и окружности талии в возрастной группе 60–74 лет к высокому риску диабета 2 типа и болезней системы кровообращения относятся 75 % женщин и 50 % мужчин, в возрастной группе 75 лет и старше — 75 % женщин и 25 % мужчин.

При оценке средних значений биохимических показателей у мужчин отмечено превышение референсных значений содержания в крови липопротеидов низкой плотности в

возрастной группе 75 лет и старше, а также прямого билирубина. Содержание общего холестерина в обеих возрастных группах находилось на верхней границе референсных значений.

У женщин в обеих возрастных группах средние величины общего холестерина превышали референсные значения. В возрастной группе 60–74 лет отмечали также превышение референсных значений содержания липопротеидов низкой плотности, в возрастной группе 75 лет и старше данный показатель находился на верхней границе. Средние значения других показателей не превышали референсных значений.

Процентильный анализ содержания общего холестерина в крови показал, что у более 50 % обследованных мужчин и женщин данный показатель превышает верхнюю границу референсных значений.

Результаты биохимических исследований содержания общего холестерина и липопротеидов низкой плотности согласуются с результатами изучения фактического питания, свидетельствующими об избыточном потреблении общих жиров, в том числе насыщенных жирных кислот, высоком содержании холестерина в рационах, недостаточном потреблении пищевых волокон.

Общими характеристиками рационов мужчин и женщин в основной группе и в группе сравнения являлись:

- повышенное содержание белков животного происхождения в структуре общих белков;
- повышенное абсолютное количество общих жиров;
- высокое содержание общих жиров относительно энергетической ценности (ЭЦ) рациона (34,6 % ЭЦ — 39,5 % ЭЦ при рекомендуемом уровне 25–30 % ЭЦ);
- высокое содержание насыщенных жирных кислот относительно энергетической ценности рациона (14,0 % ЭЦ — 16,2 % ЭЦ при рекомендуемом уровне не более 10 % ЭЦ);
- удовлетворительное содержание полиненасыщенных жирных кислот относительно энергетической ценности рациона (6,1 % ЭЦ — 8,9 % ЭЦ при рекомендуемом уровне 6–10 % ЭЦ);
- удовлетворительное содержание  $\omega$ -6 жирных кислот относительно энергетической ценности рациона (содержание линолевой кислоты 6,5 % ЭЦ — 8,1 % ЭЦ при рекомендуемом уровне 5–8 % ЭЦ);
- сниженное содержание  $\omega$ -3 жирных кислот относительно энергетической ценности рациона (менее 0,5 % ЭЦ — менее 0,8 % ЭЦ при рекомендуемом уровне 1–2 % ЭЦ);
- сниженное содержание углеводов за счет недостаточного количества сложных углеводов, в том числе пищевых волокон (особенно в рационах женщин);
- высокое содержание пищевого холестерина (0,3–0,7 г при рекомендуемом уровне не более 0,3 г);
- сниженное содержание в рационах витаминов группы В, Д, С, кальция, магния, цинка, достаточное содержание железа, повышенное — фосфора.

Результаты выполненных исследований свидетельствуют, что питание лиц пожилого и старческого возраста нуждается в коррекции по следующим направлениям:

- коррекция дисбаланса белкового компонента рационов — уменьшение содержания белков животного происхождения до 50–55 % от общих белков, при обеспечении соответствия количества общих белков рекомендуемым уровням;
- уменьшение количества общих жиров в рационе до рекомендуемых уровней за счет насыщенных жиров;
- коррекция дисбаланса жирных кислот в рационе: уменьшение содержания насыщенных жиров до 8–10 % от энергетической ценности рациона; увеличение содержания омега-3 жирных кислот до 1–2 % от энергетической ценности;
- увеличение количества углеводов в рационах до рекомендуемых уровней за счет сложных углеводов, пищевых волокон, клетчатки, при уменьшении моно- и дисахаров;
- увеличение содержания в рационах витаминов группы В, Д, С;
- увеличение содержания в рационах кальция, магния, цинка, уменьшение — натрия.

Проведенные исследования и полученные данные позволят сократить время, необходимое для формирования сбалансированных по пищевым веществам и адекватных по-

требности организма в пищевых веществах и энергии норм питания для возрастной категории населения в организациях, в которых осуществляется питание по определенным нормам.

Помимо экономии времени использование принципов рационального питания позволит достигать большей сбалансированности пищевых веществ у лиц с сердечно-сосудистой патологией, что будет способствовать уменьшению развития у пациентов с ИБС и АГ таких грозных осложнений, как инфаркт миокарда, мозговые инсульты, тромбоэмболии, а также будет способствовать повышению неспецифической резистентности организма.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Войцеховский, В. Е.* Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Республике Беларусь как основной показатель качества жизни населения / В. Е. Войцеховский, И. В. Суворова // Мед. новости. — 2011. — № 8. — С. 32–38.
2. *Сергеев, В. Н.* Восстановление пищевого статуса — важнейший фактор повышения качества жизни лиц пожилого и старческого возраста / В. Н. Сергеев // Оптимальное питание — здоровье нации: материалы VIII Всерос. конгр., Москва, 26–28 окт. 2005 г. — М., 2005. — С. 232.
3. *Мартинчик, А. Н.* Общая нутрициология: учеб. пособие / А. Н. Мартинчик, И. В. Маев, О. О. Янушевич. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 392 с.
4. Содержание витаминов и минеральных веществ в рационах питания пожилых людей / И. И. Кедрова [и др.] // Питание и обмен веществ: сб. науч. ст. / Науч.-произв. центр Ин-т фармакологии и биохимии. — Минск: Белорус. наука, 2008. — Вып. 3. — С. 82–87.
5. *Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation, WHO Technical Report Series 894.* — World Health Organization, 2000. — 252 p.

УДК 617.7-007.21-053.1

### ЕВРОПЕЙСКИЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ АНОФТАЛЬМА НА ПРИМЕРЕ МУРФИЛДСКОЙ ГЛАЗНОЙ КЛИНИКИ ЛОНДОНА (ВЕЛИКОБРИТАНИЯ)

*Бараиш А. Н.*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### *Введение*

По данным отечественной и зарубежной литературы известно, что к развитию анофтальма чаще всего приводят травмы глаза, некомпенсированная болящая глаукома, воспалительные и врожденные процессы, злокачественные новообразования глаза. Удаление глазного яблока (энуклеация, эквисцерация) является тяжелой психологической, моральной и физической травмой для пациента. Внезапная потеря зрения у данной категории пациентов оказывает значительное негативное влияние на весь комплекс социального функционирования человека (личного, профессионального, семейно-бытового), затрудняя его последующую реадaptацию к повседневной жизни, нередко приводя к необходимости смены своей профессии и даже к инвалидизации. Потеря бинокулярного зрения, нарушение в оценке расстояния и глубины пространства вызывают трудности как при выполнении простых функций в быту, так и при производственной деятельности, а также психогенный стресс, который возникает после операции по удалению глазного яблока, в итоге отрицательно отражаются на личностно-социальном статусе данной категории пациентов. Некоторые из них замыкаются в себе, другие предъявляют множество жалоб, носящих навязчивый характер, в связи с возникшим невротическим состоянием. Тяжесть состояния может быть обусловлена возможностью сочетанного поражения различных структур глаза, длительностью и непредсказуемостью развития посттравматических процессов, трудностей в оценке показаний к проведению медицинских реабилитационных мероприятий [1].

До сих пор, по представлению большинства офтальмологов, энуклеация и эквисцерация глаза являются простейшими учебными операциями, их проведение доверяют начинающим офтальмохирургам. Нещадящее отношение к тканям орбиты во время операции, категорический отказ от введения в полость орбиты имплантатов — значительно ослож-

няют последующее протезирование. Многие современные исследователи подчеркивают, что после неадекватного удаления глазного яблока значительно возрастает риск развития анофтальмического синдрома, сопровождающегося целым рядом косметических дефектов (уменьшение объема конъюнктивальной полости, глубокое расположение косметического протеза в орбите, неудовлетворительная его подвижность, углубление верхней орбитопальпебральной борозды, опущение верхнего и отвисание нижнего века и др.), и считают удаление глазного яблока без создания опорно-двигательной культи «калечащей операцией» [1].

Основополагающим фактором, от которого зависит косметический эффект индивидуального протезирования, является формирование качественной опорно-двигательной культи, создание которой после энуклеации/эвисцерации возможно только путем введения в полость глазницы имплантата, позволяющего восполнить недостающий объем глазничного органокомплекса. Своевременная и адекватная пластика глазницы после эвисцерации/энуклеации позволяет повысить социальную активность пациентов с анофтальмом, снижает дополнительные затраты на медикаменты и труд врача при необходимости повторных операций и способствует повышению качества жизни пациентов [2].

Важным аспектом является психологическая помощь пациентам, так как повышение качества жизни лиц с анофтальмом и слабовидящим является социальной проблемой, касающейся не только офтальмологов, но и работников других медицинских специальностей, сферы образования, а также родственников и общества в целом. Психологическая помощь необходима, чтобы помочь человеку адаптироваться к новым условиям жизни, выработать умения и навыки, которые позволят ему вернуть самостоятельность и уверенность в своих действиях.

Несовершенство глазного протезирования, неадекватное создание опорно-двигательной культи, отсутствие психологического консультирования и системы реабилитации способствуют формированию своего рода «комплекса неполноценности» у таких людей, что резко снижает их качество жизни [1].

### **Цель**

Изучить подход к проблеме анофтальма в Мурфилдской глазной клинике г. Лондона (Великобритания).

### **Материал и методы исследования**

Во время стажировки в этой клинике, которая проходила с 6 июня по 1 июля 2016 г., автором была собрана информация о деятельности отделений «Окулопластика» и «Глазное протезирование» и проведен анализ работы офтальмологов, офтальмопротезистов, офтальмологических медсестер-консультантов и других специалистов.

Как выяснилось, каждый день в Великобритании в результате травм и заболеваний органа зрения слепнут 120 человек. В настоящее время в стране почти 2 млн потерявших зрение людей, по прогнозам некоторых исследователей, это количество увеличится вдвое к 2050 г. [3].

Мурфилдская глазная клиника основана в 1804 г., является самым большим медицинским центром, оказывающим высокоспециализированную офтальмологическую помощь населению Великобритании. Она также является образовательной и научно-исследовательской базой по изучению глазных болезней. За период с 2012 по 2013 гг. в клинику за консультацией и лечением обратились 415219 человек, количество пациентов, проходивших лечение в отделении «Окулопластика» составило 82435 [3].

В этой глазной клинике организована уникальная система оказания помощи лицам, нуждающимся в операции по удалению глазного яблока, которая представлена в виде комплексного подхода к достижению медико-социальной реабилитации пациентов. После окончательного решения офтальмолога о необходимости операции по удалению глазного яблока пациент направляется в отделение «Окулопластики», где решается вопрос о виде хирургического вмешательства и типе имплантата для последующего адекватного формирования опорно-двигательной культи. Затем назначается дата операции и пациента направляют на психологическую консультацию. Психологическое консультирование интегрировано в систему оказания клиникой офтальмологической помощи в 1994 г. и представляет собой неотъемлемую часть медико-социальной реабилитации пациентов с анофтальмом.

Психологическую поддержку и консультирование оказывает офтальмологическая медсестра-консультант, которая имеет квалификацию по психотерапии. Ее роль крайне важна: кроме психологической помощи она обеспечивает пациента информацией о деталях хирургического вмешательства, предоперационной подготовки и послеоперационной помощи, знакомит со следующим после операции этапом реабилитации — глазным протезированием, демонстрируя глазные протезы и конформеры (специальные линзы, которые обеспечивают защиту и форму культи сразу после операции). Кратко отвечает на вопросы о продолжительности госпитализации, возможном косметическом результате, об управлении болью и длительности формирования индивидуального протеза. Пациенту предлагаются специально разработанные тематические пособия и DVD по данной тематике для более детального ознакомления.

На этом важном этапе пациента знакомят со сложившейся ситуацией, подготавливают к предстоящему главному протезированию и информируют об оказании ему в дальнейшем психологической помощи. Как свидетельствует опыт офтальмологических медсестер-консультантов, при первичном консультировании большинство пациентов впервые говорят о своей проблеме в деталях и делятся своими переживаниями. Часть из них признается, что испытывает злость и обиду на своих близких и родных, так как не могут рассказать им, как они несчастны и как им тяжело справляться с данной проблемой. Они не могут попросить у них помощи и поддержки.

Некоторые пациенты, которые перенесли несколько операций ранее, испытывают страх перед новым хирургическим вмешательством и последующим этапом — глазным протезированием, они не могут осознать и принять факт потери глаза. После детального информирования офтальмологической медсестрой-консультантом и показа глазных протезов пациент становится более осведомленным и чувствует поддержку и помощь со стороны, у него исчезает страх протезирования. При необходимости для оказания психологической помощи офтальмологическая медсестра-консультант сопровождает пациента на консультации в отделения «Окулопластика» и «Глазное протезирование», а также присутствует при операции.

В клинике созданы условия для оказания пациенту психологической поддержки по телефону и организации индивидуальных встреч с пациентом. Индивидуальное психологическое консультирование состоит, как правило, из 6–12 строго конфиденциальных встреч, в результате которых пациент получает необходимую помощь и ответы на интересующие его вопросы.

После психологического консультирования пациент направляется на операцию по удалению глазного яблока. Ее проводит высококвалифицированный офтальмохирург из отделения «Окулопластика», который выбирает вид хирургии и тип имплантата в зависимости от офтальмопатологии. Обязательным этапом хирургического вмешательства является формирование опорно-двигательной культи с орбитальным имплантатом для адекватного глазного протезирования. После операции в конъюнктивальную полость обязательно вставляется определенного размера конформер, который способствует формированию полости для последующего глазного протезирования. Как правило, пациента выписывают на следующие сутки домой. В последующем специалисты этого отделения наблюдают за пациентом, за состоянием его конъюнктивальной полости, при необходимости корректируют дефекты анофтальма для создания оптимальных условий для ношения протеза.

После хирургической операции пациента записывают в отделение «Глазного протезирования». Спустя 6 недель он посещает тамофтальмопротезиста, который подбирает временный протез по цвету радужки и форме конъюнктивальной полости. Следующее посещение этого отделения происходит примерно через 2 месяца, во время которого делаются замеры и зарисовки для последующего индивидуального глазного протезирования. Офтальмопротезисты измеряют сформировавшуюся конъюнктивальную полость, зарисовывают цвет радужки, соответствующий здоровому глазу и начинают изготовление искусственного глаза. Иногда этап замеров проходит в операционной, чтобы избежать воз-

никновения дополнительного психологического стресса для пациентов, которые еще не адаптировались к потере глазного яблока.

Через 4–6 недель пациент получает свой индивидуальный протез. Он ежегодно посещает это отделение для осмотра и коррекции состояния протеза. Там же его информируют о правилах пользования, обработки протеза, учат жить с протезом. Офтальмопротезисты напрямую взаимодействуют с офтальмохирургами отделения «Окулопластика», таким образом, осуществляется преемственность в работе специалистов, что позволяет пациенту получить адекватную помощь на всех этапах оказания медицинской помощи.

### **Выводы**

На сегодняшний день единственным методом медико-социальной реабилитации пациентов с анофтальмом являются реконструктивно-пластическая хирургия опорно-двигательной культуры с использованием орбитального имплантата в сочетании с индивидуальным глазным протезированием, психологическим консультированием, а также информированием пациента на всех этапах оказания медицинской помощи.

Именно такой комплексный подход в оказании помощи пациентам с анофтальмом лежит в основе деятельности Мурфилдской глазной клиники. Здесь работают высококвалифицированные специалисты, имеющие огромный опыт по данной проблеме, которые действуют как одна команда. Пациента социально адаптируют к изменившимся условиям жизни и оказывают разностороннюю квалифицированную поддержку.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бараш, А. Н. Медико-социальные проблемы при анофтальмическом синдроме / А. Н. Бараш, Т. М. Шаршакова, Г. Ф. Малиновский // Проблемы здоровья и экологии. — 2015. — № 2 (44). — С. 4–7.
2. Бараш, А. Н. Социальные аспекты медицинской реабилитации пациентов с анофтальмическим синдромом / А. Н. Бараш, Т. М. Шаршакова, Г. Ф. Малиновский // Сборник материалов Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Инновации в офтальмологии», Минск, 11–12 дек. 2015 г. / Международный науч.-практ. журнал «Офтальмология» Восточная Европа. — С. 23–24.
3. Jasmine, T. Patient support and counselling: an interview with Jasmine Thomsand Louise de Board / T. Jasmine // International Journal of Ophthalmic Practice. — 2014. — Vol. 5, № 3. — P. 112–115.

УДК 614.2-053.81:37

## **ОТИМИЗАЦИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПО ФОРМИРОВАНИЮ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ**

*Бортновский В. Н., Рубан Н. М., Песенко Е. С.*

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»,  
Государственное учреждение  
«Гомельский городской центр гигиены и эпидемиологии»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

Укрепление здоровья подрастающего поколения является приоритетной государственной задачей во всем мире. В основных положениях «Программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 гг.» подчеркнута необходимость уделять особое внимание формированию мотиваций и созданию условий для продвижения в общество здорового образа жизни, развитию культуры [1]. Здоровье нации — одно из условий успешного существования любого государства сейчас и в будущем [2].

Но в современной системе образования до сих пор слабо реализуется системный и культурологический подход к реализации идеи формирования здорового образа жизни у подрастающего поколения. Поэтому важнейшей задачей любого образовательного учреждения является обеспечение максимально благоприятных условий для формирования здорового образа жизни, гармоничного физического, психического и социального развития каждого ребенка. Активно идущий процесс модернизации образования ориентирует на создание условий для развития вариативной и личностно-ориентированной педагогики,

которая способна решать поставленные задачи, в том числе касающиеся здоровья подрастающего поколения.

Представления о здоровье были значительно расширены, когда оно стало одним из важных показателей, характеризующих благополучие общества. В этом контексте под культурой здоровья понимаются такие формы поведения людей, которые позволяют улучшать жизнь, делать ее более благополучной и достигать более высокой степени самореализации [3]. Благополучие в жизни создается гармоничным сочетанием социального, физического, интеллектуального, карьерного, эмоционального и духовного элементов.

Отношение к здоровью предполагает диалектическую связь между двумя переменными системы «личность – здоровье». С современных позиций это отношение реализуется через систему пяти пространств: ценностно-мотивационного, рефлексивно-оценочного, эмоционально-чувственного, когнитивного, поведенческого [4]. Данная теория широко используется в развитых странах Европы и США для предсказания разнообразного социального поведения, включая поведения в рамках здорового образа жизни. Апробация этих идей и разработка на их основе конкретных путей и технологий для реализации в школах станут значимым вкладом в развитие современного образования.

Процесс социокультурного развития невозможен без целенаправленного систематического формирования культуры поведения и образа жизни, здоровьесцентрированного сознания как базового образования для здорового образа жизни [5]. В настоящее время это особенно актуально. К окончанию школы более половины детей имеет ограничения в выборе профессии по состоянию здоровья». По данным обследования школ и детских садов Гомеля, более чем у 60 % детей отмечаются различные отклонения в созревании и функционировании нервной системы.

В г. Гомеле проблема формирования культуры здоровья и образа жизни в целом также не решена. И это подтверждают данные мониторинга здоровьесберегающей деятельности учреждений образования. В результате обследования учащихся разных возрастных групп были выявлены следующие тенденции, характеризующие образ жизни школьников г. Гомеля:

— снижение двигательной активности и физической подготовленности (высокий уровень физической подготовленности имеют 15,6 % учащихся начальной школы, 18,5 % — основной школы, 7,2 % — старших классов), что *отражает снижение уровня двигательной и физической культуры;*

— нарушение структуры и режима питания (52,3 % старшеклассников питаются «когда захотят»; 65,1 % из них не едят в школе), что *отражает снижение уровня культуры питания;*

— нарушение структуры досуга, в том числе преобладание малоподвижных видов занятий (компьютер и ТВ), нарушение продолжительности сна и пребывания на свежем воздухе учащихся всех возрастных групп, что *отражает снижение уровня культуры досуга;*

— возрастание риска употребления психоактивных веществ (по результатам анкетирования, 38,1 % школьников курят, 32,1 % — употребляют алкоголь), что *отражает повышение уровня распространенности вредных привычек;*

— снижение с возрастом готовности к здоровому образу жизни, что *отражает снижение уровня культуры здоровья в целом.*

Целью разработки эффективной модели школы — «Центр культуры здоровья» является раскрытие новых возможностей интеграции образовательного, воспитательного и оздоровительного процессов, обеспечивающих развитие здоровьесозидающей среды образовательного учреждения и повышение культуры здоровья.

В основу модели должно быть положено достижение следующих результатов:

**вне школы:**

- укрепление идей здоровьесозидающей педагогики;
- расширение здоровьесозидающего образовательного пространства;
- повышение безопасности образовательной среды;

**в школе:**

- улучшение показателей физической и образовательной подготовленности, состояния здоровья обучающихся; сокращение случаев острых респираторных заболеваний; снижение и предупреждение случаев гиподинамии, плоскостопия, нарушения осанки;

- снижение и последующее устранение перегрузки и стрессовых ситуаций для учащихся и учителей в учебно-воспитательном процессе;
- утверждение гуманных, доверительных и доброжелательных отношений в системе педагогики, сотрудничество между учителями, учащимися и их родителями;
- повышение уровня реальных учебных возможностей каждого ученика;
- создание оптимальной организации и структуры учебно-воспитательного процесса, позволяющих каждому ученику успешно осваивать учебные программы на уровне своих возможностей, способностей, без срыва состояния физического, соматического и психического здоровья;
- повышение уровня двигательной активности обучающихся;
- повышение ответственности педагогических работников, медиков и родителей за охрану жизни и здоровья детей;
- осознанное отношение детей и их родителей к состоянию здоровья как основному фактору успеха в учебе и на последующих этапах жизни;
- развитие материально-технической базы школы, способствующей укреплению и сохранению здоровья школьников.

Цель проекта не только развить безопасную здоровьесохраняющую среду, а выйти на новый уровень ее развития — уровень здоровьесозидающего пространства, где субъекты обучения не только учатся и оздоравливаются, но и овладевают технологиями самостоятельного культуротворчества, не только сами были сторонниками здорового образа жизни, но и активно его пропагандировали в широкой социальной среде на всех этапах своей жизни.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вместе — за сильную и процветающую Беларусь!: Основные положения программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 гг. // Сб. — Дата публикации: 17.06.2016.
2. Ключенович, В. И. Социальная индустрия здоровья / В. И. Ключенович, В. Г. Цыганков. — Минск: Тонпик, 2006. — 200 с.
3. Соболева, Л. Г. Продвижение здорового образа жизни в учреждениях общего среднего образования: монография / Л. Г. Соболева, Т. М. Шаршакова, А. П. Романова. — Минск: БелМАПО, 2015. — 215 с.
4. Зинович, В. Н. Методологические и организационные проблемы формирования здорового образа жизни / В. Н. Зинович, В. Н. Бортновский // Актуальные проблемы гигиены, эпидемиологии и профилактической медицины: материалы науч.-практ. конф., посвящ. 90-летию санитарно-эпидемиологической службы Гомельской области / под ред. С. Е. Дубинина. — Гомель: ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», 2012. — С. 79–81.
5. Яшин, В. Н. ОБЖ. Здоровый образ жизни / В. Н. Яшин. — 2-е изд., доп. — М.: Айрис-пресс, 2006. — 112 с.

УДК 159.923:001.2:316.72

### ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНФОРМАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ И КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

*Гапанович-Кайдалов Н. В.*

Гомельский филиал учреждения образования  
«Университет гражданской защиты МЧС Беларуси»  
г. Гомель, Республика Беларусь

Процессы, происходящие в обществе, характеризуются постепенным усложнением и высокой динамичностью, усиливая своё влияние на жизнь человека и делая его все более зависимым от своевременного получения необходимой информации из Интернета, СМИ и других источников. Современный этап развития общества характеризуется доминирующей ролью знаний и информации, воздействием информационно-коммуникационных технологий на все сферы человеческой деятельности и общества в целом.

Информационные технологии рассматриваются как совокупность моделей, методов и программных средств обработки информации при интеллектуальном доступе человека в компьютерную систему. К ним относятся: ЭВМ, персональные компьютеры, локальные вычислительные сети, устройства ввода-вывода информации, средства манипулирования аудиовизуальной информацией, современные средства связи и т. п.

Таким образом, в современных условиях возрастает актуальность проблемы формирования информационной культуры и культуры здоровья личности.

Понятие «культура» (от лат. *cultura* — возделывание, воспитание, развитие, почитание) можно трактовать, как «исторически определенный уровень развития общества, творческих сил и способностей человека, выраженный в типах и формах организации жизни и деятельности людей, в их взаимоотношениях, а также в создаваемых ими материальных и духовных ценностях» [1].

Понятие «культура» нередко рассматривается как определенный уровень развития существенных сил человека. В такой интерпретации культуру можно рассматривать как степень соответствия отдельного человека ценностям и нормам общества. Следовательно, мы можем говорить о наличии культуры у человека, если он «отвечает нормам социокультурного развития данного общества во всех формах своей жизнедеятельности, социального взаимодействия».

Развитие современного общества, жизнедеятельность которого определяется эффективностью использования информационных технологий, очевидно, предусматривает формирование специфической информационной культуры личности.

Информационная культура — совокупность информационного мировоззрения, системы знаний и умений, обеспечивающих целенаправленную самостоятельную деятельность по оптимальному удовлетворению индивидуальных информационных потребностей с использованием как традиционных, так и новых информационных технологий [2].

Формирование информационной культуры школьника рассматривалось в исследованиях ряда ученых, таких как Г. Г. Воробьев, Г. Н. Гурьева, В. П. Ершов, Е. Я. Коган, А. Г. Леонов, С. А. Марков и др.

Исходя из самого понятия «информационная культура», одни ученые ключевым в этом сочетании считают слово «информационная» (Г. Г. Воробьев, А. А. Гречихин, В. З. Коган, В. А. Уханов и др.), другие — «культура» (И. С. Арнольдов, М. Г. Вохрышева, Н. И. Гендина, И. А. Горлова, Н. Б. Зиновьева, Ю. С. Зубов и др.).

Информационная культура, понимаемая как культура поиска, выбора, обработки и интерпретации информации, помогает ориентироваться в информационной среде, создает основу для развития таких личностных качеств, как информационная грамотность, информационный стиль мышления, информационное мировоззрение.

Как отмечает Т. Е. Соколова, понятие «информационная культура» не связано исключительно с использованием современных информационных (компьютерных) технологий. Мир информации чрезвычайно широк и многообразен. Представление его в различных информационных источниках (будь то книга, аудио- и видеоаппаратура, компьютер, человек как информатор, натуральный объект окружающего мира как предмет изучения и наблюдения) не изменяет суть проблемы научения приемам ориентировки в мире информации [3].

Возможными негативными последствиями использования информационных технологий могут стать личностные изменения, отклонения в развитии мышления и интеллекта, возникновение различного рода зависимостей: компьютерной, анимационной, игровой, Интернет-зависимости и др. Так, А. В. Молокова отмечает, что помимо отклонений в развитии психики в результате длительного погружения в виртуальный мир может произойти снижение социальных адаптивных возможностей личности, замена духовного развития суррогатом агрессивных компьютерных игр. С. Н. Островский также указывает, что в результате глобальной информатизации общества, общественного и человеческого сознания вообще, использования новых способов и форм распространения аудиовизуальной продукции, меняется тип мышления: понятийное мышление сменяется наглядно-визуальным.

Кроме того, широкое распространение и повсеместное использование информационных технологий приводит к возникновению у пользователей множества различных заболеваний опорно-двигательной, сердечно-сосудистой, зрительной, дыхательной, нервной систем. Причина их появления — ответная реакция организма человека на ритм и реалии современной жизни, ряд заболеваний которой носит социальный характер, что приводит к усилению факторов риска развития ишемической болезни сердца и к таким заболеваниям нервной системы, как депрессия, стресс, бессонница.

В нашем исследовании мы предложили студентам медицинского университета (УО «ГомГМУ», 243 студента 1–2 курсов) оценить характер влияния информационных технологий на здоровье. Было установлено, что 68 % второкурсников и 79 % первокурсников, получающих профессию врача, считают, что компьютер не влияет или практически не влияет на физическое здоровье. Более того, 77 % второкурсников и 87 % первокурсников убеждены в исключительно положительном влиянии компьютера на психологическое здоровье (поднимает настроение, снимает стресс и т.п.). Около половины опрошенных студентов (46 %) используют компьютер в основном для развлечений (фильмы, музыка, социальные сети).

Таким образом, в современных условиях наряду с информационной культурой необходимо формировать культуру здоровья личности.

Существуют различные подходы к определению культуры здоровья.

О. Л. Трещева выделяет следующие характеристики культуры здоровья личности: наличие позитивных целей и ценностей; грамотное и осмысленное отношение к своему здоровью, природе и обществу; организация здорового образа жизни, позволяющего активно регулировать состояние человека с учетом индивидуальных особенностей организма, реализовывать программы самосохранения, самореализации, саморазвития, приводящих к гармоничному единству всех компонентов здоровья и целостному развитию личности [4]. Культура здоровья — это не только информированность в области здоровьесбережения, но и практическое воплощение потребности вести здоровый образ жизни, заботиться о собственном здоровье и здоровье окружающих.

По мнению З. И. Тюмасевой, «культура здоровья — сознательная система действий и отношений, в значительной мере определяющих качество индивидуального и общественного здоровья, слагающихся из отношения к своему здоровью и здоровью других людей, а также ведения здорового образа жизни» [5].

Таким образом, формирование информационной культуры, как освоение информационных технологий, предполагает повышение степени информированности, в том числе и в области здоровьесбережения. Следовательно, информационная культура и культура здоровья личности сегодня выступают в качестве ориентиров общественного развития. Овладение информационными технологиями, с одной стороны, способствует социализации личности в информационном обществе; с другой — требует предупреждения новых рисков для физического и психологического здоровья.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Витухновская, А. А. Компьютерная поддержка учебных курсов для начальной школы / А.А. Витухновская // Информатика в начальном образовании: Приложение к журналу «Информатика и образование». — 2001. — № 1. — С. 28–31.
2. Формирование информационной культуры личности в библиотеках и образовательных учреждениях / Н. И. Гендина [и др.]. — М., 2002. — 337 с.
3. Соколова, Т. Е. К вопросу об информационной культуре младшего школьника / Т. Е. Соколова. — Режим доступа: <http://ito.edu.ru/sp/publi/tesokolova.doc>. — Дата доступа: 22.11.2012.
4. Трещева, О. Л. Формирование культуры здоровья в условиях современного образования / О. Л. Трещева. — Омск, 2002. — 268 с.
5. Тюмасева, З. И. Культура любви к природе, экология и здоровье человека: монография / З. И. Тюмасева, Б. Ф. Кваша. — Челябинск: Изд-во Челяб. гос. пед. ун-та, 2003. — 264 с.

УДК 614.212:613.97

### ДИНАМИКА ЧИСЛЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНЫХ КОНТИНГЕНТОВ ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ПО ПРИЧИНАМ ПОСТАНОВКИ НА УЧЕТ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСПАНСЕРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Глинская Т. Н.<sup>1</sup>, Щавелева М. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Государственное учреждение  
«Республиканский научно-практический центр  
трансфизиологии и медицинских биотехнологий»,

<sup>2</sup>Государственное учреждение образования  
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
г. Минск, Республика Беларусь

При проведении диспансерной работы в контексте современных требований весьма важны персонализированные подходы к профилактике социально-значимой неинфекци-

онной патологии. С целью уточнения организационных аспектов работы с диспансерными контингентами взрослых пациентов, включая оптимизацию оценки эффективности, был проведен анализ данных о заболеваемости взрослого населения Республики Беларусь.

За период 2011–2015 гг. численность диспансерного контингента взрослого населения страны выросла на 11,8 % (для населения в возрасте старше трудоспособного — на 10 %), интенсивный показатель достиг к 2015 г. значения 53844,6<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> (85103,1<sup>0</sup>/<sub>0000</sub> для населения в возрасте старше трудоспособного). Хотя указанный показатель с математической точки зрения относится к вариантам повторных величин (одной единице совокупности может быть присуще несколько случаев взятия на диспансерный учет по различным нозологическим причинам), фактический объем диспансерной работы должен планироваться из расчета охвата более чем половины взрослого населения Республики Беларусь, в отношении населения в возрасте старше 55 (60) лет — более 85 %.

Изучение структуры причин взятия на диспансерный учет (2011–2015 гг.) показало, что лидирующими классами болезней, служащих основанием для постановки взрослых пациентов (18 лет и старше) на диспансерный учет, являлись семь классов.

Болезни системы кровообращения (БСК) занимают первое рейтинговое место (37,2 %); в свою очередь, в структуре БСК лидируют три причины: болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением — 41,7 %, ишемическая болезнь сердца — 34,6 %, цереброваскулярные болезни — 23,4 %.

Болезни эндокринной системы занимают второе рейтинговое место (10,5 %); при этом 48,6 % случаев эндокринной патологии обусловлены сахарным диабетом, 39,9 % — болезнями щитовидной железы.

Болезни органов пищеварения с 2009 г. вышли на третье место [1], на них приходится 9,6 %. Среди болезней, обусловивших постановку взрослых пациентов на диспансерный учет по данной причине, наиболее значимыми были болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (68 % всех случаев), преимущественно, за счет язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и позиция «гастриты, дуодениты» (соответственно 43,2 и 23,4 % в структуре болезней органов пищеварения). Определенный вклад в формирование диспансерного контингента вносили болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей (12,6 %), печени (6,3 %) и поджелудочной железы (5,8 %).

Новообразования обусловили четвертое место в рейтинге причин формирования диспансерного контингента (9,2 %). По данным белорусского канцер-регистра, основные локализации злокачественных новообразований, являющихся основанием для взятия пациентов на диспансерный учет, включают (представлены экстенсивные показатели в порядке убывания): злокачественные новообразования молочной железы (15,1 %); кожи (12,2 %); тела матки (7,3 %); щитовидной железы (7,2 %), простаты (6,4 %); почки (5,6 %), ободочной кишки (5,1 %), желудка (4,3 %), шейки матки (4,2 %), прямой кишки (4,1 %). В структуре контингента лиц, состоящих на диспансерном учете по поводу злокачественных новообразований, удельный вес вышеперечисленных локализаций составляет 71,5 % случаев.

Далее следует класс психических расстройств (7,7 %), занимающих пятое место в рейтинге. При взятии на диспансерный учет среди основных причин психических расстройств лидируют психозы (42,7 %, включая шизофрению), психические расстройства непсихотического характера (31,1 %), умственная отсталость (26,2 %).

Болезни мочеполовой системы занимают шестое рейтинговое место (6 %). Среди причин можно указать на болезни женских тазовых органов — 41,7 %; гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почек — 25,8 % (основную роль играют тубулоинтерстициальные болезни почек), достаточно значимой причиной также является мочекаменная болезнь (8,5 %), доброкачественная дисплазия, гипертрофия молочной железы (7,9 %) и болезни предстательной железы (6,7 %).

Болезни органов дыхания находятся на седьмом месте (4,5 %). В структуре лиц, состоящих на диспансерном учете, преобладают пациенты с такими заболеваниями, как астма, астматический статус (30,6 %), бронхит хронический и неуточненный, эмфизема легких (22,4 %), другая хроническая обструктивная легочная болезнь (19,8 %).

Перечисленные семь классов болезней вносят основной вклад в формирование диспансерных контингентов взрослого населения (87,2 %).

За пятилетний период наблюдения произошел рост численности диспансерных контингентов взрослого населения (темп прироста +11,8 %). Положительный темп прироста был установлен для класса болезней костно-мышечной системы (+34,4 %); болезней глаза (+30,5 %); болезней эндокринной системы (+28,5 %), в том числе для сахарного диабета (+30,8 %); для класса болезней крови (+25 %); врожденных аномалий (+24,2 %); болезней нервной системы (+21,1 %); болезней мочеполовой системы (+16,9 %); БСК (+14,1 %); болезней кожи (+7,2 %); болезней органов пищеварения (+6,72 %); класса «симптомы, признаки...» (+6,6 %); болезней органов дыхания (+2,5 %).

Незначительные изменения в динамике (темп прироста менее 1,0 %) были зарегистрированы для класса внешних причин (последствия травм) и новообразований.

Отрицательный темп прироста отмечался в отношении класса инфекционных заболеваний (-4,9 %), психических расстройств (-5,7 %) и болезней уха (-9,1 %).

Оценка вышеперечисленных изменений должна осуществляться как с позиций возможностей ресурсного обеспечения проводимой диспансерной работы, так и с учетом медико-биологических особенностей формирования заболеваемости по тем или иным нозологическим причинам. Понятно, что изменение численности диспансерного контингента по причине «врожденные аномалии» отражает эффективность превентивных мероприятий на стадии медико-генетического консультирования семей и наблюдения беременности, а в дальнейшем — успешности ведения пациента с наличием такого заболевания (аномалии) на протяжении жизни, включая взрослый возраст. Эффективность превентивной части мероприятий, оцениваемая по заболеваемости взрослого населения, будет заметна лишь спустя 2–3 десятилетия и должна рассматриваться в тесной взаимосвязи с показателями инвалидности. Использование аналогичных подходов в более коротком временном интервале применимо для оценки эффективности профилактических мероприятий и лечебно-реабилитационных стратегий для класса «внешние причины».

В отношении заболеваний с неблагоприятным прогнозом для жизни (злокачественные новообразования, прогрессирующие дегенеративные заболевания нервной системы) численность диспансерного контингента пациентов должна анализироваться одновременно с показателями смертности и выживаемости, желательно интегральными либо индексными, и с длительностью нахождения под диспансерным наблюдением. Накопление контингентов в данных случаях отражает не только прирост заболеваемости, но и снижение риска летального исхода.

В определенной мере аналогичные подходы применимы к оценке эффективности предупреждения развития цереброваскулярных заболеваний и инфаркта миокарда у пациентов с болезнями, характеризующимися повышенным артериальным давлением, а также развития осложнений у пациентов с сахарным диабетом. Достижение пролонгированного результата свидетельствует о правильности профилактических мероприятий и лечебно-реабилитационных стратегий и приверженности пациента проводимым мероприятиям. Помимо общей численности лиц, состоящих на диспансерном учете, важны показатели движения контингента и анализа стажевых характеристик (состав контингента по числу лет нахождения на диспансерном учете с оценкой динамики). Анализ может быть дополнен включением показателей инвалидности и ее тяжести, а также индексных показателей, которые весьма информативны при оценке качества жизни в динамике и риска наступления неблагоприятных исходов.

Уменьшение численности диспансерных контингентов должно оцениваться положительно, если оно происходит за счет выздоровления или улучшения здоровья пациентов, а не за счет механического движения (смена места жительства) либо летальных исходов.

Таким образом, численность контингентов диспансерных пациентов, наблюдаемых территориальными организациями здравоохранения, оказывающими преимущественно первичную медицинскую помощь, а также территориальными организациями здравоохранения, оказывающими специализированную медицинскую помощь по профилю своей деятельности (онкологические, кардиологические, эндокринологические и другие диспан-

серы), весьма значима. Вопросы персонификации объема диспансерных и лечебных мероприятий, учитывая крайне многочисленную популяцию диспансерных контингентов, требуют соответствующего методического обеспечения и постоянного профессионального совершенствования врачей-специалистов (фельдшеров и помощников врачей). В качестве методического пособия могут выступать документы, по содержанию аналогичные клиническим протоколам, определяющие подходы (а не жесткую регламентацию) к персонализации мероприятий с учетом вариантов сочетания различных составляющих (анамнестические данные, данные объективного осмотра и результатов инструментальных, функциональных и лабораторных исследований в динамике и др.). Важной частью достижения успешности проводимой диспансерной работы остается проблема ответственности граждан за свое здоровье, которая включает наличие мотивации к сотрудничеству с медицинскими работниками и реализацию предписанных рекомендаций.

#### 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.

УДК 614.2(476)

## РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ БЕЛОРУССКОЙ МОДЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЕЕ ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ

*Глушанко В. С., Михневич Е. В., Алфёрова М. В.,  
Михневич А. В., Матюшко А. В.*

Учреждение образования  
«Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»  
г. Витебск, Республика Беларусь

### **Введение**

Качество общественного здоровья можно оценивать, используя десятки показателей, но наиболее важными и достоверными являются: ожидаемая продолжительность жизни, стандартизованные показатели смертности (от всех причин и отдельно по причинам), младенческая смертность, общая заболеваемость (в том числе социально-значимыми болезнями) и уровень обеспечения лекарственными средствами (ЛС).

### **Цель**

Оценить успешность реализации белорусской модели здравоохранения с учетом основных показателей международных рейтингов, характеризующих здоровье населения, а также обосновать необходимость совершенствования приоритетных направлений ее развития.

### **Материал и методы исследования**

Для выполнения исследования проведен дефинитивный анализ, сравнительный анализ, синтез информации, ретроспективный анализ статистической отчетности Министерства здравоохранения Республики Беларусь, обобщены материалы научных источников и собственных исследований.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Современную белорусскую модель здравоохранения можно схематично представить следующим образом:

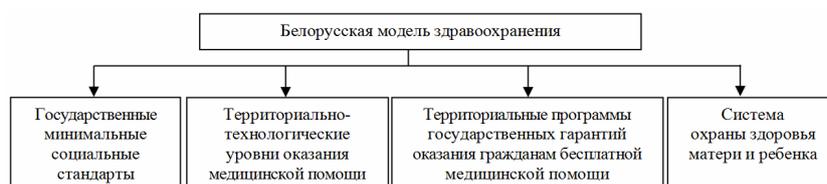


Рисунок 1 — Схема белорусской модели здравоохранения

Территориально-технологические уровни оказания медицинской помощи обеспечивают принцип социального равенства и закрепляют равное право граждан на доступное медицинское обслуживание в государственных организациях здравоохранения [1, 2]. При этом возможно оказание медицинской помощи населению, начиная с первого, районного звена и заканчивая четвертым — высокотехнологичным лечением в республиканских научно-практических центрах по всем профилям заболеваний.

Вторая часть модели — это реализация «Территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи». Введение норматива бюджетных расходов на одного жителя было весьма прогрессивным шагом, благодаря которому за счет оптимизации системы и более разумного расходования средств удалось добиться серьезного прогресса и в уровне оказания медицинской помощи, и в обеспечении ее доступности.

Важнейшим звеном модели здравоохранения республики являются государственные минимальные социальные стандарты, выполнение которых строго контролируется. Под государственным минимальным социальным стандартом понимается минимальный уровень государственных гарантий социальной защиты, обеспечивающий удовлетворение основных потребностей человека, выражаемый в нормах и нормативах предоставления денежных выплат, бюджетных и общедоступных социальных услуг, социальных пособий и выплат.

В стране сохранена также система охраны здоровья матери и ребенка, которая является одним из приоритетных направлений в здравоохранении Республики Беларусь. Решение этой задачи осуществляется на государственном уровне в соответствии с законами Республики Беларусь «О здравоохранении», «О правах ребенка», Кодексом Республики Беларусь о браке и семье, другими законодательными актами, а также государственными программами: Президентской программой «Дети Беларуси», государственной программой «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг., включающей подпрограммы: профилактика и контроль неинфекционной заболеваемости; профилактика ВИЧ-инфекции; туберкулез; предупреждение и преодоление пьянства и алкоголизма; семья и детство и др. [3]. Каждой беременной женщине гарантируется медицинское наблюдение в государственных организациях здравоохранения, стационарная медицинская помощь во время и после родов, а также медицинская помощь и медицинское наблюдение за новорожденным.

Все вышеперечисленное позволило белорусской медицине занять довольно высокие места в международных рейтингах. По данным рейтинга американского агентства Блумберг, оценивающего эффективность систем здравоохранения, наша страна заняла 47-е место, опередив Российскую Федерацию (54-е место) и Соединенные Штаты Америки (50-е место), а по доступу населения к медицинским и фармацевтическим услугам Беларусь разделила 1-е место с Брунеем и Канадой [4]. Основными критериями для оценки выступили: средняя продолжительность жизни, затраты на здравоохранение и доля расходов на здравоохранение в национальной экономике страны.

Достижения белорусского здравоохранения отмечено международным медицинским сообществом. Именно поэтому Минск в октябре 2015 г. стал площадкой для проведения Европейской министерской конференции «Охват всех этапов жизни в контексте политики «Здоровье – 2020».

Важнейшей задачей здравоохранения в Республике Беларусь стало создание экономически эффективного механизма обеспечения населения лекарственными средствами. Белорусская система рационального лекарственного обеспечения отвечает требованиям ВОЗ и определяется наличием: перечня основных ЛС, разработки механизмов их всеобщей доступности; стандартов по применению ЛС; системы обеспечения качества и учета побочных действий; информационных систем учёта расходования. В соответствии с международными требованиями в Республике Беларусь создан республиканский формуляр ЛС, являющийся основой для формирования перечня основных ЛС, годовых планов централизованных закупок, а также для разработки клинических протоколов.

Несмотря на высокие показатели успешности реализации белорусской модели здравоохранения, она все еще нуждается в совершенствовании, чтобы обеспечить выполнение задач, поставленных перед белорусским здравоохранением в Программе социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 гг. Как было сказано выше, в 2015 г. удалось добиться минимальной убыли населения за последние 20 лет, но «демографические ножницы» еще не сомкнуты в полной мере, а по показателю ожидаемой продолжительности предстоящей жизни Беларусь существенно отстает от большинства развитых стран. Поэтому цель демографической политики на ближайшую пятилетку — стабилизация численности населения и увеличение ожидаемой продолжительности жизни. Планируется поэтапное внедрение организации работы участковой службы по принципу врача общей практики, обеспечение оказания необходимого объема качественной медицинской помощи каждому жителю независимо от его места проживания. В качестве приоритетных направлений совершенствования белорусской модели здравоохранения определены развитие фармацевтической промышленности, инновационных высокотехнологичных видов медицинской помощи и сложных медицинских вмешательств. Реализация данных мер позволит обеспечить к 2020 г.: увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 75,3 года; снижение детской смертности до уровня не более 40,5 случая на 100 тыс. детского населения в возрасте от 0 до 18 лет; снижение смертности трудоспособного населения до 3,8 случая на 1000 человек; увеличение доли врачей, работающих по принципу врача общей практики, в системе оказания первичной медицинской помощи до 100 % [4].

#### **Заключение**

Национальными особенностями функционирования системы здравоохранения Республики Беларусь является полный охват населения медицинской помощью и фармацевтическими услугами. Министерство здравоохранения, органы управления, различные отраслевые структуры проводят дальнейшую работу по совершенствованию белорусской модели здравоохранения, что закономерно должно привести к улучшению показателей здоровья населения, совершенствованию и укреплению первичного звена, обеспечению доступности и качества медицинской и фармацевтической помощи на всех уровнях, уменьшению заболеваемости и смертности граждан, стабилизации численности населения и обеспечению положительного естественного прироста.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. О мерах по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики: Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30 мая 2003 г. № 724: в ред. Постановления Совета Министров Республики Беларусь от 27 августа 2014 г. № 840 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 02.09.2014, 5/39340.
2. О некоторых вопросах государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения: Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 29.03.2016 г. № 259 / [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [www.minzdrav.gov.by/normativnye\\_prikazy](http://www.minzdrav.gov.by/normativnye_prikazy). — Дата доступа: 02.05.2016.
3. Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг.: Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 14 марта 2016 г. № 200.
4. Программа социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 гг.: основные положения // Беларусь сегодня. — 2016 — 17 июня, № 114. — С. 1–8.

**УДК 61(476)**

## **ОСОБЕННОСТИ БЕЛОРУССКОЙ СИСТЕМЫ АККРЕДИТАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**Глушанко В. С., Михневич Е. В.**

**Учреждение образования**

**«Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»  
г. Витебск, Республика Беларусь**

#### **Введение**

В статье 45 Конституции Республики Беларусь закреплено право граждан на охрану здоровья и доступное медицинское обслуживание [1]. Однако в современных социально-экономических условиях появляются элементы рыночных отношений между пациентами

и оказывающей медицинские услуги организацией. Это требует формирования и укрепления в рамках белорусской модели здравоохранения надлежащего правового регулирования данной области отношений. Обеспечивать контроль качества оказываемых населению медицинских услуг в стране призвана система аккредитации медицинской деятельности.

### **Цель**

Изучить отношения в сфере аккредитации медицинской деятельности в Республике Беларусь для выявления их практической значимости, а также вскрытия недостатков в правовом регулировании указанной области отношений и разработки предложений по их устранению.

### **Материал и методы исследования**

Нормативную базу исследования составили: Конституция Республики Беларусь, законы Республики Беларусь от 18 июля 2011 г. № 300-З «Об обращениях граждан и юридических лиц», от 5 января 2004 г. № 269-З «Об оценке соответствия требованиям технических нормативных правовых актов в области технического нормирования и стандартизации», от 05.01.2004 №262-З «О техническом нормировании и стандартизации», Инструкция Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.05.2004 № 50-0504 «Инструкция по аккредитации учреждений здравоохранения и аттестации специалистов на право проведения клинических испытаний лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения». Использованы также литературные источники. При проведении исследования применялись следующие методы научного познания: диалектический, нормативно-логический, сравнительный, аналитический.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Аккредитация — это процедура официального подтверждения соответствия объекта установленным критериям и показателям (стандарту). Наиболее распространена она в сфере оказания профессиональных услуг. Для оценки их качества потребитель, как правило, не обладает достаточными компетенциями.

К аккредитуемым услугам относят: услуги по образованию, по проведению испытаний (испытательные лаборатории), по клинической диагностике (медицинские лаборатории), по калибровке (калибровочные лаборатории), по сертификации (органы по сертификации) и т. п. Как правило, аккредитацию проводят органы по аккредитации, которые осуществляют свою деятельность по определенным правилам и процедурам.

В Национальной системе аккредитации Республики Беларусь центральное место занимает унитарное предприятие «Белорусский государственный центр аккредитации» (БГЦА), подчиненное Государственному комитету по стандартизации Республики Беларусь. Оно имеет статус юридического лица, использует Знак Системы аккредитации Республики Беларусь как свой логотип.

Предметом деятельности БГЦА является: 1) аккредитация, приостановка или аннулирование статуса аккредитации, подтверждение и продление статуса аккредитации, расширение области аккредитации, периодический контроль аккредитованных: испытательных лабораторий (центров); медицинских лабораторий (центров); калибровочных лабораторий (центров); поверочных лабораторий (центров); юридических лиц Государственной метрологической службы, осуществляющих государственные испытания средств измерений, метрологическую аттестацию средств измерений и метрологическое подтверждение пригодности методик выполненных измерений; органов по сертификации продукции, услуг, систем управления, персонала и иных объектов оценки соответствия и др.; 2) участие в работе международных и региональных организаций по аккредитации; 3) аттестация экспертов по аккредитации; 4) ведение Реестра Национальной системы аккредитации Республики Беларусь [2].

Требования к заявителям на аккредитацию и к аккредитованным субъектам устанавливаются в технических нормативных правовых актах (ТНПА). В частности, требования к качеству и компетентности медицинских лабораторий установлены в СТБ ISO 15189. Настоящий стандарт предназначен для применения медицинскими лабораториями при разработке их систем менеджмента качества и оценке собственной компетентности.

В соответствии с требованиями СТБ ISO 15189 руководство медицинской лаборатории должно иметь организационный план, описания распределения персонала и работ, которые определяют квалификацию и обязанности всех сотрудников. Руководство лаборатории должно вести учет соответствующей образовательной и профессиональной квалификации, умений, опыта и компетентности всего персонала. Персонал, осуществляющий профессиональную оценку правильности исследований, должен иметь как соответствующие теоретические и практические основы, так и опыт.

Важно установить приоритетную потребность в услугах медицинских организаций. Они должны удовлетворять потребности всех пациентов и персонала медицинских организаций, которому поручен уход за этими пациентами. Качественная медицинская помощь — это своевременная медицинская помощь, оказанная квалифицированными медицинскими работниками и соответствующая требованиям нормативных правовых актов, протоколов оказания медицинской помощи, условиям договора или обычно предъявляемым требованиям [3, 8]. Однако, исходя из анализа нормативно-правовой базы в области аккредитации медицинской деятельности в Республике Беларусь, видно, что аккредитации подлежат лишь медицинские лаборатории. Что касается медицинских организаций, то они могут быть аккредитованы лишь на право проведения клинических испытаний лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения. На наш взгляд, это является недостатком системы аккредитации медицинской деятельности, поскольку на сегодняшний день нет возможности объективно оценить качество непосредственно лечебно-диагностического процесса, проводимого в организациях здравоохранения.

#### **Выводы**

1. Аккредитация медицинских лабораторий, а также медицинских организаций по проведению клинических испытаний и аттестация специалистов, занимающихся клиническими испытаниями, проводится с целью защиты прав и интересов испытуемых, сохранения их здоровья и предоставления гарантий обществу по соблюдению правил проведения клинических испытаний лекарственных средств и достоверности полученных результатов.
2. Система аккредитации медицинской деятельности имеет недостатки, связанные с отсутствием разработанных критериев и норм для определения качества лечебно-диагностического процесса, проводимого в организациях здравоохранения.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Конституция Республики Беларусь от 15 марта 1994 г.: принята на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г. // Эталон-Беларусь [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. — Минск, 2014.
2. Об оценке соответствия требованиям технических нормативных правовых актов в области технического нормирования и стандартизации: Закон Республики Беларусь, 5 января 2004 г., № 269-З; в ред. Закона Респ. Беларусь от 31 декабря 2010 г., № 228-З // Эталон-Беларусь [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. — Минск, 2014.
3. Шарабичев, Ю. Т. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха / Ю. Т. Шарабичев, Т. В. Дудина // Медицинские новости. — 2009. — № 12. — С. 6–12.

#### **УДК 378.1**

### **ВЛИЯНИЕ МОТИВАЦИОННО-ЦЕННОСТНОГО КОМПОНЕНТА КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ НА УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

*Городецкая И. В., Захаревич В. Г.*

**Учреждение образования**

**«Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»  
г. Витебск, Республика Беларусь**

Выделяют несколько групп факторов, влияющих на успеваемость: 1) социальные (социальное положение, место жительства, круг общения, межличностные отношения в студенческой группе, внеучебные дела и интересы, финансовое положение), 2) физиологические (физическое состояние, уровень здоровья, самочувствие в процессе обучения), 3) пе-

дагогические (учет уровня и качества довузовской подготовки, базовых знаний, общего кругозора, умение общаться со студентами, учебная нагрузка в университете), 4) психологические (интеллектуальные особенности, социальный интеллект, сознательность, способность к самостоятельной организации деятельности и управлению ею, самооценка).

Одни из вышеперечисленных факторов отрицательно влияют на успеваемость студентов, другие — положительно. Предварительно проведенный опрос студентов УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» показал, что чаще всего среди факторов, положительно влияющих на успеваемость, назывались: целеустремленность, заинтересованность, желание стать хорошим специалистом, правильное питание, уверенность в себе, эмоциональная уравновешенность, мотивация к обучению, умение использовать и оценивать знания, инициатива в социальных контактах, талант педагога, близость отношений с родителями. К факторам, препятствующим обучению и хорошей успеваемости, студенты отнесли: чрезмерную заботу родителей или отчужденные отношения с ними, низкую удовлетворенность своей профессией, эмоциональную неуравновешенность, низкий уровень осознанной саморегуляции эмоций и поведения, вредные привычки, собственную неорганизованность, недостаточную мотивацию к изучению определенных дисциплин, плохие взаимоотношения с группой и преподавателем [1–4].

На основании ответов студентов была разработана анкета, позволяющая выявить, какое влияние на успеваемость оказывают факторы, составляющие мотивационно-ценностный компонент культуры здоровья. Было опрошено 180 студентов лечебного факультета (по 30 студентов с каждого курса).

Респондентам предлагалось ответить на следующие вопросы:

1. Умеете ли Вы рационально распределять свое время в течение дня?
2. Считаете ли Вы себя целеустремленным человеком?
3. Сколько времени Вы тратите на подготовку к занятиям ежедневно?
4. Как Вы оцениваете атмосферу в группе?
5. Как Вы оцениваете взаимоотношения с преподавателями?
6. Делаете ли Вы зарядку (занимаетесь спортом)?
7. Является ли Ваше питание полноценным?
8. Принимаете ли Вы витамины или другие биологически активные вещества?
9. Употребляете ли Вы алкоголь?
10. Употребляете ли Вы психотропные вещества?
11. Курите ли Вы?
12. Сколько времени в день Вы проводите в социальных сетях?
13. Часто ли Вы посещаете вечерние или ночные развлекательные заведения?
14. Считаете ли Вы время, обычно затрачиваемое Вами на сон, достаточным?
15. Укажите факторы, которые, по Вашему мнению, мешают учиться.

Изучение распределения вариантов ответа на вопрос «Умеете ли Вы рационально распределять свое время в течение дня?» свидетельствует о том, что подавляющее большинство опрошенных студентов всех курсов считают, что умеют это делать (от 50 % на 2 курсе до 70 % на 1 и 5 курсах). При этом прослеживается четкая закономерность со средним баллом: у студентов, умеющих рационально распределять своё время в течение дня, рейтинг выше — в среднем на 0,9 балла.

Результаты анкетирования по вопросу «Считаете ли Вы себя целеустремленными?» показали, что преобладающее число студентов всех курсов ответили положительно (1 курс — 83 %, 2 курс — 73 %, 3 курс — 85 %, 4 курс — 83 %, 5 курс — 87 %, 6 курс — 70 %). У таких студентов рейтинг в среднем выше на 1,1 балла.

Анализ ответов студентов на вопрос «Сколько времени Вы тратите на подготовку к занятиям ежедневно?» позволил установить, что наибольшее количество всех опрошенных отметило вариант ответа «2–3 часа» (55 %). Немного меньше студентов обозначили вариант ответа «4 и более часов» (38 %). Еще меньшее число респондентов выбрали ответ «до часа» (13 %). Вполне предсказуемо оказалось, что, чем больше времени студент затрачивает на подготовку к занятиям, тем выше его рейтинг — в среднем на 0,5 балла.

Результаты ответов на вопрос «Занимаетесь ли Вы спортом?» говорят о том, что более 50 % студентов лечебного факультета придерживаются занятий спортом. При этом необходимо отметить их положительное влияние на успеваемость: у студентов, занимающихся спортом, рейтинг выше — на 0,6 балла.

При оценке качества питания установлено, что около 66 % респондентов считают свое питание полноценным. При этом положительная закономерность со средним баллом выявляется, начиная с 3 курса: у студентов, считающих свое питание полноценным, рейтинг в среднем выше на 0,5 балла. Можно предположить, что это связано с тем, что респонденты с младших курсов не могут оценить свое питание правильно.

Изучение распределения вариантов ответа на вопрос «Принимаете ли Вы витамины или другие биологически активные вещества?» позволило установить, что преобладающее большинство студентов (60 %) принимают их. Это положительно влияет на их успеваемость: прослеживается четкая корреляция с рейтингом — у студентов, ответивших на этот вопрос положительно, он выше в среднем на 0,5 балла.

Результаты анкетирования также свидетельствуют о том, что 47 % респондентов считают время, обычно затрачиваемое ими на сон, достаточным. Не удивительно, что у таких студентов, по нашим данным, успеваемость выше на 0,6 балла.

Результаты ответов на вопрос «Как Вы оцениваете атмосферу в группе?» показали, что наибольшее количество всех опрошенных отметило вариант «Положительно» (52 %). Немного меньше студентов обозначили вариант ответа «Нейтрально» (от 33 % на 1 и 5 курсах до 69 % на 3 курсе). Только незначительное число студентов (7 %) выбрали ответ «Негативно». При этом у студентов, оценивающих атмосферу в группе отрицательно, рейтинг в среднем ниже на 0,3 балла по сравнению с теми, кто оценил ее положительно.

Анализ ответов на вопрос «Употребляете ли Вы легкие спиртные напитки?» установил, что наибольшее количество всех опрошенных отметило вариант ответа «Совсем не употребляю» (57 %). Немного меньше студентов обозначили вариант ответа «Да, крайне редко, только пиво» (43 %). При этом прослеживается четкая корреляция с рейтингом: у студентов, употребляющих алкоголь, он в среднем ниже на 0,7 балла.

Результаты анкетирования свидетельствуют о том, что ни один из опрошенных студентов не употребляет психотропные вещества.

Изучение распределения вариантов ответа на вопрос «Курите ли Вы?» позволило установить, что 73 % респондентов воздерживаются от этой вредной привычки. У курящих студентов средний балл ниже на 0,7, чем у некурящих.

Анализ ответов студентов на вопрос «Сколько времени в день Вы проводите в социальных сетях?» показал, что наибольшее количество всех опрошенных работает с компьютером 2–3 часа (45 %). Немного меньше студентов обозначили вариант ответа «до часа» (29 %). И только 26 % респондентов отметили вариант ответа «4 и более часов». При этом наблюдается корреляционная связь с рейтингом: у студентов, которые проводят в социальных сетях больше времени, он ниже — в среднем на 0,5 балла. Таким образом, чем больше времени студент проводит в социальных сетях, тем ниже его успеваемость.

Результаты ответов на вопрос «Часто ли Вы посещаете вечерние и ночные развлекательные заведения?» говорят о том, что большинство студентов не посещают их (67 %). У тех же, кто их посещает, это отрицательно сказывается на успеваемости: рейтинг таких студентов в среднем ниже на 0,6 балла.

Таким образом, на основании сопоставления компонентов здорового образа жизни с рейтингом академической успеваемости студентов установлено, что к факторам, повышающим успеваемость относятся: умение рационально распределять свое время в течение дня, целеустремленность, время, затрачиваемое на подготовку к занятиям, занятия спортом, полноценное питание, прием витаминов или других биологически активных веществ, достаточное время сна. Отрицательное влияние на успеваемость оказывают: негативная атмосфера в группе, употребление легких спиртных напитков, курение, большое количество времени, затрачиваемого на работу в социальных сетях, посещение вечерних и ночных развлекательных заведений.

Необходимо обратить внимание преподавателей и студентов на полученные результаты и учитывать их при организации образовательного процесса.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Городецкая, И. В. Проблема лидерства в студенческой среде ВГМУ / И. В. Городецкая, В. В. Горбачёв, Н. А. Клопов // Вестник ВГМУ. — 2014. — Т. 13, № 1. — С. 121–128.
2. Городецкая, И. В. Лаборатория инновационной педагогики ВГМУ / Городецкая И.В., Коневалова Н. Ю. // Вестник ВГМУ. — 2013. — Т. 12, № 1. — С. 117–122.
3. Городецкая, И. В. Анализ уровня стрессоустойчивости студентов Витебского государственного медицинского университета / И. В. Городецкая, О. И. Солодовникова // Вестник ВГМУ. — 2013. — Т. 12, № 4. — С. 140–145.
4. Коневалова, Н. Ю. Студенческий сектор системы повышения качества подготовки специалистов с высшим образованием / Н. Ю. Коневалова, И. В. Городецкая // Высшая школа: проблемы и перспективы: материалы XI междунар. науч.-метод. конф., 30 окт. 2013 г. — Минск, 2013. — С. 114–116.

УДК 338.439.02 (476)

**РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ —  
ВАЖНОЕ СОСТАВЛЯЮЩЕЕ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА***Дорожко С. Н., Ходос О. А.***Учреждение образования****«Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»  
г. Витебск, Республика Беларусь****Введение**

По данным Всемирной организации здравоохранения, состояние здоровья человека зависит от индивидуального образа жизни — на 50 %, от наследственности и от условий внешней среды — на 20 %, от работы медицинских служб — на 10 % [1]. В настоящее время с ростом уровня индустриализации и урбанизации рацион питания играет все более значимую роль в формировании здоровья населения. С неправильным питанием связывают не менее 50 % случаев сердечно-сосудистых заболеваний, примерно 40 % случаев рака лёгких, ободочной и прямой кишки, почек, предстательной железы, мочевого пузыря у мужчин и около 60 % случаев рака молочной железы, почек, кишечника — у женщин. Кроме того, результатом неправильного питания является ожирение и высокий риск развития на этом фоне сахарного диабета второго типа, который встречается у 35–50 % лиц с избыточной массой тела [2]. Для того, чтобы питание не наносило непоправимый вред здоровью, нужно правильно формировать рацион, зная из каких компонентов состоит пища, каков их химический состав [2, 3].

**Цель**

Изучить основные проблемы, связанные с нерациональным питанием молодых людей города Витебска.

**Материал и методы исследования**

Исследование проводилось путем анкетирования молодежи в возрасте от 16 до 25 лет. В исследовании приняли участие 120 человек, из них 90 девушек и 30 юношей. Полученные результаты обрабатывались статистически с помощью пакета прикладных компьютерных программ.

**Результаты исследования и их обсуждение**

В основу рационального питания положена концепция сбалансированного питания и физиологической потребности здорового человека в пищевых веществах и энергии. Сбалансированное питание — это не только употребление оптимального для человека количества белков, жиров, углеводов, пищевых волокон, витаминов, минеральных веществ и воды, но и нужное, отвечающее современным требованиям соотношение между данными пищевыми компонентами.

Белки — природные органические вещества, содержащиеся в большинстве продуктах питания как растительного, так и животного происхождения. В зависимости от определенного набора аминокислот белки подразделяют на биологически неполноценные и полноценные, содержащие несинтезируемые в организме человека аминокислоты. Очень важно

поступление в организм с пищей полноценных белков, так как при их ограничении в рационе расходуются незаменимые аминокислоты, что приводит к возникновению целого ряда патологических изменений в организме [2].

Поставщиком биологически полноценных белков являются молоко и молочные продукты. Более того, белки молока поглощают токсические вещества и препятствуют попаданию их в кровь. Молочные продукты также служат источником минеральных веществ и жирорастворимых витаминов. На вопрос о частоте употребления молочных продуктов в рационе питания 50 % анкетированных ответили, что они практически ежедневно используют в пищу молочные напитки, 10,0 % указали, что употребляют их 1–2 раза в месяц, 6,7 % — еще реже, а у 5 % респондентов молочные продукты не входят в рацион.

Жиры, поступившие в организм человека с пищей, выполняют множество жизненно необходимых функций. Они являются неотъемлемым структурным компонентом клеточной мембраны, служат переносчиками жирорастворимых витаминов — А, Е, Д, К участвуют в процессе терморегуляции [1]. Однако чрезмерное потребление жирной пищи не является благоприятным. Известно, что избыток жиров в рационе питания приводит к откладыванию их в резервные жировые депо, что в итоге может привести к накоплению избыточной массы тела и ожирению. При увеличении в рационе жира до 40 % и более возрастает риск развития рака половых органов, толстой и прямой кишки, молочной железы, тромбоза сосудов сердца и головного мозга [2]. Значительное количество жиров может поступать в организм человека при потреблении колбас, содержание жира в которых колеблется от 20 до 40 %, сливочного масла (72–82 %), майонеза (56–67 %) [1]. По данным опроса, 23,3 % респондентов употребляют колбасы и 8,3 % майонез практически ежедневно. 37,5 % респондентов используют в пищу колбасные изделия и 30,8 % — майонез с частотой 1–2 раза в неделю.

Углеводы составляют основу ежедневного рациона. В продуктах питания содержатся как простые (глюкоза, фруктоза), быстро всасывающиеся из кишечника в кровь, так и сложные (крахмал), постепенно расщепляющиеся, углеводы. В последнее время в рационе человека возросла доля легкоусвояемых углеводов, вследствие чего увеличивается риск перегрузки инсулинового аппарата, развития ожирения, онкологических заболеваний молочной и предстательной желез, почек [2]. Избыток углеводов в пище увеличивает склонность к аллергическим заболеваниям, способствует развитию кариеса. Во избежание тяжелых последствий, вызванных нарушениями в обмене углеводов, нужно ограничивать поступление в организм с пищей простых углеводов до 50 г в сутки [3].

На вопрос о частоте употребления сладостей в рационе питания 44,2 % респондентов ответили, что употребляют их практически ежедневно, 33,3 % — 1–2 раза в неделю. Тем не менее 45 % анкетированных утверждали, что в приготовлении чая или кофе они не используют сахар.

Актуальной проблемой среди молодежи остается частое употребление продукции «фаст-фуд». Опасность употребления данных продуктов связана с избытком в их составе простых углеводов, жиров и консервантов, что приводит к перегрузке печени, почек и поджелудочной железы и может способствовать развитию целого ряда заболеваний. На вопрос об употреблении продукции «фаст-фуд» (пончики, чипсы, сухарики, картофель фри, чебуреки) ответы среди респондентов распределились следующим образом: 6,7 % употребляют такую продукцию практически ежедневно, 25,8 % — 1–2 раза в неделю, 31,7 % — 1–2 раза в месяц и 15,8 % — менее одного раза в месяц или совсем не употребляют.

Таким образом, на основании проведенного исследования были выявлены негативные тенденции в формировании рациона питания современной молодежи. Так, вызывает опасение достаточно высокая частота употребления молодыми людьми продуктов с повышенным содержанием жира (колбасы, майонез), сладостей, продукции «фаст-фуд». Для сохранения и поддержания здоровья необходимо формировать у молодого поколения представления о роли пищевых составляющих рациона, ценных качествах и недостатках

основных продуктов питания. Важным фактором, который также мог бы повлиять на изменение рациона молодых людей в сторону здорового питания, является положительный пример со стороны родственников и друзей (так считают 50 % опрошенных). При этом 22,5 % респондентов уверены в необходимости активной пропаганды принципов здорового питания.

#### **Выводы**

1. Для рациона питания молодежи характерно частое включение в него продуктов с повышенным содержанием жира (колбасы, майонез), сладостей, продукции «фаст-фуд».

2. Изменение рациона в сторону здорового питания может быть достигнуто путем повышения информированности молодых людей о роли пищевых составляющих рациона, положительного примера со стороны родственников и друзей, активной пропаганды принципов здорового питания.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Сорока, Н. Ф. Питание и здоровье / Н. Ф. Сорока. — Минск, 1994. — 350 с.
2. Морозкина, Т. С. Питание для здоровья и во вред / Т. С. Морозкина, И. И. Шкробнева. — Минск, 1991. — 79 с.
3. Славин, Д. В. Роль питания в здоровом образе жизни / Д. В. Славин // Путь науки. — 2015. — № 12. — С. 87–89.

**УДК 616.2-02-084**

### **ФАКТОРЫ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

*Дюрдь Т. И.*

**Учреждение образования**

**«Гродненский государственный медицинский университет»**

**г. Гродно, Республика Беларусь**

Болезни органов дыхания являются актуальной клинической и социальной проблемой общества. Многочисленные исследования, выполненные в разных странах, показали значительный рост болезней органов дыхания за последние десять лет. По прогнозам специалистов, XXI век станет веком легочной патологии из-за резких изменений экологии.

Наиболее распространенные заболевания дыхательной системы — это хронический бронхит и хроническая обструктивная болезнь легких.

Хроническая обструктивная болезнь легких — это заболевание, характеризующееся необратимой или частично обратимой прогрессирующей обструкцией (нарушение проходимости бронхов), вызванной воспалительной реакцией паренхимы легких и структурными изменениями в сосудах.

Негативное воздействие вредных факторов окружающей среды: химических, биологических, механических, а также температурных перепадов, повышенной влажности воздуха и т. д. — способствует возникновению воспалительных процессов дыхательных путей. Чистый воздух — залог здоровья органов дыхания. В дыхательные пути обычного городского жителя за сутки попадает около 20 триллионов частиц (токсина), которые негативно воздействуют на бронхолегочную систему.

Болезни органов дыхания входят в тройку самых распространенных заболеваний, поэтому проблема их профилактики является государственной задачей.

По подсчетам экспертов России от бронхолегочных заболеваний страдает не менее 4–5 млн человек. Распространенность хронического бронхита составляет 30 %, причем чаще болеют люди молодого возраста — 20–40 лет, ХОБЛ — 52–55 %. ХОБЛ занимает четвертое место по смертности, и приносит значительный экономический ущерб, связанный с временной и стойкой утратой трудоспособности самой активной части населения. Главным фактором риска является курение. Все факторы риска развития ХОБЛ можно разделить на две разновидности: неустраняемые и устранимые. И если в основе первых лежит наследственность, то причинами устранимых могут быть различные факторы:

1. Курение — активное и пассивное. У курящих людей риск возникновения ХОБЛ составляет 80–90 %.

2. Воздействие профессиональных вредностей (пыль, пары кислот, щелочей, красителей и др.).

3. Загрязнение воздуха (пыль, смолы, пыль, волокна, чистящие средства, микрочастицы различных материалов).

4. Избыточный вес и ожирение.

5. Неправильное питание (дефицит таких элементов, как витамины С и Е, бета-каротин, флавоноиды, магний, селен и омега 3 жирные кислоты) может быть одним из катализаторов заболеваний органов дыхания.

Важную роль в профилактике этих заболеваний играет ранняя диагностика.

В Республике Беларусь проводится всеобщая диспансеризация, что дает возможность на ранних этапах выявить изменения в бронхолегочной системе и проводить лечебно-профилактическую работу индивидуально. Консультация больных, нуждающихся в пульмонологической помощи, проводится поэтапно: в амбулаторных, стационарных и реабилитационных медицинских учреждениях. Исходя из функциональных задач и характера медицинской помощи в каждом из них создаются диагностические и лечебные возможности для обследования, лечения и реабилитации пациентов на ранних этапах заболевания органов дыхания.

На первом этапе пациент проходит обследования: ему выполняется спирограмма с пробой, проводится развернутый общий анализ крови, его консультирует ЛОР-врач, в том числе по результатам проведенной риноцитогаммы, пациент проходит рентгенообследование органов грудной клетки.

Второй этап — приемственность: происходит обязательный обмен медицинской информацией о пациенте с момента его обращения к участковому врачу, консультации врача-пульмонолога, учитываются методы проводимой диагностики, лечения, профилактики и наблюдения.

Третий этап — коррекция лечения и реабилитации в условиях стационара.

Четвертый этап — направление пациентов с хроническими заболеваниями легких в санатории пульмонологического профиля, в Республиканскую больницу спелеолечения или спелеокомнаты на базе поликлиник.

По данным обследований пациентов г. Гродно в 2015 г. зарегистрировано 11911 случаев заболеваний органов дыхания, что на 4,2 % больше, чем в 2014 г. (11422 случая).

Хронический бронхит — 1488 случаев (510,8 на 100 тыс. населения), что на 17,24 % выше уровня прошлого года — 1428 (435,4 — на 100 тыс.).

ХОБЛ — 668 случаев (236,2 на 100 тыс. населения), что на 14,4 % выше уровня прошлого года — 584 (178,1 на 100 тыс.).

Другие болезни органов дыхания — 53 случая (18,2 на 100 тыс. населения), что на 342 % выше уровня прошлого года — 12 (3,7 на 100 тыс.).

За 2015 г. первичная заболеваемость составила 722 случая заболеваний органов дыхания, что больше на 24,7 % показателя первичной заболеваемости в 2014 г. (579 случаев).

Хронический бронхит — 75 случаев (25,8 на 100 тыс. населения), что на 9,6 % ниже уровня прошлого года — 83 (25,3 на 100 тыс.).

ХОБЛ — 46 случаев (2,1 на 100 тыс. населения), что на 53,3 % выше уровня прошлого года — 30 (9,1 на 100 тыс.).

Другие болезни органов дыхания — 3 случая (1,3 на 100 тыс. населения), что остается на уровне прошлого года — 3 (0,9 на 100 тыс.).

Первичный выход на инвалидность в 2014 г. в группе пациентов с болезнями органов дыхания составил 1 случай, что меньше на 66,7 %, чем в 2015 — 3.

Смертность от болезней органов дыхания составила 12 случаев, что ниже уровня 2014 г. на 20 % (2015 г. — 15 случаев). На 1000 населения этот показатель снизился на 21,4 %.

Учитывая высокую заболеваемость как хроническим бронхитом, так и ХОБЛ необходимо активизировать работу по общей профилактике заболеваний органов дыхания, направленную на проведение общих санитарно-гигиенических мероприятий (режим труда, борьба с загазованностью, запыленностью, перегреванием, переохлаждением, проветри-

вание помещений и т. д.); на снижение табакокурения (продажу и курение табака и табачных изделий, прежде всего, в общественных местах).

Следующим по значимости мероприятием является вакцинация поливалентными вакцинами. Личная профилактика направлена на закаливание организма, занятие физической культурой, полноценное питание, санацию очагов инфекции. Важным этапом в профилактике является профессиональная ориентация труда пациентов в случаях, когда работа связана с вредными условиями труда.

Самой простой и эффективной профилактикой заболеваний органов дыхания является проведение времени на свежем воздухе и дыхательная гимнастика. Необходимо постоянно укреплять организм и его защитную систему — иммунитет. Особенно важно на начальных этапах развития заболеваний укреплять местный иммунитет верхних дыхательных путей, бронхов, активировать макрофаги и Т-клетки, способные синтезировать интерфероны. На втором этапе — выработка антител иммуноглобулина А.

В завершении иммунного ответа система В-клеток способна синтезировать антитела, поэтому при нарушении одного из звеньев иммунного ответа страдает функция общего иммунитета, что приводит к возникновению воспалительного процесса в бронхах.

Хронические заболевания органов дыхания трудно излечимы, но предупреждать и тормозить их прогрессирование человек может, контролируя симптомы заболевания и придерживаясь здорового образа жизни.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Чучалин, А. Г. Хронический обструктивный бронхит / А. Г. Чучалин // Академия РАМН профессор НИИ пульмонологии МЗРФ. — М., 2010.
2. Овчаренко, С. И. Хроническая обструктивная болезнь легких / С. И. Овчаренко; под ред. А. Г. Чучалина. — М., 2012. — С. 32–38.
3. Годзенко, В. А. Профилактика ХОБЛ / В. А. Годзенко. — М., 2014.

УДК 654.15.025.8:[616-053.2+378.046.4

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПЕДИАТРИИ

*Жерносек В. Ф., Дюбкова Т. П.*

Государственное учреждение образования  
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»,  
Учреждение образования  
«Белорусский государственный университет»  
г. Минск, Республика Беларусь

#### *Введение*

В соответствии с терминологией Национальной медицинской лаборатории США, «телемедицина — предоставление услуг здравоохранения посредством дистанционных средств телекоммуникаций. Она предполагает интерактивные консультационные и диагностические услуги» [1]. Согласно документам ВОЗ, именно расстояние является критическим фактором, обуславливающим необходимость обмена официальной медицинской информацией между специалистами с помощью информационно-коммуникационных технологий [2]. Конечная цель такого обмена — повышение качества диагностики, лечения и профилактики болезней, а также обеспечение непрерывного профессионального образования медицинских работников в интересах продвижения здоровья отдельного человека и всей популяции. В настоящее время в Республике Беларусь продолжается становление единой телемедицинской системы унифицированного электронного консультирования пациентов. До недавнего времени вне ее оставалась, пожалуй, единственная область клинической медицины — отечественная педиатрия.

#### *Цель*

Обобщить опыт применения информационно-коммуникационных технологий (онлайн-телеконсультации, вебинары) в педиатрической практике.

### **Материал и методы исследования**

Первые сеансы телемедицинских консультаций в режиме реального времени для врачей-педиатров Мядельской, Дзержинской, Пуховичской центральных районных больниц Минской области и педиатров Молодечненской детской больницы осуществлены заведующим кафедрой поликлинической педиатрии БелМАПО профессором В. Ф. Жерносеком в конце декабря 2015 г. и в январе 2016 г. Со стороны организаций здравоохранения районов в телеконсультациях приняли участие врачи-стажеры, участковые врачи-педиатры, заведующие и врачи отделений, заместители главных врачей ЦРБ по медицинскому обслуживанию населения. Предметом обсуждения в процессе онлайн-консультаций с помощью интерактивных устройств передачи видеоизображения являлись сложные клинические случаи, требовавшие уточнения диагноза, коррекции проводимого лечения, определения тактики ведения пациентов и решения ряда других вопросов. В настоящее время кафедра оснащается техническими средствами видеоконференцсвязи с целью проведения дистанционных медицинских мероприятий образовательного характера (видеолекции, вебинары) и регулярных телеконсультаций для специалистов педиатрического профиля организаций здравоохранения регионов. Тематический вебинар «Неотложная помощь при анафилаксии» для врачей разных специальностей УЗ «Брестская областная детская клиническая больница» состоялся 09.07.2016 г. При обработке эмпирического материала использованы общенаучные методы: анализ, синтез, обобщение, индукция и др.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Опыт дистанционного консультирования пациентов посредством информационно-коммуникационных технологий позволил систематизировать показания к телемедицинским консультациям в режиме реального времени: а) уточнение диагноза либо установление его впервые пациенту с редко встречающимся или трудно дифференцируемым заболеванием; б) определение тактики лечения пациента с хроническим прогрессирующим заболеванием легких при обострении его на фоне острой респираторной вирусной инфекции; в) коррекция объема ступенчатой базисной терапии хронического аллергического заболевания при контролируемом течении; г) нуждаемость в рекомендациях по тактике ведения пациента с комплексом наследственных аномалий, задержкой физического и нервно-психического развития; д) установление объема и характера дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования при редко встречающейся в детском возрасте патологии; е) коррекция программы пошаговой индивидуальной диетотерапии для пациентов грудного возраста с атопическим дерматитом, ассоциированным с пищевой аллергией, и нуждаемость в рекомендациях по дополнительному обследованию. Наиболее частыми показаниями к онлайн-телеконсультациям, сформулированными по заявкам врачей центральных районных больниц, являются уточнение диагноза и определение тактики лечения или коррекция проводимой терапии. Анализ медицинской информации свидетельствует, что онлайн-телеконсультация высококвалифицированного специалиста позволяет избежать непреднамеренных ошибочных суждений и действий врачебного персонала районных и участковых больниц, связанных с диагностикой редко встречающихся или трудно дифференцируемых заболеваний. В свою очередь, уменьшение числа ошибочных диагнозов и нерационально подобранных схем терапии способствует значительному сокращению прямых медицинских затрат, ассоциированных со стоимостью профессиональных медицинских услуг, лабораторных, инструментальных и других методов исследования, стоимостью лекарственных средств. Наибольший потенциал экономической эффективности имеют телемедицинские консультации по поводу социально значимых и трудно дифференцируемых заболеваний, диагностика которых (соответственно, и спектр дополнительных исследований, объем и характер лекарственной терапии) нередко сопровождаются ошибками. Следует подчеркнуть, что экономическая эффективность удаленной консультации в отношении любого заболевания возрастает прямо пропорционально расстоянию от телемедицинского центра (кабинета) до объекта консультирования. Благодаря своевременной диагностике и адекватно назначенному лечению сокращаются сроки лече-

ния, улучшается прогноз и уменьшается риск осложнений болезни, что обуславливает медицинскую эффективность телеконсультации. Не вызывает сомнений тот факт, что телекоммуникационные технологии расширяют доступ пациентов к качественным медицинским услугам независимо от места их проживания и социального статуса, обеспечивая реализацию конституционного права каждого гражданина страны на получение высококвалифицированной медицинской помощи.

Развитие информационно-коммуникационной инфраструктуры, обеспечивающей переход к глобальной информатизации белорусского общества, успешная реализация технических решений по эксплуатации высокоскоростной широкополосной сети Интернет, модернизация отечественного здравоохранения создают условия для активного внедрения телекоммуникационных технологий в различные области медицины, в том числе педиатрию. С точки зрения авторов, на современном этапе на фоне достижений в сфере информационно-коммуникационных технологий требуют неотложного решения по меньшей мере три проблемы: 1) совершенствование нормативной правовой базы, регламентирующей оказание телемедицинских услуг; их стоимость (включая оплату труда высококвалифицированного консультанта, услуг по накоплению и пересылке медицинских данных и др.), ответственность сторон за принимаемые решения и их последствия; 2) обеспечение защиты персональной конфиденциальной информации о состоянии здоровья пациента, передаваемой по электронным каналам связи и (или) через информационные сети, в случае несанкционированного проникновения в сеть; 3) кадровое обеспечение. В отличие от других технических достижений в области медицины телемедицинские технологии лишь расширяют доступ к высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи пациентов, проживающих в отдаленных регионах, не оказывая влияния на уровень профессионализма консультанта. Опираясь на данные наблюдений других авторов и собственный опыт телемедицинских консультаций, следует отметить, что информационно-коммуникационные технологии являются важным инструментом повышения качества лечебно-диагностического процесса. Однако существенное влияние на основные показатели деятельности стационара или амбулаторно-поликлинического учреждения оказывает не факт внедрения этих технологий, а адекватная интерпретация компетентными специалистами информации, полученной посредством их применения, и, как следствие, принятие соответствующих клинических, организационных, управленческих и иных решений. Для достижения цели: оказание высококвалифицированной медицинской помощи населению — требуются подготовленные кадры.

Современный этап развития телемедицины в стране характеризуется актуализацией не только клинического, но и образовательного направления. Опыт показывает, что телемедицинские консультации в режиме реального времени имеют высокий образовательный потенциал. Видеоконференцсвязь создает условия для интерактивной формы общения, обеспечивает возможность задавать телеконсультанту вопросы, воспроизводить алгоритм диагностики заболеваний, что способствует развитию клинического мышления и повышению квалификации врачей местных организаций здравоохранения. Обучение в процессе онлайн-телеконсультации сокращает финансовые расходы и уменьшает затраты времени, необходимые для усовершенствования в учреждениях образования с отрывом от основного места работы.

Перспективной формой применения телекоммуникационных технологий с образовательной целью являются также видеолекции, вебинары и мастер-классы. Они являются инструментом быстрого реагирования на насущные потребности практического здравоохранения. Примером может служить вебинар по оказанию первой помощи при анафилактики (докладчик — проф. В. Ф. Жерносек). Проблема приобрела актуальность в последние годы во многих странах мира в связи с ростом числа летальных исходов, обусловленных развитием анафилактики в ответ на введение лекарственных средств. Докладчик сделал акцент на том, что средством спасения жизни при анафилактики является эпинефрин, обосновал пути введения его в организм в критической ситуации. В процессе интерактивного обсуждения врачам Брестской ОДКБ была наглядно продемонстрирована ошибочность лечебной тактики, отдающей приоритет глюкокортикостероидным гормо-

нам, которая может стоить пациенту жизни. Опыт организации дистанционных медицинских мероприятий образовательного характера подтвердил, что в целях повышения эффективности мастер-классов по оказанию неотложной помощи требуется решить важную задачу: создать в рамках телемедицинского центра симуляционно-тренинговый кабинет. Это значительно повысит качество онлайн-мероприятий и обеспечит переход образовательных услуг на качественно новый уровень.

#### **Заключение**

Телемедицинские консультации высококвалифицированных специалистов в области клинической педиатрии стремительно занимают достойное место в системе дистанционного медицинского обслуживания детского населения Республики Беларусь. Оказание интерактивных консультационных услуг на нынешнем этапе развития информационно-коммуникационной инфраструктуры страны и модернизации здравоохранения требует неотложного решения вопросов нормативно-правового характера, кадрового обеспечения и гарантированной защиты конфиденциальной информации, связанной с состоянием здоровья пациента и передаваемой по электронным каналам связи и информационным сетям. По мере развития телемедицинских технологий отчетливо проявляется диверсификация услуг, включающих в настоящее время клиническое и образовательное направления.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Телемедицина. Вчера, сегодня, завтра [б. авт.] // Электроника: Наука, Технология, Бизнес. — 2000. — № 2. — С. 62–65.
2. Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth 2009 [Electronic resource]. — World Health Organization : Geneva, 2010. — Vol. 2: Global Observatory for eHealth Series / ed. K. Lashley. — Mode of access : [http://www.who.int/goe/publications/goe\\_telemedicine\\_2010.pdf](http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf). — Date of access: 15.07.2016.

**УДК 616.89-008.441.44(470)(476)«30»**

### **ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ ЗА 30-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД**

*Игумнов С. А.<sup>1,2</sup>, Гелда А. П.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>**Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии  
и наркологии имени В. П. Сербского»**

**Национальный научный центр наркологии  
г. Москва, Российская Федерация,**

<sup>2</sup>**Учреждение образования**

**«Белорусский государственный университет»,**

<sup>3</sup>**Государственное учреждение**

**«Республиканский научно-практический центр психического здоровья»  
г. Минск, Республика Беларусь**

На момент начала формирования организационной структуры суицидологической помощи населению РСФСР и Белорусской ССР (БССР, в составе СССР) ситуация с этим негативным явлением была неблагоприятной, уровень суицидов в 1985 г. достигал в республиках, соответственно, 31,1 и 23 случая на 100 тыс. населения. На фоне мероприятий антиалкогольной кампании и создания (по модели г. Москвы) суицидологических кабинетов на базе городских (в столицах союзных республик и крупных городах) и областных психоневрологических диспансеров, службы «Телефон доверия» (сначала в столицах союзных республик, в том числе в Минске, затем в областных городах) уровень завершённых суицидов к 1988 г. снизился до 24,4 случая на 100 тыс. населения в России и 18,5 случая на 100 тыс. населения в БССР. На фоне социально-экономического кризиса, сопутствовавшего процессу распада СССР, роста алкоголизации и наркотизации, уровень суицидального поведения населения к 1992 г. резко повысился (до 46,1 случая на 100 тыс. населения в России [5] и 23,6 случая на 100 тыс. населения в Беларуси) [5].

На протяжении 1990–2012 гг. Российская Федерация и Республика Беларусь относились к странам с высоким уровнем суицидов: более 20 случаев на 100 тыс. населения [1, 2, 5]. Несмотря на наличие тенденции к его снижению, уровень суицидов остается высоким и значительно превышает среднемировой, составляющий 11,4 случая на 100 тыс. населения (15 — для мужчин и 8 — для женщин). Пик суицидов в общей популяции отмечен в 1992 г. в России (46,1 случая на 100 тыс. населения) и в 1996 г. — в Беларуси (35,8 случая на 100 тыс. населения), в сравнении с «антипиком» 1988 г. уровень суицидов возрос в 1,9 раза. В городской популяции пик суицидов отмечен также в 1996 г., когда было совершено 2015 суицидов, а уровень суицидов составил 29,1 случая на 100 тыс. городского населения. В сельской популяции он отмечен в 2003 г.: 1627 суицидов, их уровень составил 57,4 случая на 100 тыс. сельского населения. В период с 1989 по 2006 гг. в России и с 1995 по 2005 гг. в Беларуси уровень суицидов в общей популяции не опускался ниже 30 случаев на 100 тыс. населения («сверхвысокий» уровень суицидальной активности).

С 2004 г. на фоне стабилизации социально-экономической обстановки, создания Союзного государства Беларуси и России (2002 г.) в обеих странах отмечается стойкая тенденция к снижению уровня суицидов. В 2006 г. в Беларуси впервые с 1995 г. он опустился ниже 30 и составил 29 случаев на 100 тыс. населения. Аналогичный показатель (29,1 случая на 100 тыс. населения) достигнут в 2007 г. в России [5]. Особенно отчетливая тенденция отмечается с 2009 г., на фоне осуществления мероприятий, предусмотренных Комплексным планом профилактики суицидального поведения в Республике Беларусь и Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения», которая в качестве одного из целевых индикаторов предусматривает снижение смертности от самоубийств.

В целях снижения уровня суицидов среди населения Республики Беларусь, в соответствии с поручением Совета Министров от 05.10.2009 г. №38/204-471 Министерством здравоохранения был разработан и согласован с заинтересованными министерствами и ведомствами Комплексный план профилактики суицидального поведения в Республике Беларусь на 2009–2012 гг. (далее — План).

В Плане содержался перечень мероприятий, направленных на снижение уровня суицидов в республике. В него были включены разделы: организационно-методические мероприятия, укрепление кадрового потенциала, информационно-пропагандистское обеспечение и организация профилактической помощи.

Основными целями Плана являлись: стабилизация и снижение числа суицидов и попыток суицидов среди населения; улучшение психологической обстановки и повышение уровня здоровья, в том числе нравственного населения страны. План предусматривал решение следующих задач: активизацию деятельности государственных органов, общественных, в том числе религиозных (особенно доминирующих в стране конфессий: Белорусского экзархата Русской Православной церкви и Конференции католических епископов Беларуси) организаций в решении проблемы суицидов; повышение уровня подготовки специалистов различных профессий в области профилактики суицидов; повышение доступности для населения качественной, своевременной социальной, психологической, медицинской и духовной помощи.

С учетом того, что суициды являются следствием целого комплекса причин и факторов, основные из которых носят социальный характер, Планом было предусмотрено расширение межведомственного взаимодействия и сотрудничества в области их профилактики, включая организацию в многопрофильных стационарных организациях здравоохранения областей и г. Минска стационарных отделений для оказания медицинской помощи лицам с риском совершения суицидов и совершившим суицидальные попытки (п. 11); организация системы регистрации и мониторинга суицидов с дифференциацией по способам их совершения, полу, возрасту (п. 8); организация системы регистрации и мониторинга попыток суицидов с дифференциацией по способам их совершения, полу и возрасту (п. 9); проведение социологических опросов населения для выявления причин суицидального поведения и степени информированности о наличии служб профилактики суицидов и

их возможностях (п. 16); привлечение к разработке мероприятий по профилактике суицидов экспертов Всемирной организации здравоохранения с целью переноса опыта стран, имеющих позитивные результаты в профилактике суицидов (п. 17); организация выявления медицинскими работниками лиц с суицидальными признаками и оказание необходимой медицинской помощи с учетом факторов риска и признаков суицидального поведения (п. 19); организация обязательного изучения вопросов кризисной психологии, факторов риска, признаков суицидального поведения и вопросов профилактики суицидов при проведении обучения для повышения квалификации, при переподготовке педагогических работников, психологов, специалистов по социальной работе (п. 21); разработка конкретных мер, направленных на борьбу со злоупотреблением спиртными напитками (п. 28), ограничение реализации алкогольной продукции в вечернее и ночное время (п. 29); выявление у одиноко проживающих пожилых, неработающих, инвалидов, злоупотребляющих алкоголем, психологических, медицинских, социальных проблем, информирование их о наличии службы экстренной психологической помощи «Телефон доверия» и срочной консультационной помощи по телефонам «Горячая линия» (п. 36); оказание содействия лицам, вернувшимся из мест лишения свободы и ЛТП в трудоустройстве, профессиональном обучении и переобучении (п. 40); ограничение доступности к выходам на крыши высотных зданий, проникновения в строящиеся здания, сооружения (п. 41) и т. д.

Координирующая роль по реализации основных направлений, изложенных в Комплексном плане, в системе здравоохранения Беларуси принадлежала Государственному учреждению «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (директор в 2009–2012 гг. — д.м.н., профессор С. А. Игумнов). В рамках исполнения п. 15 Комплексного плана «организация психиатрического научного подразделения для проведения научных исследований с целью разработки новых, высокоэффективных технологий в области оказания помощи при кризисных состояниях, реабилитации и профилактики суицидов» в 2010 г. в структуре этого учреждения создана лаборатория клинико-эпидемиологических исследований (заведующий с момента создания — к.м.н., доцент А. П. Гелда).

На фоне реализации мероприятий «Комплексного плана профилактики суицидального поведения в Республике Беларусь на 2009–2012 гг.» уровень суицидов всего за три года снизился на 7,8 случая на 100 тыс. населения (с 28,3 случаев на 100 тыс. населения (в абсолютных цифрах — 2375 суицидов) в 2009 г. до 20,5 случая (1944 суицида) — в 2012 г.). Для сравнения: в Российской Федерации этот показатель в 2012 г. составил 22,4 случая на 100 тыс. населения [5].

В последующие годы позитивная тенденция продолжается. В результате реализации мероприятий, заложенных в Плане, в 2014 г. уровень официальной регистрации суицидов в общей популяции населения Беларуси стал меньше 20 случаев на 100 тыс. населения — 18,3 (в 2013 г. — 20,1). Это означает, что Беларусь вышла из группы стран с высоким уровнем суицидов [3]. В настоящее время по количеству суицидов среди мужского населения республика занимает 11-е место в мире с показателем 32,7 самоубийства на 100 тыс. населения. В общем рейтинге случаев суицидов Республика Беларусь занимает 19 место с показателем 18,3 случая самоубийства на 100 тыс. населения. При этом, средний мировой показатель — 11,4 случая суицидов на 100 тыс. населения (15 — для мужчин и 8 — для женщин). Группой максимального риска суицида как в Беларуси, так и в России являются мужчины трудоспособного возраста, особенно старше 45 лет.

Чрезвычайно важным представляется сохранение и развитие разработанной эффективной модели межведомственного и межконфессионального взаимодействия в плане профилактики суицидов, партнерства государственных структур и общественных объединений, а также координация усилий в области международного сотрудничества, прежде всего в рамках Союзного государства Беларуси и России, Таможенного Союза и Организации Договора о Коллективной Безопасности (ОДКБ). На уровне ведущих национальных научных центров, включенных в систему профилактики суицидального и саморазрушительного поведения населения, большие перспективы открывает активизация сотрудничества Республиканского

научно-практического центра психического здоровья Минздрава Беларуси и Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского Минздрава России. Важно отметить, что Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (принятая 15 апреля 2014 г., № 294) в качестве одного из целевых индикаторов предусматривает снижение смертности от самоубийств до 16 случаев на 100 тыс. населения. Такой показатель представляется вполне достижимым и в Беларуси.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Игумнов, С. А. Социально-психологические механизмы суицидального поведения подростков и молодежи в современном мегаполисе (на примере г. Минска) / С. А. Игумнов, А. П. Гелда // Суицидология. — Тюмень, 2010. — № 1. — С. 18–19.
2. Итоги работы психиатрической службы Республики Беларусь в 2013 г. / А. И. Старцев [и др.] // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2014. — № 3 (17). — С. 154–161.
3. Резолюция Республиканского совещания «Итоги работы психиатрической, наркологической и психотерапевтической служб Республики Беларусь за 2014 год и задачи на 2015 год» // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2015. — № 2 (20). — С. 149–160.
4. Социально-психологические механизмы суицидального поведения подростков и молодежи современных мегаполисов (на примере городов Минска и Санкт-Петербурга). Заключительный отчет / С. А. Игумнов [и др.]. — Минск: Белорусский республиканский фонд фундаментальных исследований, 2011. — 102 с.
5. Суициды в России и Европе / под ред. Б. С. Положего. — М.: Медицинское информационное агентство, 2016. — 212 с.

УДК 616.151.514-082

### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ГЕМОФИЛИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ ИНТЕГРАЦИИ

*Кабаева Е. Н., Змачинский В. А., Смирнова Л. А., Цвирко Д. Г.*

Учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Гемофилия является орфанным заболеванием с частотой встречаемости 1:10 000 лиц мужского пола или 5–6 случаев на 100 тыс. населения. В Республике Беларусь, согласно данным Республиканского регистра пациентов с коагулопатиями, насчитывается 634 пациента с гемофилией А и В. Из них 309 (50 %) человек имеют тяжелую форму гемофилии (уровень фактора свертывания VIII или IX менее 1 %). Основным клиническим проявлением гемофилии являются кровотечения в суставы, мышцы, внутренние органы, головной мозг. Чаще всего у пациентов страдают суставы, поскольку в результате повторных гемартрозов формируется деформирующая артропатия, развивается хронический болевой синдром, возникают контрактур, атрофия мышц. В результате сдавления мягких тканей гематомами формируется синдром компартмента (сдавления) и неврологические нарушения. У взрослых пациентов с тяжелой формой гемофилии, которым не проводилось профилактическое лечение с детского возраста, как правило, имеется поражение опорно-двигательного аппарата по типу артрозов 3–4 степени, что является причиной инвалидности и социальной дезадаптации. Основным методом лечения является внутривенная заместительная терапия препаратами дефицитного фактора свертывания крови. Стоимость такого лечения очень высока. Так, гемофилия по затратам на лечение занимает 3-е место после затрат на лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы и сахарного диабета. Учитывая, что в мире насчитывается около 400 тыс. пациентов с гемофилией, это самое дорогое заболевание в расчете на 1 человека. В последние годы количество препарата FVIII/IX для лечения гемофилии в Республике Беларусь значительно увеличилось, что сразу улучшило состояние пациентов и позволило снизить частоту госпитализаций.

Как показывает мировой опыт, ключом к успешному лечению тяжелой формы данного заболевания является, во-первых, *профилактический режим*, когда препарат вводится 3 раза в неделю с целью профилактики кровотечения. Сначала он стал внедряться в Швеции, Великобритании, Канаде — в 1970 г. [1]. В нашей стране с 2003 г. его применяют детям с

тяжелой формой гемофилии А и В в Республиканском научно-практическом центре детской онкологии, гематологии и иммунологии (РНПЦ ДОГИ). Данное лечение проводится пациентам, начиная с 2-летнего возраста и до достижения ими 18 лет.

При *домашнем режиме* лечения препарат фактора свертывания выдается пациенту «на руки» и вводится (в том числе и самостоятельно) как можно раньше при состоявшемся или угрожающем кровотечении. В настоящее время в Республике Беларусь пациенты с тяжелой формой гемофилии при частоте кровотечений более 4 в месяц получают увеличенную дозу препарата для домашнего лечения.

Третий режим лечения — *по требованию*, когда кровотечение уже состоялось и препарат вводится для его остановки. Он — самый неэффективный в отношении профилактики кровотечений и поражения суставов. До недавнего времени это был основной режим лечения на территории нашей страны.

Вторым ключом к успешному лечению осложнений гемофилии является создание команды специалистов, владеющих навыками лечения и реабилитации пациентов с гемофилией.

Республиканский гемофилический центр был создан по типу аналогичных структур в других странах и официально функционирует с 2008 г. При его создании были изучены подходы к лечению и организация помощи пациентам, рекомендованные Всемирной Федерацией гемофилии (ВФГ) (<https://www.wfh.org>). На совместном заседании Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и ВФГ на тему «Медицинское обслуживание в развивающихся странах», состоявшемся в Женеве в 1997 г., необходимость создания общегосударственных реестров людей с гемофилией была признана ключевым приоритетом: «Чтобы обеспечить надлежащее планирование и развитие медицинского обслуживания, создание общегосударственных реестров людей с гемофилией является важнейшей задачей. Поэтому мы рекомендуем, чтобы приоритет был отдан выявлению и диагностике больных людей и их семей и единой регистрации людей с гемофилией и заболеваниями, которые с нею связаны. Чтобы добиться успеха, такая программа должна гарантировать конфиденциальность и уважение прав человека» [2]. Наличие общегосударственных реестров больных имеет также всемирное значение, так как дает возможность сравнивать данные разных стран и может оказать существенную помощь при обращении к правительству об улучшении медицинского обслуживания. Начиная с 1998 г., ВФГ собирала и ежегодно издавала такие данные. Эти обзоры иллюстрируют общую ситуацию с гемофилией в мире в целом и содержат примеры достижений, полученных при ограниченных средствах, которые вдохновляют другие страны попытаться сделать то же самое. Наличие общегосударственных реестров больных помогает определять эффективность программ здравоохранения. Ежегодно наш Белорусский центр лечения пациентов с гемофилией принимает участие в международном опросе «Annual Global Survey», который проводится ВФГ.

Приоритеты работы гемофилического центра включают следующие аспекты:

1. Сбор данных о пациентах с наследственными коагулопатиями и ведение Республиканского регистра. Данный регистр создан в 2008–2010 гг. по итогам НИР «Разработать и внедрить информационно-аналитические и лечебные мероприятия для больных коагулопатиями на основе республиканского регистра больных с гемофилией». Работа с регистром включает ведение электронных историй болезни, анализ госпитализаций, данных о количестве пациентов с гемофилией, степени тяжести заболевания, их ортопедическом статусе (согласно шкалам, рекомендованным Комитетом ортопедов ВФГ), социальном статусе. Желательно вносить в регистр также расчет дозы фактора свертывания, исходя из частоты кровотечений, тяжести клинических проявлений для конкретного пациента.

2. Участие в планировании закупок препаратов факторов свертывания крови на основании учета потребности пациентов, частоты кровотечений.

3. Организация экстренной хирургической помощи пациентам, в том числе и стоматологической. Опыт ведущих мировых центров по лечению гемофилии, в том числе и в РФ показывает, что для данной категории пациентов желательно оказание стоматологической помощи специально обученными специалистами. Проблема усугубляется тем, что пациенты, проживающие в деревнях и райцентрах, вынуждены получать стоматологиче-

скую помощь далеко от места проживания, так как в районных больницах такая помощь им не оказывается. Также не отработан четкий механизм стоматологического протезирования для данной группы пациентов. Для решения проблемы предлагалось обучение врачей-стоматологов районных больниц работе с данной категорией пациентов в Гемофилическом центре г. Санкт-Петербурга, Московском Гемофилическом Центре. Было рекомендовано главному специалисту по стоматологической помощи МЗ РБ совместно с гематологами разработать алгоритм осуществления протезирования пациентов с гемофилией. Однако в нашей стране на сегодняшний день пока еще нет официально закрепленного за пациентами с гемофилией врача-стоматолога.

4. Формирование команды специалистов (НТМ — Hemophilia Team Member), обученных особенностям ведения пациентов с гемостазиопатиями из следующих специалистов: врача-гематолога, врача-ортопеда, стоматолога, реабилитолога, инструктора ЛФК, врача паллиативной помощи, инфекциониста (лечение парентеральных гепатитов), психотерапевта, их непрерывное обучение в этой области [2, 3].

5. Организация реабилитационного ортопедического лечения пациентов с целью профилактики прогрессирования артрозов. В Республике Беларусь такое лечение проводится на базе Республиканской клинической больницы медицинской реабилитации «Аксаковщина» и Республиканской детской больницы медицинской реабилитации «Острошицкий городок».

6. Организация и проведение операций тотального эндопротезирования суставов (ТЭС) на базе РНПЦ травматологии и ортопедии у пациентов с артрозами III–IV степени. За период 2007–2015 гг. в Республике Беларусь было проведено 36 таких операций у взрослых пациентов с гемофилией, из них 3 операции эндопротезирования тазобедренного сустава и 33 — коленного. Средний возраст больных — 35,4 года. У всех прооперированных пациентов значительно увеличилась дистанция пешей прогулки, возросла толерантность к физической нагрузке, все прооперированные отказались от использования вспомогательных средств для ходьбы (палки, костыли). Трудовой анамнез у прооперированных пациентов не изменился: из 36 пациентов трудовая активность сохраняется у 21 человека. Улучшение ортопедического статуса после оперативного вмешательства позволило 2 пациентам создать семью.

Частота госпитализаций пациентов с гемофилией снизилась в 2005–2014 гг. с 1332 случаев в 2005 г. до 919 в 2014 г. (~ в 1,5 раза) преимущественно за счет взрослого контингента. Снижение обращаемости в стационары пациентов с гемофилией обусловлено изменением в обеспечении антигемофильными препаратами амбулаторий (увеличение количества препарата свертывания для домашнего лечения). Усилия, прилагаемые сотрудниками гемофилического Центра, врачами-гематологами при поддержке Министерства здравоохранения Республики Беларусь были высоко оценены как ВФГ, так и Европейским центром гемофилии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Aledort, L. M. History of haemophilia / L. M. Aledort // Haemophilia. — 2007. — Vol. 13, № 5. — P. 1–2.
2. Брюс, И. Руководство по созданию общегосударственного реестра больных / И. Брюс. — [Электронный ресурс]. — 2010. — Режим доступа: <http://www1.wfh.org/publications/files/pdf-1292.pdf>.
3. Rosendaal, F. R. Hemophilia treatment in historical perspective: a review of medical and social developments / F. R. Rosendaal, C. Smith // Ann Hematol. — 1991. — Vol. 62. — P. 5–15.

УДК 616.12-06-084:618.173

### ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА

*Кежун Л. В.*

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Профилактика осложнений атеросклероза является приоритетной задачей здравоохранения Республики Беларусь, а основа современной системы первичной профилактики —

стратификация величины индивидуального риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Тот акт, что от профилактических мероприятий в наибольшей степени выигрывают лица с наиболее высоким риском развития заболеваний, позволяет выделить приоритетные группы пациентов, на которых в первую очередь должны быть направлены усилия по выявлению и устранению модифицируемых факторов риска. Это касается, прежде всего, сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), которые являются ведущей причиной в структуре смертности населения во многих странах мира [1]. Особенно это актуально для женщин в перименопаузальном периоде, у которых абсолютный риск фатальных ССО обманчиво низкий, а при этом у значительного числа женщин достаточно рано могут обнаруживаться признаки субклинического поражения сосудистой стенки.

Пременопауза и постменопауза соответствуют переходу от репродуктивного периода жизни женщины к пострепродуктивному с потерей детородной функции. Возраст женщин в перименопаузе колеблется между 40 и 55 годами. Средний возраст наступления менопаузы для белорусских женщин составляет 48–51 год [2]. Учитывая среднюю продолжительность жизни, современные женщины более трети своей жизни находятся в периоде постменопаузы. Следует отметить, что для современной женщины возраст 45–50 лет связан с периодом наибольшей социальной активности, пиком карьеры и расцветом интеллектуальных возможностей. Актуальность проблем в этой возрастной группе определяется широкой распространенностью гормонозависимых состояний, в том числе и патологическим течением пре- и постменопаузы, которое встречается у 20–40 % женщин, чаще у жительниц городов.

С наступлением менопаузы женщины старшей возрастной группы входят в категорию повышенного риска развития ССЗ. Рост сердечно-сосудистого риска может быть опосредован перераспределением жировой ткани, метаболическими, гемодинамическими и противовоспалительными изменениями, ассоциированными с менопаузой. Кроме того, дефицит эстрогенов оказывает прямое влияние на сосудистую стенку, способствует развитию дисфункции эндотелия при снижении синтеза вазодилаторов, в частности, оксида азота (NO), повышении продукции вазоконстрикторов — эндотелина-1, гомоцистеина, тромбоксана-A<sub>2</sub>. Согласно результатам эпидемиологических исследований, 50 % общей популяции больных артериальной гипертензией (АГ) составляют женщины в возрасте старше 45 лет, а в течение последующих 4–5 лет частота АГ удваивается. Это, в свою очередь, повышает риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) в 3 раза, мозгового инсульта в 7 раз и с каждым последующим десятилетием частота смерти женщин от ССЗ возрастает в 3–5 раз [3]. По данным Фрамингемского исследования, частота острых коронарных событий увеличивается в 12 раз у женщин в постменопаузе по сравнению с женщинами репродуктивного возраста [4].

У женщин в отличие от мужчин чаще выявляются множественные факторы риска ССЗ, такие как висцеральное ожирение, инсулинорезистентность, нарушение толерантности к глюкозе, гипергликемия, атерогенная дислипидемия: повышение уровня общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности, АГ. Все эти симптомы являются составляющими метаболического синдрома (МС), а их взаимосвязь с наступлением менопаузы позволила некоторым авторам сформулировать концепцию менопаузального МС, клиническая значимость которого заключается в том, что сочетание выявленных менопаузальных метаболических нарушений ассоциируется с высоким риском развития ССЗ и сахарного диабета 2 типа. Так, по данным Фрамингемского исследования, сочетание трех и более вышеуказанных факторов сердечно-сосудистого риска характеризовалось повышением риска развития ИБС у женщин в 5,9 раз [4].

По встречаемости отдельных факторов риска ССО, для большинства женщин в постменопаузе характерно повышение веса, неблагоприятное изменение композиционного состава тела, обусловленное увеличением массы интраабдоминального жира и развитием ожирения по абдоминальному типу у 50–60 % женщин. Следует отметить и учитывать, что, по данным N. Ozbey и соавт. (2002), при одинаковом индексе массы тела окружность талии (ОТ), отношение окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ) и объем интрааб-

доминантного жира у женщин в постменопаузе существенно выше, чем у женщин в пременопаузе и представляет собой независимый фактор риска развития сахарного диабета, дислипидемии, атеросклероза, ИБС [5]. Данные ряда исследований свидетельствуют, что даже умеренное снижение висцеральной жировой ткани оказывает благоприятное действие на риск развития ССЗ. С целью коррекции данного фактора риска женщинам могут быть рекомендованы быстрая ходьба в течение не менее 30 минут в день и не менее 5 раз в неделю, уменьшение времени просмотра телевизора не менее чем на 10 часов в неделю.

Высокая встречаемость отягощенной наследственности по ССЗ должна заставить женщин обратить внимание на свое здоровье как можно раньше. Артериальное давление (АД) рассматривается как один из элементов системы стратификации общего сердечно-сосудистого риска, но величина систолического АД (САД) является определяющей в силу своей высокой прогностической значимости. По данным метаанализа более 60 рандомизированных клинических исследований, повышение САД на одно среднеквадратическое отклонение (15,8 мм рт. ст.) приводит к увеличению относительного риска ССО в 1,6 раза, повышение ДАД на одно среднеквадратическое отклонение (10,5 мм рт. ст.) — в 1,2 раза. С наступлением менопаузы у женщин наряду с увеличением уровня офисного и среднесуточного САД (на 4–5 мм рт. ст.) отмечается повышенная вариабельность АД, скорость утреннего подъема АД и недостаточная степень снижения АД [2], диагностируемые при проведении суточного мониторирования АД и являющиеся независимыми факторами риска для развития инсульта, инфаркта миокарда при АГ, в том числе у пациенток, получающих антигипертензивную терапию.

Таким образом, своевременная идентификация факторов риска развития ССО и их коррекция являются первоочередными целями сердечно-сосудистой профилактики у женщин перименопаузального периода, включающей модификацию образа жизни с подбором при необходимости медикаментозной терапии, направленной на нормализацию дислипидемии, показателей АД, функции эндотелия, выявленных метаболических нарушений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Time trends in cardiovascular and all-cause mortality in the «old» and «new» European Union countries / E. Helis [et al.] // European Journal of Cardiovascular Prevention et Rehabilitation. — 2011. — Vol. 18, № 3. — P. 347–359.
2. Кисляк, О. А. Артериальная гипертензия у женщин в постменопаузальном периоде / О. А. Кисляк, А. В. Стародубова // Кардиология. — 2007. — № 11. — С. 29–31.
3. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации / С. А. Шальнова [и др.] // Рос. кардиол. журн. — 2006. — № 4. — С. 45–50.
4. Framingham Heart Study. Systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and pulse pressure as predictors of risk for congestive heart failure in the Framingham Heart Study / A. W. Haider [et al.] // Ann. Intern Med. — 2003. — № 1 (138). — P. 10–16.
5. Body fat distribution and cardiovascular disease risk factors in pre- and postmenopausal obese women with similar BMI / N. Ozbey [et al.] // Endocrine J. — 2002. — Vol. 49, № 4. — P. 503–509.

УДК 616-035.1

### НУЖДАЕМОСТЬ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОГЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

*Ковецкая Е. Е., Кравчук И. В.*

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

Лицо человека — это маленькая по площади анатомическая область, насыщенная различными нервами. Физиологические функции многих органов лица, челюстей и полости рта многообразны. Это, прежде всего, участие в акте жевания, дыхания, речеобразования и мимики [3].

Иннервацию лица и челюстей осуществляют двенадцать черепно-мозговых нервов, но главным образом — тройничный и лицевой нервы. При этом чувствительная иннервация исходит преимущественно от тройничного нерва, а двигательная (мимическая) — от

лицевого. Кроме них в иннервации челюстно-лицевой области принимают участие языко-глоточный, подъязычный нерв и другие нервные образования [1].

К врачам-стоматологам обращается большое количество больных по поводу чувствительных, секреторных, двигательных и трофических расстройств в области лица и шеи. Пациенты жалуются на острую боль или парестезии в полости рта, области верхней и нижней челюстей, в определенных участках лица. Такие ощущения нарушают трудоспособность, сон, эмоциональное и психическое состояние человека. Боль сигнализирует о формировании болезни и вместе с тем она помогает врачу распознать заболевание и выбрать адекватное лечение [2].

Неврогенные заболевания челюстно-лицевой области включают глоссодинии (глоссалгии), ганглиониты, невралгии и невриты тройничного и лицевого нерва [2, 3].

Глоссодиния — наиболее часто встречающийся нейростоматологический синдром, проявляющийся неприятными ощущениями в полости рта и языке. Если болезненные явления ограничиваются языком, то в этих случаях говорят о глоссалгии (глоссодинии), если боль отмечается во всей полости рта, диагностируют стомалгию. У женщин глоссалгия встречается в 3 раза чаще, чем у мужчин [2, 3].

Обычно больные жалуются на парестезии типа жжения, покалывания, саднения, онемения («язык посыпан перцем», «язык обожжен» и т. д.). Примерно у половины больных парестезии сочетаются с болями в языке ломящего и давящего характера. Боли имеют разлитой характер, без четкой локализации. Парестезии и боли обычно локализуются в обеих половинах языка, в основном в его передних 2/3, реже — во всем языке, и лишь в единичных наблюдениях изолированно поражается задняя треть языка. Почти в половине случаев боли распространяются с языка на слизистую оболочку полости рта. Нередко больных беспокоят ощущения неловкости, набухания, тяжести в языке. В связи с этим пациенты при разговоре щадят язык от излишних движений, поэтому речь у них становится невнятной, возникает дизартрия. Появление неприятных ощущений пациенты связывают с утомлением, длительным разговором, удалением зубов, погрешностями в еде, приемом мясной пищи. Характерно, что во время еды эти ощущения исчезают, поэтому больные носят еду с собой и с ее помощью стараются избавиться от неприятных ощущений. Часто наблюдается сухость во рту (ксеростомия), что также нарушает речь и сон, ночью больные вынуждены смачивать рот водой [2, 3].

При осмотре языка особых изменений врачи-стоматологи не обнаруживают. Однако нередко выявляются вегетативные нарушения в форме нейротрофических расстройств: гиперемии и побледнения слизистой оболочки языка и полости рта, отека языка и десен. При стомалгии обычно превалирует тонус симпатической над парасимпатической частью вегетативной нервной системы. У половины больных выявляются нарушения саливации — уменьшение слюноотделения или гиперсаливация. Ксеростомия — одно из важных проявлений вегетативной дисфункции при глоссалгии. Заболевание длится годами [2, 3].

Пациенты с неврогенными заболеваниями обращаются к разным специалистам, в том числе и к врачам-стоматологам. Лечение таких больных очень сложное, включающее чаще всего психотерапию в сочетании с назначением седативных препаратов, нейролептиков и транквилизаторов [1, 2, 3].

Анализ работы консультативных стоматологических кабинетов, проведенный сотрудниками кафедры терапевтической стоматологии Белорусской академии последипломного образования, показал, что значительная доля направленных на консультацию пациентов страдает заболеваниями центральной и периферической нервной системы с проявлениями в челюстно-лицевой области. Увеличение количества патологических синдромов в области лица и шеи обусловило цель и задачи нашей работы.

Нами изучена медицинская документация 230 больных, консультированных на кафедре терапевтической стоматологии БелМАПО. Среди осмотренных 95 (41 %) человек составили лица с заболеваниями нервной системы. Наиболее часто (28 %) больным ставили диагноз глоссодиния, на втором месте — ганглиониты (16 %), причем только в 3 % случаев протекающие самостоятельно. У 8 % обследованных они сочетались с глоссодиниями и у 5 % — с прочими заболеваниями, в том числе неврологическими проявлениями остеохондроза, сиалоденитом, гальванизмом. С невралгиями тройничного и невритом ли-

цевого нерва обратились 3 % больных. Из них наиболее часто (1,5 %) встречались самостоятельные невралгии, реже (0,7 %) — невралгии на основе общей патологии тройничного нерва и невриты лицевого нерва (0,8 %). Кроме того, при обследовании данного контингента больных в 3,6 % случаев выявлен параллельно маргинальный периодонтит.

Наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на боль, чувство жжения, онемения в полости рта, расстройство и извращение вкуса, в отдельных случаях — на кровоточивость десны, неприятный запах изо рта, подвижность зубов. Нередко эти симптомы сочетались с патологией внутренних органов. Для большинства больных характерен длительный этап диагностических исследований, включающий осмотр терапевта, невропатолога, дерматолога, отоларинголога и других специалистов. Часть больных при обращении за консультативной помощью имела результаты клинических и биохимических анализов крови и мочи, аллергологических проб и функциональных тестов.

Лечение пациентов осуществлялось в соответствии с рекомендациями кафедры, в основном в условиях поликлиники с использованием широкого арсенала лечебных процедур. При отсутствии противопоказаний больным назначали физиотерапевтические методы, а также мануальную и рефлексотерапию.

Физиотерапевтические методы включали ионофорез с раствором новокаина, эндоназальный электрофорез с анестетиками. Широкие возможности физиотерапевтических отделений современных поликлиник позволяли проводить больным с данной патологией лазеротерапию, грязелечение, озокерит, минеральные ванны, кислородотерапию. С целью улучшения общего статуса больные имели возможность посещать бассейн. Все пациенты с неврогенными заболеваниями челюстно-лицевой области проходили консультацию врача-невропатолога. Некоторым больным были назначены седативные средства и финлепсин.

Для исключения болевых ощущений со стороны периодонта пациентам с гингивитом и пародонтитом осуществляли профессиональную гигиену полости рта, которая проводилась наиболее атравматично, щадяще с применением ультразвука, а также орошение минеральной водой, аппликации грязи и другие методы лечения.

По окончании курса лечения все больные, обратившиеся для повторного осмотра на кафедру терапевтической стоматологии, отмечали снижение интенсивности и исчезновение болевых симптомов, улучшение общего состояния.

Учитывая высокую лечебно-профилактическую эффективность физиотерапевтических, водно-грязевых, ЛФК-процедур в лечении заболеваний нервной системы, можно рекомендовать более широкое использование санаторно-курортных учреждений для реабилитации стоматологических больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ерохина, Л. Г. Болезни нервной системы: рук-во для фельдшеров / Л. Г. Ерохина, В. Б. Гельфанд. — 3-е изд., испр. и доп. — Л.: Медицина, Ленингр. отделение, 1984. — 359 с.
2. Луцкая, И. К. Диагностический справочник стоматолога / И. К. Луцкая. — М.: Медицинская литература, 2010. — 398 с.
3. Яворская, Е. С. Болевые и парестетические синдромы челюстно-лицевой области / Е. С. Яворская. — Киев: Медкнига, 2007. — 56 с.

УДК 616.89-008.454

### ДИАГНОСТИКА ДЕПРЕССИЙ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ

*Королева Е. Г.*

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

В настоящее время в большинстве стран мира происходит переориентировка в диагностике и оказании помощи лицам с психическими расстройствами. Причиной и основанием для этой переориентировки послужили следующие факторы:

1. В последние десятилетия все более распространяются непсихотические психические расстройства и в наибольшей мере — тревожного и депрессивного спектра. Особенно обращает на себя внимание увеличение их числа в общемедицинской сети, и в частности, у обращающихся за помощью в учреждения амбулаторного типа.

2. Возросшее количество таких пациентов создает необходимость расширить контингент врачей, которые могут ориентироваться в данной патологии и оказывать первичную помощь.

3. Возможность оказания помощи этой категории пациентов в настоящее время улучшилась в связи с выпуском препаратов, достаточно безопасных в силу того, что они не формируют зависимость от них, в отличие от часто назначаемых в прежней практике бензодиазепиновых транквилизаторов. Это, в первую очередь, серотонинэргические антидепрессанты с анксиолитическим компонентом действия.

4. Раннее адекватное лечение, включая и психологические формы помощи, может являться профилактикой развития хронических и неблагоприятных форм психических расстройств. «Кроме того, имея в виду очень тесную взаимосвязь соматической патологии с различными аффективными расстройствами — это должно соответствовать общей профилактической стратегии в медицине» (В. Я. Семке, 1999).

В общей медицинской практике во многих странах мира в настоящее время основной тенденцией развития стало распространение практики диагностики и терапии депрессий в учреждениях первичной медицинской сети. Это связано со значительной распространенностью депрессий среди пациентов первичного медицинского звена (данные последних эпидемиологических исследований), необходимостью оказания им соответствующей помощи без стигматизации их как психически больных.

Вообще в последние десятилетия встают вопросы необходимости реформирования психиатрической помощи в плане обеспечения ее доступности и приближения к населению, так как становится все более затруднительно осуществлять ее только в рамках существующих психиатрических служб.

В частности, было выявлено, что среди пациентов первичной медицинской сети аффективные (включая и тревожные) расстройства регистрируются в целом не менее, чем в 30 % обращений. Поскольку зачастую в первичной медицинской сети подобные расстройства не могут быть адекватно оценены диагностически как проявления депрессивных либо тревожных-депрессивных расстройств, они начинают составлять главную нагрузку врачей в интернистской практике.

В связи с этим крайне важны разработка и совершенствование принципов ранней диагностики таких расстройств, их первичной и вторичной профилактики, своевременной адекватной терапии и психосоциальной реабилитации. Общая цель — уменьшение риска инвалидизации (ограничения трудоспособности) вследствие депрессий. Оказание помощи больным непсихотическими формами психических расстройств может улучшиться за счет привлечения ресурсов первичной медицинской сети.

Необходима выработка модели взаимодействия различных специалистов (участковых терапевтов, других интернистов, психиатров, клинических психологов, медицинских сестер) и ее апробация при оказании помощи пациентам с депрессивными расстройствами в условиях общей поликлиники.

Для этой цели необходимо создание бригадного терапевтического взаимодействия, которое должно оправдать себя в условиях оказания помощи в первичном медицинском звене.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова, А. С. Контролирование симптомов тревоги и лечение тревожно-фобических расстройств — альтернатива или нет? / А. С. Аведисова // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — № 5. — С. 73–86.
2. Клинико-организационное руководство по оказанию медицинской помощи больным депрессиями врачами первичного звена / под ред. В. Краснова, Д. Регира, Д. Лозовского. — Тула, 2002.
3. Кочорова, Л. В. Проблемы раннего выявления психических расстройств у пациентов общепрактикующих врачей / Л. В. Кочорова, Н. Г. Незнанов // Ученые записки СПб ГМУ им. И. П. Павлова. — 2000. — № 7(3). — С. 169–171.
4. Краснов, В. Н. Закономерности динамики депрессий: клинические, патогенетические и терапевтические аспекты. Депрессия и коморбидные расстройства / В. Н. Краснов; под ред. А. Б. Смулевича. — М.: НЦПЗ РАМН, 1997. — С. 80–97.

5. Краснов, В. Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» / В. Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — № 9(4). — С. 5–9.

6. Социально-демографические характеристики и качество жизни больных с аффективными и соматоформными расстройствами в общей медицинской сети. Аффективные и шизоаффективные расстройства / Н. Г. Незнанов [и др.] // Собрание главных психиатров, наркологов и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. — М.: МЗ РФ, 2003. — С. 73–74.

7. Семке, В. Я. Превентивная психиатрия / В. Я. Семке. — Томск: Изд-во Томского университета, 1999.

8. Депрессии у соматических больных / А. Б. Смулевич [и др.]. — М., 1997.

9. Смулевич, А. Б. Депрессии в общей медицине / А. Б. Смулевич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2001.

УДК 616.36-002.2-036.12-036.82

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С

*Красавцев Е. Л., Свенцицкая А. Л.*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### *Введение*

Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) является одной из актуальных проблем современного здравоохранения в связи с широкой распространенностью, высокой частотой формирования цирроза печени (ЦП) и гепатоцеллюлярной карциномы [1, 4]. Ранняя инвалидность и высокая смертность данной категории больных свидетельствуют о его медицинском и социальном значении [1, 4].

Общепринято в качестве критериев тяжести течения заболеваний и эффективности лечения пациентов использовать данные клинического и параклинического исследования. В современной медицине понятие «качество жизни» (КЖ) логически связано с известным определением здоровья Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и трактуется, как «качество жизни, связанное со здоровьем». Сам термин «качество жизни» ВОЗ определяет, как «восприятие индивидами их положения в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [2].

Хроническая патология печени осложняется печеночной энцефалопатией, которая проявляется нервно-психическими отклонениями, утяжеляющими течение основного заболевания. В связи с этим восстановление физического, психического и социального статуса больных хроническими заболеваниями печени и улучшение их качества жизни приобретает медико-социальное значение.

Изучение КЖ у пациентов с ХВГС позволяет оценивать результативность конкретного вида лечения не только с позиций врача, но и с позиций пациента, что принципиально важно, так как их взгляды часто не совпадают. Повышение показателей КЖ является стратегической задачей лечения пациентов с ХГС.

Одним из широко используемых общих опросников является краткая форма Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), разработанная J. E. Ware с соавт. в 1988 г. [3, 1].

Опросник был нормирован для общей популяции США и репрезентативных выборок в Австралии, Франции, Италии. В США и странах Европы были проведены исследования отдельных популяций и получены результаты по нормам для здорового населения и для групп больных с различными хроническими заболеваниями (с выделением групп по полу и возрасту) [4].

Опросник «SF-36 health status survey» состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100 баллами, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие [3, 1].

### *Цель*

Оценить качество жизни у пациентов, страдающих ХВГС с помощью опросника Medical Outcomes Study Short Form (SF-36); сравнить полученные результаты исследования с показателями в группах пациентов с ЦП и практически здоровых людей.

**Материал и методы исследования**

В исследовании приняли участие 110 человек в возрасте от 16 до 84 лет. Основную группу составили 50 пациентов, страдающих ХВГС, средний возраст которых —  $48,7 \pm 2,4$  года. В группы сравнения вошли 30 пациентов с ЦП (средний возраст —  $51,6 \pm 1,9$  года) и 30 практически здоровых людей (средний возраст —  $47,8 \pm 1,6$  года). Критериями исключения из группы здоровых людей стали наличие хронической патологии и новообразований в анамнезе. Различий паспортного возраста между исследуемыми группами не было.

Длительность заболевания у исследуемых пациентов с ХВГС составляла от 1 года до 19 лет (средняя длительность —  $2,8 \pm 0,8$  года).

Качество жизни исследовалось с помощью адаптированного русифицированного специализированного опросника «SF-36 v2TM Health Status Survey». Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи пакета прикладных программ «Statistica», 6.0 (StatSoft, USA).

**Результаты исследования и их обсуждение**

7 из 8 показателей шкалы опросника в основной группе оказались снижены ( $p < 0,01$ ) по сравнению с показателями КЖ в группе практически здоровых людей (кроме показателя социального функционирования (Social Functioning, SF) (таблица 1). Самым низким показателем КЖ в основной группе по сравнению с группой практически здоровых людей стало влияние физического состояния на ролевое функционирование (Role-Physical, RP), в баллах —  $38,8 \pm 6,9$  ( $p = 0,0006$ ).

Таблица 1 — Качество жизни у пациентов, страдающих ХВГС, ЦП, и практически здоровых людей

№ п/п	Показатели шкалы SF-36	Основная группа, n = 50 (в баллах)	Пациенты с ЦП, n = 30 (в баллах)	Практически здоровые люди, n = 30, (в баллах)
1	GH — Общее восприятие здоровья	$50,2 \pm 2,9^*$	$45,4 \pm 2,2$	$61,9 \pm 2,4$
2	PF — Физическая активность	$67,3 \pm 4,6^*$	$53,3 \pm 3,2^{**}$	$84,1 \pm 2,3$
3	RP — Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	$38,8 \pm 6,9^*$	$39,6 \pm 6,3$	$67,7 \pm 2,5$
4	RE — Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	$39,6 \pm 6,9^*$	$45,1 \pm 6,9$	$64,8 \pm 3,0$
5	SF — Социальная активность	$40,6 \pm 2,2$	$49,8 \pm 1,6^{**}$	$44,4 \pm 1,3$
6	BP — Физическая боль	$62,7 \pm 3,9^*$	$65,6 \pm 3,4$	$74,6 \pm 2,0$
7	VT — Жизнеспособность	$48,8 \pm 4,0^*$	$57,9 \pm 2,8$	$76,5 \pm 1,2$
8	MH — Психическое здоровье	$55,5 \pm 3,7^*$	$57,6 \pm 2,7$	$78,3 \pm 2,0$

\* —  $p < 0,01$  (по сравнению с группой практически здоровых людей); \*\* —  $p < 0,05$  (по сравнению с основной группой)

При сравнении показателей мужчин и женщин основной группы по многим шкалам опросника были выявлены различия (таблица 2), в других группах таких различий не наблюдалось.

Таблица 2 — Качество жизни у пациентов различного пола, страдающих ХВГС

№ п/п	Показатели шкалы SF-36	ХВГС (у женщин), n = 28 (в баллах)	ХВГС (у мужчин), n=22 (в баллах)
1	GH — Общее восприятие здоровья	$45,7 \pm 4,0^{**}$	$55,5 \pm 3,1$
2	PF — Физическая активность	$77,1 \pm 5,4^*$	$54,4 \pm 5,3$
3	RP — Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	$24,0 \pm 7,4^*$	$53,0 \pm 9,1$
4	RE — Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	$23,1 \pm 5,2^{**}$	$56,5 \pm 6,9$
5	SF — Социальная активность	$34,5 \pm 3,2^{**}$	$46,0 \pm 1,0$
6	BP — Физическая боль	$54,2 \pm 4,2^*$	$71,0 \pm 5,1$
7	VT — Жизнеспособность	$39,4 \pm 4,4^{**}$	$58,1 \pm 4,8$
8	MH — Психическое здоровье	$48,8 \pm 4,1^{**}$	$61,9 \pm 4,2$

\* —  $p < 0,05$ ; \*\* —  $p < 0,01$  (по сравнению с мужчинами)

Так, у женщин RP (ролевое функционирование) и RE (эмоциональное функционирование) ниже более чем в 2 раза, чем у мужчин и составляет  $24,0 \pm 7,4$  и  $23,1 \pm 5,2$  балла соответственно. Самым низким показателем КЖ у мужчин стала социальная активность (SF) —  $46,0 \pm 1,0$  балла. Наиболее высоким показателем КЖ у женщин оказалась физическая активность (PF) —  $77,1 \pm 5,4$  балла. У мужчин, в свою очередь, снижена физическая активность по сравнению с женщинами и составляет  $54,4 \pm 5,3$  балла. Вероятно, на данный показатель могут влиять вредные привычки (курение и употребление алкоголя), которые наиболее распространены среди мужской группы населения.

### **Выводы**

Качество жизни у пациентов с ХВГС было существенно снижено в преобладающем числе случаев по шкалам опросника SF-36. У данной группы пациентов резко уменьшается физическая и социальная активность, падает эмоциональный статус, значительно понижаются субъективные оценки эмоционального состояния, настроения и в целом — общего состояния здоровья, причем у женщин наиболее снижены показатели ролевого функционирования и эмоционального функционирования. Эмоциональная сфера личности всегда являлась предметом пристального внимания психологов. В ситуации угрозы, опасности, обиды происходят изменения в эмоциональной сфере личности, что является предпосылкой развития стрессовых реакций, следствием которых являются тревожность, невротичность, депрессия [5, 3]. У мужчин, в свою очередь, снижена физическая активность. Показатель физической активности у пациентов с ЦП ниже, а социальной активности — выше, чем у пациентов с ХВГС.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Хронический вирусный гепатит: прошлое, настоящее и будущее / В. В. Нечаев [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2013. — № 3. — С. 4–8.
2. Всемирный Интернет-портал [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. — 2015. — Режим доступа: <http://apps.who.int>. — Дата доступа: 13.10.2015.
3. Ware, J. E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual / J. E. Ware, M. Kosinski, S. D. Keller // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. — 1994. — 8 p.
4. Бримкулов, Н. Н. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни / Н. Н. Бримкулов, Н. Ю. Сенкевич, А. Д. Калиева // Центральноеазиатский медицинский журнал. — 1998. — № 4–5. — С. 236–241.
5. Ковалев, Ю. В. Депрессия, клинический аспект / Ю. В. Ковалев, О. Н. Золотухина. — М.: Медицинская книга, 2001. — 144 с.

УДК 616.314-089.819.843-77-083

## **ОСОБЕННОСТИ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА В ОБЛАСТИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ**

*Луцкая И. К., Андреева В. А., Зиновенко О. Г.*

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

Срок службы имплантатов в значительной степени зависит от состояния гигиены полости рта.

**Индивидуальная гигиена.** Некоторые средства самостоятельного ухода для пациентов с имплантатами могут существенно облегчить удаление налета. Основным средством самостоятельной гигиены является мягкая зубная щетка, причем это может быть как ручная, так и механическая [1]. Маленькая головка зубной щетки может облегчить доступ к язычной и небной поверхностям протеза. Дополнительно необходимо использовать вторую зубную щетку с одним или двумя рядами щетины для очистки шейки имплантата или поднутрений протеза.

Налет в межзубных промежутках может быть удален с помощью обычной зубной нити (флоссы, суперфлоссы), шнурка, нейлоновой нити, монопучковой щетки или других

приспособлений, которые так же можно протереть под протез и удалять налет вокруг абатментов. Межзубные ершики со стержнем с тефлоновым покрытием могут быть полезны в участках с плохим или минимальным прогнозом. С помощью марлевой салфетки можно очищать дистальные поверхности имплантатов, особенно в области консольных конструкций. Аппараты для ирригации (в режиме минимальной мощности) облегчают удаление остатков пищи из-под протеза и вокруг него [2]. Антимикробные средства для полоскания полости рта (например, с хлоргексидином) позволяют уменьшить формирование наддесневого налета. Подобные средства для самостоятельной гигиены полости рта не могут изменить поверхность имплантата и абатмента, а потому безопасны для пациента. Однако гигиена полости рта может быть затруднена у пациентов из-за плохого доступа к имплантатам.

Для очистки имплантатов не рекомендуется пользоваться пастами, ополаскивателями и дезодорантами для полости рта, содержащими хлор в ионизированном состоянии — галогенсодержащие зубные пасты [3].

**Инструменты для профессиональной гигиены.** Исследования показывают, что для профессиональной гигиены полости рта в области имплантатов следует использовать менее абразивные методы удаления зубных отложений. Для ручного снятия отложений рекомендуются кюреты и скалеры, рабочие части которых выполнены из пластмассы, нейлона или специальных сплавов. Такие инструменты не травмируют поверхность имплантатов, абатментов и металлокерамики. В 1992 г/ были разработаны специальные инструменты имплакеры — пластиковые или металлические с тефлоновым покрытием кюреты и скейлеры, которые предназначены для снятия с поверхности абатментов имплантатов слабоминерализованных зубных отложений [4].

Традиционные кюреты из нержавеющей стали и пластмассовые кюреты, содержащие стеклянный или графитовый наполнители, могут повредить титановую поверхность имплантатов и абатментов, а большинство пластмассовых кюрет являются слишком гибкими для эффективного удаления налета и зубного камня. Инструмент Имплакер имеет твердые рабочие части, которые изготовлены из сверхпрочной пластмассы PlaSteel, что позволяет качественно удалять зубные отложения без повреждения титановых поверхностей имплантатов и абатментов, а также использовать его в области ортопедических конструкций. Имплакер имеет автоклавируемую рукоятку, в которой жестко фиксируются парные одноразовые наконечники. Метод применения не отличается от метода использования металлических инструментов аналогичного дизайна.

Не рекомендуется пользоваться стальными ручными скалерами и кюретами, ультразвуковыми и звуковыми скалерами, поскольку их применение может привести к повреждению металлических поверхностей конструкций. Однако существуют некоторые звуковые аппараты с пластиковыми насадками, которые менее травматичны [4].

Продолжается дискуссия относительно возможности применения *воздушно-абразивных систем*, поскольку это может привести к удалению защитного слоя оксида и увеличению коррозии. Воздушно-абразивная система типа Prophyflex 2 (KaVo) рекомендована к использованию для обработки имплантатов, что отражено в инструкции по применению в сочетании с различными видами порошка. Один из них — порошок на основе карбоната кальция (размер частиц — 55 мкм). Частицы сферической формы, скользят по очищаемой поверхности под углом от 10 до 60°, что способствует как увеличению площади воздействия, так и минимизирует агрессивность по отношению к твердым и мягким тканям. Таким образом, этот порошок может использоваться для очищения имплантатов. Порошок на основе гидроксиапатита (размер частиц 25 мкм) применяется для удаления биопленки из пародонтальных карманов глубиной до 3 мм, обработки придесневой части имплантатов, способствует профилактике переимплантитов.

В комплект некоторых электрических скейлеров входят насадки, которые применяются в области имплантатов и ортопедических конструкций. По материалам, из которых они изготовлены, насадки бывают тефлоновыми и углеродисто-композитными. Некоторые производители выпускают комплекты одноразовых пластмассовых насадок на рабо-

чую часть металлических инструментов, что позволяет использовать их для обработки имплантатов и ортопедических конструкций.

Одним из ультразвуковых приборов, рекомендованных для профессиональной гигиены в области имплантатов, является Vector-system (Durr Dental). Кроме того, эта ультразвуковая стоматологическая система предназначена для поддерживающей терапии воспалительных заболеваний пародонта (гигиена пародонтального кармана), удаления наддесневых зубных отложений, микроинвазивного препарирования твердых тканей зуба и финишной обработки реставраций. В системе Vector используются металлические и гибкие инструменты из модифицированных полимеров. Металлические инструменты предназначены для удаления твердых зубных отложений и полировки поверхности корня при первом приеме пациента, микропрепарировании, полировке пломб и нависающих краев реставраций. Насадки из углеродистого волокна предназначены для удаления мягкого зубного налета, для щадящего удаления зубных отложений с поверхности цемента корня и имплантатов, для полировки поверхностей при повторном приеме пациентов, а также для удаления зубных отложений с поверхности чувствительных зубов. Удаление зубных отложений с поверхности имплантатов проводят комплектом инструментов из углеродного волокна (черный) в сочетании с полирующей жидкостью на основе гидроксипатита. Последующие обработки углеродными инструментами (поддерживающая терапия) проводятся не ранее, чем через 3 месяца.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева, В. А. Рекомендации по индивидуальному уходу за полостью рта / В. А. Андреева // Современная стоматология. — 2005. — № 2. — С. 15.
2. Луцкая, И. К. Особенности индивидуальной гигиены полости рта у пациентов с имплантатами / И. К. Луцкая, О. Г. Зиновенко // Современная стоматология. — 2016. — № 2. — С. 27–31.
3. Луцкая, И. К. Методы и средства индивидуальной гигиены полости рта у пациентов с имплантатами: учеб.-метод. пособие / И. К. Луцкая, О. Г. Зиновенко. — Минск: БелМАПО, 2015. — 42 с.
4. Андреева, В. А. Средства и методы профессиональной гигиены полости рта: учеб.-метод. пособие / В. А. Андреева, Е. Е. Ковецкая. — Минск: БелМАПО, 2013. — 44 с.

УДК 613.94:614.2

### ЗДОРОВЬЕ И ПАЦИЕНТОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

*Мисюк Л. Ф.*

**Учреждение образования**

**«Гродненский государственный медицинский университет»**

**г. Гродно, Республика Беларусь**

Здоровье населения является важнейшим источником и неотъемлемым компонентом благосостояния общества, его экономического и культурного развития. Что же собой представляет понятие «здоровье»? По определению ВОЗ, здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Здоровье человека — это процесс сохранения и развития его психических и физиологических качеств, оптимальной работоспособности и социальной активности при максимальной продолжительности жизни.

По мнению академика Ю. П. Лисицина, «...здоровье человека не может сводиться лишь к констатации отсутствия болезней, недомогания, дискомфорта, оно — состояние, которое позволяет человеку вести не стесненную в своей свободе жизнь, полноценно выполнять свойственные человеку функции, прежде всего трудовые, вести здоровый образ жизни, то есть испытывать душевное, физическое и социальное благополучие» [2].

Ведущим социальным институтом, ответственным за здоровье человека, является здравоохранение — система государственных и общественных организаций по предупреждению и лечению заболеваний.

Эффективность здравоохранения оценивается по показателям, отражающим степень достижения намеченных целей по повышению здоровья населения.

Различают следующие виды эффективности здравоохранения:

1) социальная — оценивается числом сохраненных жизней, числом увеличения лиц экономически активного возраста за счет снижения заболеваемости, инвалидности и смертности;

2) медицинская — оценивается показателями здоровья населения, качества медицинской помощи в области профилактики, диагностики и реабилитации при наименьших трудовых, материальных и финансов затратах;

3) экономическая — это оптимизация затрат на медицинское обследование, экономическое обоснование мероприятий по охране здоровья, экономический анализ использования средств в здравоохранении, достижение лучшего результата при минимальных затратах финансовых и трудовых резервов.

Современный этап цивилизации привел, с одной стороны, к резкому изменению условий существования человека, с другой — к развитию сложных технологий, предъявляющих высокие требования к состоянию его здоровья. Темпы социальных, технологических, экономических и даже климатических изменений все возрастают, требуя от человека быстрой адаптации и переадаптации в жизни и деятельности. Все это является большим испытанием для человека. По своей природе он в принципе не должен болеть, так как представляет саморегулирующуюся систему. Однако в своей деятельности человек сам создал себе условия, далекие от природных, в связи с чем находится в постоянном экстремальном состоянии. Снижение функциональных резервов органов, систем, всего организма в целом, нарушение механизмов саморегуляции, реактивности и резистентности, уменьшение количества и ухудшение качества половых клеток — вот далеко не полный перечень признаков, отличающих наших современников от их предков [2]. Как следствие, возникают эпидемии хронических неинфекционных заболеваний (НИЗ), которые являются основной причиной нетрудоспособности, заболеваемости и преждевременной смертности.

Ежегодно от НИЗ умирают около 38 млн человек. И здесь лидируют сердечно-сосудистые болезни (инфаркт миокарда, инсульт), онкологические заболевания, хронические респираторные болезни (такие как хроническая обструктивная болезнь легких и астма), диабет.

Понятие «здоровье» неотделимо от понятия «образ жизни», поскольку от образа жизни человека во многом зависит его здоровье. По определению Э. Н. Вайнера (2002 г.): «Здоровый образ жизни есть способ жизнедеятельности, соответствующей генетически обусловленным типологическим особенностям данного человека, конкретным условиям жизни и направленной на формирование, сохранение и укрепление здоровья и на полноценное выполнение человеком его социально-биологических функций».

Среди медицинских работников, а также работников смежных специальностей (биологов, социологов, юристов, экономистов и др.) популярна так называемая «формула здоровья». В свое время она была разработана в СССР под руководством академика Ю. П. Лисицина и практически сразу же рекомендована ВОЗ всем государствам мира для широкого практического использования. Согласно этой формуле, доля системы здравоохранения в ответственности за здоровье населения составляет 8–12 %. Таков ее вклад, определяемый реальными возможностями. Все остальное — это образ жизни (50 %), наследственность и экология (по 20 %). Отсюда следует известный вывод, который цитируется как минимум полвека в отечественном здравоохранении: в одиночку усилия системы здравоохранения, даже очень хорошо функционирующей, к достижению ожидаемого результата (здоровое общество) привести не смогут [1].

У населения пока не сформировалась устойчивая потребность бережно относиться к своему здоровью. Даже хорошо зная, что такое здоровый образ жизни, многие люди не придерживаются его, что негативно сказывается на состоянии их здоровья. К основным факторам, влияющим на здоровье и определяющим уровень, динамику заболеваемости и смертности от НИЗ, относятся:

- психо-социальный стресс;
- нерациональное (нездоровое) питание;
- курение;
- злоупотребление алкоголем;
- недостаточная физическая активность.

Сейчас происходит много позитивных изменений в отношении человека к собственному психическому здоровью, к гармонии с самим собой. И все более важным становится влияние социума на человека, который подвергается в последнее время всевозможным катаклизмам, связанным как с природными явлениями, так и с общественными, которые имеют место по всему миру. А в итоге — стрессы. У стрессов нет различий, неважно, чем они вызваны — наводнением или, к примеру, последним финансовым кризисом. Важно другое: любые катаклизмы рано или поздно обязательно приведут к какому-либо срыву [3].

По данным ВОЗ, около 15–20 % населения планеты в течение жизни переживает хотя бы один эпизод депрессивного расстройства. Оно находится сейчас на четвертом месте среди причин заболеваемости в мире. В 2020 г. проблема может выйти на вторую позицию, уступив только сердечно-сосудистой патологии.

Поэтому благоприятный, доброжелательный, эмоциональный фон — мощное средство профилактики. Это касается и отношений в семье, и эмоций, которые человек переживает на работе. Радоваться тому, что есть и не злиться из-за того, чего нет — казалось бы, так просто. Счастливые люди редко болеют вообще и практически никогда сердечно-сосудистыми заболеваниями.

На коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь при подведении итогов работы учреждений здравоохранения за 2015 г. было отмечено, что основными задачами на 2016 г. необходимо считать межведомственное взаимодействие, направленное на создание здоровой среды обитания, на качественное питание, физическую активность, здоровьесберегающее поведение, предупреждение вредных привычек и зависимостей, социальную и медицинскую реабилитацию инвалидов и лиц, имеющих зависимости.

Кроме этого, обращено внимание на работу со здоровым пациентом — пациенториентированный подход, направленный на своевременное выявление факторов риска НИЗ, раннюю диагностику заболеваний, своевременную и качественную медицинскую помощь, активное долголетие.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Пилипцева, Н. Н. Сохранение и укрепление здоровья народа — залог величия, могущества и богатства государства / Н. Н. Пилипцева, И. С. Абельская, Т. П. Павлович // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2004. — № 2. — С. 3–7.
2. Неумывакин, И. П. Эндозкология здоровья / И. П. Неумывакин, Л. С. Неумывакина. — М.: ДИЛЯ, 2007. — С. 24–58.
3. Кузив, Т. И. Прививка от стресса / Т. И. Кузив // Медицинская газета. — 2008. — № 84. — С. 7.

УДК 616.248 - 053.2 - 07

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*Ненартович И. А.*

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

#### **Введение**

Лечение бронхиальной астмы условно можно разделить на базисную терапию и купирование приступов [1]. К сожалению, «золотой стандарт» лечения — длительное использование ингаляционных кортикостероидов (ИКС) — дает положительный эффект не у всех пациентов с астмой [2]. Известно, что обострение может развиваться по двум сце-

нариям: медленное или быстрое прогрессирование симптомов. Во втором случае остановка дыхания и смертельный исход возможны уже в первые 1–3 ч после появления первых симптомов, однако, как правило, свойственен быстрый ответ на терапию [3]. Именно поэтому крайне важно, чтобы пациент знал, каким конкретно бронхолитическим лекарственным средством он может эффективно купировать приступ. Фармацевтический рынок насыщен различными лекарственными средствами — представителями одной группы. И не всегда понятно, какой именно препарат лучше назначить конкретному пациенту. Современная медицина обращена в сторону персонификации в профилактике и лечении различных заболеваний. Но фармакогенетика мало доступна пациентам, решает не все проблемы индивидуализации лекарственной терапии. Решением частного вопроса — подбора лекарственного средства для базисной терапии бронхиальной астмы — может быть подход, основанный на оценке и анализе физиологического ответа.

### **Цель**

Оценить эффективность применения разработанных методов индивидуализированного подбора лекарственного средства для базисной терапии бронхиальной астмы, для профилактики и купирования приступов бронхиальной астмы в работе учреждений здравоохранения.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

При выполнении научно-исследовательской работы, проводимой на кафедре поликлинической педиатрии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», были разработаны методики по индивидуализированному подбору лечения для ребенка с бронхиальной астмой. Получены удостоверения на рационализаторские предложения «Способ индивидуализированного подбора лекарственных средств для купирования приступов бронхиальной астмы у детей школьного возраста» (№ 27 от 10.01.2013 г.), «Способ индивидуализированного подбора лекарственного средства для базисной терапии бронхиальной астмы у детей школьного возраста» (№ 28 от 10.01.2013 г.), «Способ индивидуализированного подбора лекарственного средства для профилактики приступов бронхиальной астмы, провоцируемых физической нагрузкой, у детей школьного возраста» (№ 29 от 10.01.2013 г.), «Способ индивидуализированного подбора комбинированного лекарственного средства для базисной терапии бронхиальной астмы у детей школьного возраста» (№ 32 от 04.04.2013 г.), подготовлена инструкция по применению [4].

Суть предложенных методов заключается в следующем:

1. В соответствии со степенью лечения астмы определяется объем терапии: монотерапия ИКС, фиксированная комбинация ИКС + бета-2-агонист длительного действия.
2. Если у пациента, которому показана монотерапия ИКС, по данным спирометрии выявлены обструктивные изменения в бронхах мелкого калибра, то для базисной терапии показан мелкодисперсный ИКС (циклесонид), в случаях вовлечения бронхов среднего и крупного калибра используют ИКС с меньшим содержанием фракции мелких частиц (флутиказон, будесонид, беклометазон).
3. Если у пациента, которому показана терапия фиксированной комбинацией ИКС + бета-2-агонист длительного действия, по данным спирометрии выявлены обструктивные изменения, то ему выполняется серия бронходилатационных тестов. Акцент здесь делается на пробы с формотеролом и сальметеролом (компоненты фиксированной комбинации). В случае фиксации ухудшения ФВД под действием 1 из этих 2 бронхолитиков либо отрицательная проба не рекомендовано использовать для длительной терапии фиксированную комбинацию с данным бета-2-агонистом длительного действия.
4. Для подбора бронхолитика для купирования приступов выполняется серия бронхолитических проб с 5 ингаляционными лекарственными средствами: сальбутамол, фенотерол, ипратропия бромид, ипратропия бромид/фенотерол, формотерол [4].
5. Для выбора бронхолитика для приступов, вызываемых физической нагрузкой, выполняется серия бронхолитических проб с 5 ингаляционными лекарственными средствами: сальбутамол, фенотерол, ипратропия бромид, ипратропия бромид/фенотерол, формотерол — и проводятся последующие пробы с физической нагрузкой.

Перечисленные методики внедрены в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь (клиника, центральные районные больницы, поликлиники). Согласно актам внедрения, подбор лекарственного средства для базисной терапии проведен 282 пациентам; подбор комбинированного лекарственного средства для базисной терапии — 267; подбор лекарственного средства для профилактики приступов бронхиальной астмы, провоцируемых физической нагрузкой — 210; подбора лекарственных средств для купирования приступов бронхиальной астмы — 386.

Во всех случаях получены только положительные результаты, сомнительных и отрицательных не было.

### **Вывод**

Разработанные способы имеют практическую значимость, используются в учреждениях здравоохранения различного уровня и этапов оказания медицинской помощи: детская поликлиника, центральная районная больница, крупная многопрофильная клиника (УЗ «Минская областная детская клиническая больница»).

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Global Atlas of Asthma. European Academy of Allergy and Clinical Immunology / C. A. Akdis [et al.]. — Zurich, 2013. — 179 p.
2. *Bhakta, N. R.* Human asthma phenotypes: from the clinic, to cytokines, and back again / N. R. Bhakta, P. G. Woodruff // *Immunol Rev.* — 2011. — Vol. 242, № 1. — P. 220–232.
3. Интенсивная терапия в пульмонологии / под ред. С. Н. Авдеева. — М.: Атмосфера, 2014. — Т. 1. — 304 с.
4. Метод выбора бронхолитического лекарственного средства у детей школьного возраста с бронхиальной астмой инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 08.06.2014 / БелМАПО; сост. И. А. Ненартович, В. Ф. Жерносек. — Минск, 2014. — 7 с.

**УДК 616.699**

## **ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ УГЛЕВОДНОГО И ЖИРОВОГО ОБМЕНОВ У МУЖЧИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

*Ниткин Д. М., Ракевич М. В., Журко П. Т., Дубовский В. Э.*

**Государственное учреждение образования**

**«Белорусская медицинская академия последипломного образования»**

**г. Минск, Республика Беларусь**

### **Введение**

В последние годы растет удельный вес развития вторичного мужского бесплодия на фоне ожирения и ассоциированного с ним метаболического синдрома. Связь между приобретенными нарушениями в углеводном, жировом обменах и мужской фертильностью не вызывает сомнений [1].

Метаболический синдром связан с нарушениями в жировом и углеводном обменах: возникновение дислипидемии, повышение уровня глюкозы и инсулина в сыворотке крови натошак [2]. Высокие уровни глюкозы и инсулина вызывают повреждение стенок сосудов, снижение синтеза тестостерона яичками и способствуют появлению значительных отклонений в параметрах спермограммы. Наличие дислипидемии приводит к снижению оплодотворяющей способности сперматозоидов [3]. Метаболический синдром влечет за собой как развитие гормональных нарушений, так и возникновение системного воспалительного ответа, который характеризуется гиперпродукцией активных форм кислорода, провоспалительных цитокинов, С-реактивного белка, лептина, фибриногена и др., что приводит к возникновению оксидативного стресса в организме и системным заболеваниям [1]. Активные формы кислорода обладают повреждающим действием для мембран сперматозоидов и ДНК, что проявляется в снижении их оплодотворяющей способности. Есть множество предположений, что существует высокий риск прерывания беременности на ранних сроках гестации, особенно когда она возникла в результате оплодотворения яйцеклетки сперматозоидом с поврежденной ДНК, а также рождения детей с генетическими аномалиями и предрасположенностью их к раку [4, 5]. Ранняя диагностика метаболиче-

ского синдрома и связанных с ним гормональных нарушений поможет предупредить развитие вторичного мужского бесплодия.

### **Цель**

Оценить основные показатели углеводного и жирового обмена в сыворотке крови здоровых мужчин репродуктивного возраста, постоянно проживающих на территории Минской области.

### **Материал и методы исследования**

Наблюдаемая возрастная группа включала 29 практически здоровых мужчин, постоянно проживающих на территории Минской области, средний возраст которых составил  $30,17 \pm 4,19$  года. Критериями отбора в исследуемую группу служили: отсутствие острых и хронических заболеваний, инфекционно-воспалительных процессов в мочеполовом тракте, нормальные показатели профиля половых гормонов, отсутствие нарушений в параметрах спермограммы, наличие 1 и более ребенка.

При проведении биохимических исследований применяли методы количественного анализа с использованием коммерческих наборов «Corma» (Польша). Анализ проводили на биохимическом анализаторе «DialabAutolyzer» (Австрия). В ходе выполнения работ определяли уровни общего белка (ОБ), общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), глюкозы, С-реактивного белка (СРБ). Инсулин определяли иммуноферментным методом с помощью набора реагентов «DRGInternational» (Германия).

Забор крови для исследования осуществляли утром, между 8 и 10 часами (до физических нагрузок и проведения диагностических процедур). В течение 8–12 часов до взятия крови исследуемый пациент воздерживался от еды и курения. Непосредственно перед взятием крови пациенту предоставляли отдых в положении сидя в течение не менее 15–30 минут. Взятие крови выполняли с использованием специальных систем — вакутайнеров.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета для анализа статистических и математических данных «Statistica» 6.0. Анализ показателей, имеющих правильное распределение, выполнен с использованием средней и стандартного отклонения.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Поскольку одной из причин метаболического синдрома является ожирение, мы в своей работе измеряли антропометрические параметры в обследованной группе пациентов, которые составили:

- масса тела, кг —  $71,08 \pm 1,20$ ;
- индекс массы тела (ИМТ),  $\text{кг}/\text{м}^2$  —  $23,24 \pm 1,57$ ;
- ОТ/ОБ, усл.ед. —  $0,86 \pm 0,02$ .

Артериальное давление у всех обследуемых мужчин не превышало 125/80 мм рт. ст.

Следующими ключевыми компонентами, характеризующими метаболический синдром, являются дислипидемия, гиперинсулинемия и повышенный уровень глюкозы в сыворотке крови натошак, которые могут оказать влияние на мужскую фертильность. Поэтому при обследовании пациентов особое внимание уделялось углеводному и липидному спектру сыворотки крови. Получены следующие результаты: уровень ОХ составил  $4,88 \pm 0,762$  ммоль/л, ТГ —  $1,03 \pm 0,42$  ммоль/л, ЛПВП —  $1,60 \pm 0,34$  ммоль/л, ЛПНП —  $3,06 \pm 0,75$  ммоль/л, глюкозы —  $5,43 \pm 0,51$  ммоль/л, инсулина —  $105,9 \pm 42,14$  пмоль/л.

Также были определены дополнительные лабораторные показатели сыворотки крови — ОБ и СРБ, которые имеют немаловажное значение при обследовании мужчин с бесплодием. Концентрация ОБ составила  $73,31 \pm 3,89$  г/л, СРБ —  $3,97 \pm 2,34$  мг/л.

### **Заключение**

Полученные нами данные биометрических параметров, концентрации глюкозы, инсулина, фракций жиров в сыворотке крови здоровых фертильных мужчин соответствуют нормам, указанным в литературных источниках и могут быть использованы для сравнения с аналогичными показателями у мужчин с установленной инфертильностью, имеющими метаболический синдром.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ожирение и метаболический синдром у мужчин / С. Ю. Калинин [и др.]. — М.: Практическая медицина, 2014. — 126 с.
2. Мужское бесплодие и инсулинорезистентность: есть ли патогенетические связи и кто, когда и как должен диагностировать и лечить? / И. А. Тюзиков [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. — 2014. — № 2. — С. 68–75.
3. Metabolic syndrome: a comprehensive perspective based on interactions between obesity, diabetes, and inflammation / P. Dandona [et al.] // Circulation. — 2005. — Vol. 111. — P. 1448–1154.
4. Роль гиперпродукции активных форм кислорода в мужском бесплодии и возможности антиоксидантной терапии (обзор литературы) / В. А. Божедомов [и др.] // Consilium Medicum. — 2012. — № 7. — С. 51–55.
5. Оксидативный стресс сперматозоидов в патогенезе мужского бесплодия / В. А. Божедомов [и др.] // Урология. — 2009. — № 2. — С. 51–56.

УДК 613.96(1-22)

**ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СЕЛЬСКИХ ШКОЛЬНИКОВ  
ОБ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ И СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ***Паулич Ю. П., Каишлей С. И., Тищенко Е. М.***Учреждение образования****«Гродненский государственный медицинский университет»****г. Гродно, Республика Беларусь****Введение**

На здоровье человека оказывает влияние целая группа различных факторов: это и наследственность, и экологическая обстановка, и уровень развития медицины. Однако наиболее существенным фактором является тот образ жизни, которого придерживается человек. Как показывает статистика, за время обучения в школе около половины детей приобретают то или иное хроническое заболевание и только 10 % выпускников полностью здоровы. В школьном возрасте закладываются основы психического и физического здоровья.

Установлена достоверная зависимость числа и характера нарушений в состоянии здоровья школьников от несбалансированного питания, курения, употребления спиртных напитков, наркотиков и других факторов риска, имеющих место в школьной среде, а также консервативных форм и методов физического воспитания, от объема и интенсивности учебных нагрузок. И это притом что, по данным различных исследований, состояние здоровья в первую очередь определяется средой и образом жизни и только на 10–15 % зависит от медицинских служб [1, 2].

**Цель**

Изучить осведомленность сельских школьников об образе жизни и состоянии здоровья.

**Материал и методы исследования**

Нами проведен опрос по специально разработанной анкете 139 учеников сельских школ, из них 57 % — мальчики, 43 % — девочки. Средний возраст учащихся —  $15 \pm 0,5$  года. У большинства школьников (87 %) семья полная. В анкету было включено 30 вопросов открытого типа.

**Результаты исследования и их обсуждение**

27 % опрошенных считают, что здоровый образ жизни (ЗОЖ) — это отказ от вредных привычек, 29 % — это занятия физической культурой, 16 % — указали на рациональное питание, 11 % учеников думают, что это оптимальный двигательный режим, 10 % — что это личная гигиена, и незначительная часть — 7 % указали на положительные эмоции. Профилактические беседы по ЗОЖ у большинства школьников — 63 % проводят учителя, у 20 % — родители, у 17 % учащихся — врачи.

Утром перед школой завтракает значительная часть учеников (79 %). В столовой питаются практически все школьники (96 %), из них половина (51 %) удовлетворена организацией питания в школе, немного меньше школьников (39 %) не совсем устраивает питание, десятая часть учеников (10 %) вовсе не удовлетворена организацией питания.

Занятия физической культурой мальчики посещают более охотно (88 %), чем девочки (72 %), также в свободное от учебы время мальчики (44 %) гораздо активнее проявляют интерес к занятиям спортом, чем девочки (25 %).

Девочки в свободное от учебы время больше увлекаются музыкой (23 %), чем мальчики (19 %). Компьютеру больше времени уделяют также мальчики — 22 %, тогда как девочки — 16 %. Такая же тенденция отмечается и по отношению к увлечению техникой: мальчики — 7 % и девочки — 2 %, а вот художественная литература привлекает больше девочек — 9 %, чем мальчиков — 2 %.

Деньги на карманные расходы дают родители большинству учеников (89 %), из них многие (62 %) копят на что-либо, почти треть (30 %) покупают в магазине сладости, немногие (8 %) тратят на проезд в общественном транспорте.

За компьютером проводят в день по 60–80 минут 38 % школьников, 26 % — по 20–30 минут, 17 % — по 30–50 минут, 19 % учеников уделяют компьютеру в сутки более 80 минут.

Около половины опрошенных — 46 % ложится спать между 22–23 часами, немного меньше — 40 % — после 23 часов и только 14 % — до 22 часов.

Родители выпивают у 27 % подростков. Папа курит практически у половины респондентов (46 %). Случаи, когда курит мама, встречаются редко, но все же есть (6 %). На момент опроса 23 % мальчиков и 10 % девочек курят. Свою первую сигарету большинство респондентов - 43 % выкурили в среднем школьном возрасте, что соответствует 5–9 классам, в младшем школьном возрасте (1–4 класс) — 35 % учеников, в старшем школьном возрасте (10–11 класс) — 22 %. Спиртные напитки основная масса опрошенных также впервые попробовала в среднем школьном возрасте (61 %), пятая часть опрошенных — в младшем школьном возрасте (20 %), почти столько же — в старшем школьном возрасте (19 %).

Почти половина анкетированных — 44 % оценили свое здоровья в 7–8 баллов, 39 % — в 9–10 баллов, 15 % учеников считают, что их состояние здоровья находится на уровне 5–6 баллов, а вот 2 % оценивают свое здоровье в 1–2 балла.

Большинство мальчиков и девочек 83,4 % занимаются в основной группе по физической культуре, 16 % — в подготовительной. По мнению почти половины опрошенных — 49 % вредные привычки оказывают негативное влияние на здоровье, в частности, для трети респондентов — это плохое питание, 11 % учащихся назвали частые ссоры в семье, десятая часть учеников указывает на другие причины (режим дня, погода, техника, компьютер).

### **Выводы**

Пятая часть школьников уделяет компьютеру в день больше времени, чем допускается врачами. Большинство учеников признает, что ЗОЖ — это отказ от вредных привычек. Не все опрошенные завтракают дома перед школой. Больше, чем у половины школьников родители курят, что оказывает негативное влияние на здоровье и образ жизни учеников. В основном в семье курит папа, в итоге основная масса курящих подростков — мальчики, берущие пример с отца. Школьники немало времени проводят за компьютером. Значительное число учеников поздно ложатся спать, что может негативно сказываться на их здоровье и успеваемость. Оценивая свое состояние здоровья по десятибалльной системе, шестая часть респондентов выбрала 6 баллов и ниже. Каждый пятый школьник занимается физической культурой в подготовительной группе. Для того, чтобы сформировать у школьника здоровый образ жизни, необходим комплексный подход по отношению к детям. Совместная работа родителей, учителей, социальных педагогов, психологов и медицинских работников может дать реальный положительный результат.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Вальчук, Э. А. Реализация конституционного права на охрану здоровья населения в Республике Беларусь / Э. А. Вальчук, Е. М. Тищенко // Медицинские новости. — 2015. — № 1. — С. 63–67.
2. Гринене, Э. Ю. Состояние здоровья и некоторые аспекты понятия здорового образа жизни подростков г. Каунас / Э. Ю. Гринене // Профессиональное гигиеническое обучение. Формирование здорового образа жизни детей, подростков и молодежи. — М., 2006. — С. 234–236.

УДК 374.7

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОДВИЖЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ  
ПОСРЕДСТВОМ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО ОБУЧЕНИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ***Пуренок М. В.***Учреждение образования****«Белорусский государственный университет физической культуры»****Институт повышения квалификации и переподготовки руководящих работников  
и специалистов физической культуры, спорта и туризма****г. Минск, Республика Беларусь**

В учреждениях образования Республики Беларусь изучается предмет «Физическая культура и здоровье», само название которого отражает понимание руководством министерств образования и здравоохранения важности не только физического развития, но и продвижения идей здорового образа жизни в молодежную среду, а значит, постепенно и во все слои общества. Однако при получении среднего и высшего образования в Белорусском государственном университете физической культуры, других вузах и средних специальных учебных заведениях, выпускающих преподавателей по данной дисциплине, упор в обучении делается именно на физическую культуру и спорт. Соответственно, выпускники не всегда обладают необходимым объемом знаний и умений по продвижению здоровья. А ведь именно им, учитывая социальную роль педагога не только как ретранслятора информации, но и авторитетного специалиста, способствующего формированию определенных установок у учащихся, отводится важная роль по приобретению навыков ЗОЖ подрастающим поколением.

Устранить данные пробелы в обучении призвано последипломное образование, осуществляемое среди прочего в Институте повышения квалификации и переподготовки руководящих работников и специалистов физической культуры, спорта и туризма Белорусского государственного университета физической культуры (ИППК БГУФК). Основные категории слушателей — учителя, в том числе работающие в специальных медицинских группах, инструкторы-методисты оздоровительной физической культуры и тренеры по различным видам спорта.

В соответствии с современными научными представлениями, квалификационными требованиями, государственными программами, с учетом образовательных запросов слушателей, выявленных по результатам осуществляемого в каждой группе входного и выходного анкетирования, профессорско-преподавательским составом ИППК БГУФК систематически проводится корректировка учебно-программной документации. Оптимизации содержания образовательных программ способствует внедренный в рамках системы менеджмента качества постоянный анализ удовлетворенности слушателей по итогам курсов. В частности, учебно-тематические планы повышения квалификации скорректированы в сторону существенного увеличения часов, отводимых на блоки «Медико-биологические основы физической культуры» и «Психолого-педагогические аспекты физического воспитания». С 2010 г. на кафедре оздоровительной и адаптивной физической культуры разработаны и внедрены в образовательный процесс оригинальные авторские учебные спецкурсы «Экогигиена физической культуры» и «Психолого-педагогические основы профилактики СПИДа, ИППП и зависимостей у учащихся».

Первый из указанных курсов призван интегрировать знания по воздействию факторов среды на организм человека, способствовать обучению методам повышения неспецифической сопротивляемости организма с использованием, в первую очередь, природных оздоровительных факторов. Для педагогов дополнительного образования, занимающихся организацией туристских походов, подготовлено вспомогательное пособие [1].

Второй из названных курсов имеет междисциплинарный характер и носит практико-ориентированную направленность. Включает следующие вопросы, рассматриваемые в формате лекции с мультимедийным сопровождением и последующего «круглого стола»:

1. Понятие здорового образа жизни, поведенческие факторы риска, принципы и компоненты ЗОЖ. Асоциальные явления в молодежной среде: причины и следствия. Сущность психологических зависимостей; химические и нехимические или поведенческие зависимости.

Отечественный (в том числе реализация соответствующих Государственных программ) и зарубежный опыт профилактики зависимостей. Проблемы полового воспитания подростков.

2. Психолого-педагогические основы формирования сознательного отношения к жизни и собственному здоровью, безопасного и ответственного поведения, противодействия аутодеструктивным проявлениям. Патологические типы воспитания. Учет индивидуальных особенностей личности. Методы и способы коррекции поведения детей и противодействия негативным поведенческим стереотипам. Формирование культуры здоровья — организационно-методические основы информационно-просветительской работы с учетом возраста, пола, уровня образования и др.

Вместе с тем в практике работы приходится сталкиваться с рядом сложностей. Так, за последние десятилетия широкое распространение получили лженаучные концепции «альтернативной» медицины с акцентом на траволечение, очистку организма от шлаков, живую воду и т. п., шарлатанские оздоровительные методики, основанные на восточных религиозно-мистических учениях. Особенно настораживает, когда их приверженцами становятся учителя, вовлекая в небезопасные практики подопечных. Под влиянием потока некритически воспринимаемой информации из многочисленных СМИ подрывается доверие к официальной медицине. Просто поразительно порой, как в людях с высшим образованием уживается смесь остаточных знаний, полученных в вузе, личных предубеждений и отголосков примитивных суеверий.

Часто не соблюдается установленная законодательством регулярность повышения квалификации (не реже, чем раз в 5 лет). Имеются случаи, когда лица, занимающиеся преподавательской деятельностью по 10–15, а то и 25 лет, ни разу не были на курсах усовершенствования. В то же время в ходе занятий, бесед, руководства выпускными работами, итогового контроля знаний мы выявили проблему недостаточных базовых знаний у большинства слушателей по анатомии, физиологии, биохимии, психологии, что частично также является причиной вышеописанной несистемности и антинаучности взглядов на здоровье человека и влияния на него различных воздействий, своеобразной интерпретации информации со стороны отдельных курсантов. Поэтому нередко приходится уделять внимание развенчанию псевдонаучных представлений относительно функционирования человеческого организма и возможностей использования оздоровительных методик.

Благодаря предоставлению современных данных, ознакомлению с передовым опытом ведущих специалистов и обсуждению в ходе дискуссии трудных вопросов повышается уровень профессиональной компетентности педагогов, ответственных за продвижение здорового образа жизни. Таким образом, правильно организованное повышение квалификации специалистов призвано в том числе помочь ликвидировать дефекты в знаниях, которые не получается устранить путем самообразования. В этом заключается компенсаторная и корригирующая функция послевузовского образования, причем изучению аспектов, касающихся здоровья, придается особое значение.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Пуренко, М. В. Природные и социальные аспекты жизнедеятельности в условиях туристского похода: учеб. пособие / М. В. Пуренко. — Минск: БГУФК, 2012. — 55 с.

УДК 004: 616.12–008.331.1

### СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ С УЧЕТОМ ИХ СОЦИАЛЬНЫХ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК

*Решетников В. А., Рюк В. В., Соколов Н. О.*

Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова»  
г. Москва, Российская Федерация

#### *Введение*

Болезни системы кровообращения и их осложнения являются наиболее частой причиной смертности и стойкой утраты трудоспособности и населения Российской Федерации [3]. Арте-

риальная гипертензия (АГ) — одно из самых распространенных заболеваний, осложнения которого нередко приводят к летальным исходам. Статистические данные свидетельствуют, что примерно у 40 % женщин и 48 % мужчин в нашей стране диагностируется повышение уровня артериального давления (АД), при этом распространенность АГ увеличивается [3, 4]. Недостаточная эффективность программ профилактики АГ у взрослого населения диктует необходимость поиска и внедрения в практику новых ранних превентивных подходов.

### **Цель**

Научно обосновать и внедрить медико-организационные мероприятия по совершенствованию профилактики и ранней диагностики артериальной гипертензии.

### **Материал и методы исследования**

Исследование проведено на базе поликлиники Красногорской городской больницы № 1 и охватывало период с 2011 по 2015 гг. Анализ уровня первичной заболеваемости населения г. Красногорска, обслуживаемого этим медицинским учреждением, проведенный на основании анализа отчетных форм, показал устойчивую тенденцию к снижению этого показателя. Оценка динамики распространенности АГ также свидетельствовала о его существенном уменьшении в течение периода наблюдения, однако в 2015 г. значение данного показателя по сравнению с 2014 г. осталось на прежнем уровне. Оценка смертности больных от причин, связанных с АГ, не выявила тенденции к снижению этого показателя в течение периода наблюдения, обращало на себя внимание и неуклонное возрастание количества случаев инсультов у больных АГ.

С учетом широкой распространенности АГ и ее осложнений большинство специалистов подчеркивают важность выявления и коррекции повышенного АД на уровне первичного звена здравоохранения [1, 2, 5]. Основным методом раннего выявления АГ является измерение и контроль АД. В настоящее время самоконтроль АД (СКАД) рекомендуется в качестве дополнительной методики в комплексной диагностике АГ и оценке эффективности антигипертензивной терапии, его преимуществами по сравнению с традиционными клиническими измерениями являются: возможность измерения АД в обычной для пациента обстановке, более высокая воспроизводимость полученных измерений, длительное наблюдение за уровнем АД на этапе диагностики АГ, при подборе терапии и на фоне подобранной терапии, активное вовлечение пациента в процесс лечения и повышение его приверженности к приему лекарственных средств, возможность диагностики «гипертонии белого халата», рефрактерной АГ, АГ у беременных, у лиц пожилого возраста и пациентов с сахарным диабетом, высокая прогностическая ценность в отношении риска развития сердечно-сосудистых и цереброваскулярных осложнений, сокращение визитов к врачу с целью контроля АД на фоне терапии, снижение стоимости обследования и лечения [1, 2]. Этот метод должен выступать в качестве важнейшего дополнительного метода оценки гемодинамики, дающим информацию об уровне АД как на этапе диагностики, так и в процессе лечения. Также СКАД является методом стимуляции и значительного повышения приверженности к лечению больных с АГ. По нашему мнению, первым шагом к планированию и реализации такого рода программ и внедрения этой системы в практику должно стать изучение реального положения дел: особенностей осуществления самоконтроля АД больными, их отношения к возможностям проведения такого контроля вне дома, а также понимания пациентами важности образовательных программ, разработанных специально для больных АГ.

На следующем этапе работы был проведен опрос 400 офисных служащих трудоспособного возраста на предмет наличия у них повышенного артериального давления. Среди опрошенных мужчин было 242 (60,5 %), женщин — 158 (39,5 %). Средний возраст респондентов составил  $45,1 \pm 9,1$  года. Все обследуемые участники эксперимента с их слов были условно здоровыми, не имели признаков тяжелых соматических и психических заболеваний, в частности, отрицали наличие сердечно-сосудистых заболеваний. Тем не менее большинство опрошенных сообщили о наличии стрессогенных факторов в процессе выполнения ими служебных обязанностей, а также длительной гиподинамии в течение рабочего дня.

Было установлено, что регулярно контролируют свое АД 1/3 респондентов, каждый третий опрошенный в последний раз измеряли АД более месяца назад. Результаты измерения показали, что о наличии повышенного и подтвержденного измерением уровня АД сообщили около 40 % опрошенных, что и было подтверждено при измерении. Однако среди тех опрошенных, которые считали, что АД у них находится в пределах нормы, доля лиц, у которых было отмечено нормальное АД, составила 66,3 %. В то же время у трети респондентов (33,7 %) АД отличалось от нормального: у 14 % — нестабильное, а в 19 % случаев — повышенное. Установлено, что максимальная доля лиц со стабильно высоким АД была характерна для возрастной группы 40–49 лет — 60,9 % случаев. Таким пациентам было рекомендовано обратиться к участковому терапевту для более тщательного обследования, также были даны рекомендации по дальнейшему осуществлению самоконтроля АД и при необходимости – коррекции образа жизни.

Полученные нами данные о результатах измерения АД у офисных служащих стали основанием для разработки предложений по внедрению самоконтроля АД в организациях и общественных местах в систему профилактики АГ у трудоспособного населения. Предложенный нами метод профилактических мероприятий может быть использован в общей программе профилактики АГ.

Реализация метода может осуществляться на различных этапах профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, а также на этапе диспансерного наблюдения за больными. Сочетание применения метода СКАД в домашних условиях, а также в течение рабочего времени в организациях и общественных местах позволяет своевременно выявить повышенное или нестабильное АД. Дальнейшее ведение больных (терапия, контроль и диспансерно-динамическое наблюдение) осуществляется в соответствии с российскими и международными рекомендациями. В отношении практически здоровых лиц проводится дальнейший контроль АД, им даются рекомендации по здоровому образу жизни.

Мы полагаем, что в организациях и общественных местах необходимо организовать широкую сеть доступных мест для самостоятельного контроля состояния здоровья с оснащением их аппаратами для измерения артериального давления, санитарно-просветительными материалами и рекомендациями, а также номерами телефонов ближайших поликлиник, больниц и других территориально ответственных лечебных учреждений. По нашему мнению, руководителям организаций и учреждений по согласованию и во взаимодействии с органами управления здравоохранением следует создать условия для измерения артериального давления на рабочих местах персонала с закупкой аппаратов для измерения артериального давления. Местным органам управления здравоохранением целесообразно организовать обучение персонала учреждения по самостоятельному измерению артериального давления с привлечением волонтеров-медиков в оздоровительных центрах, а при наличии условий — в организациях и учреждениях.

Таким образом, совершенствование условий для самоконтроля артериального давления у населения на предприятиях, в организациях и общественных местах является важным направлением профилактики артериальной гипертензии и позволяет оптимизировать персональный контроль артериального давления, способствует ранней диагностике, профилактике осложнений, контролю динамики заболевания и эффективности его лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Эффективность унифицированного пошагового алгоритма лечения для обеспечения контроля артериального давления у больных с артериальной гипертензией в амбулаторной практике: результаты исследования ПЕРФЕКТ / Е. Н. Амосова [и др.] // Сердце и сосуды. — 2014. — № 1 (45). — С. 34–44.
2. Козловский, В. И. Метод длительного самостоятельного контроля артериального давления. Фокус на повышение эффективности лечения / В. И. Козловский, А. В. Симанович // Вестник ВГМУ. — 2016. — Т. 15, № 1. — С. 63–69.
3. Оганов, Р. Г. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения / Р. Г. Оганов, Г. Я. Масленникова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2012. — № 1. — С. 5–10.
4. Решетников, В. А. Современные подходы к организации профилактических мероприятий при артериальной гипертензии / В. А. Решетников, В. В. Козлов, В. В. Роюк // Сибирское медицинское обозрение. — 2015. — № 5 (95). — С. 22–29.
5. Comprehensive approach for hypertension control in low-income populations: rationale and study design for the hypertension control program in Argentina / K. T. Mills [et al.] // Am. J. Med. Sci. — 2014. — Vol. 348 (2). — P. 139–145.

УДК 614.23

**ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ***Решетников В. А., Трегубов В. Н., Манерова О. А.,  
Козлов В. В., Микерова М. С., Соколов Н. А.***Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова»  
г. Москва, Российская Федерация**

Начавшийся в 2016 г. в России переход здравоохранения на систему непрерывного медицинского образования (НМО) был обусловлен рядом объективных факторов, к которым следует отнести: прогрессивное увеличение объема профессиональной информации; разработка новых методов диагностики и лечения заболеваний; необходимость повышения качества оказываемой медицинской помощи; внедрение профессиональных стандартов; переход на систему аккредитации специалистов; необходимость активизации самообразования и др. На этом фоне система направления медицинских и фармацевтических работников на обучение 1 раз в 5 лет, как правило, перед получением сертификата, себя уже не оправдывает и подлежит модернизации. Это послужило основанием для внедрения в российское здравоохранение новой парадигмы «От образования на всю жизнь к образованию через всю жизнь» [1, 6].

Для реализации данного направления модернизации медицинского образования Приказом Минздрава России от 18.02.2013 г. № 82 был создан Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Министерства здравоохранения Российской Федерации (<http://www.sovetnmo.ru/>), основной задачей которого является координация деятельности и оптимизация сотрудничества Минздрава России и профессиональных медицинских организаций в сфере повышения квалификации медицинских кадров, развития организационной структуры и содержания НМО. Реализуемую на практике новую модель отличают непрерывность, использование инновационных технологий (дистанционных, электронных, симуляционных, обеспечивающих доступность и удобство обучения), актуальность получаемых знаний, умений, навыков и компетенций, соответствующих потребности здравоохранения и запросу специалистов.

В системе НМО планируется установить минимальную норму образовательной деятельности врача в течение пяти лет в 250 кредитов, где 144 кредита соответствуют в часах минимальному объему дополнительных профессиональных программ повышения квалификации, из которых минимум 108 ч — в образовательной организации (не менее 50 % с использованием дистанционных технологий) и минимум 36 ч — путем участия в образовательных мероприятиях, предоставляемых медицинскими профессиональными некоммерческими организациями по специальности. Из указанных 36 ч — 16 ч набираются путем участия в аудиторных (конференции, семинары, мастер-классы и т.п.) или онлайн (вебинары, интернет-лекции) учебных мероприятиях и 20 ч — при изучении размещенных в свободном доступе электронных учебных модулей [2].

Обеспечение непрерывности в образовании в течение всей трудовой деятельности медицинских и фармацевтических специалистов на рабочих местах будет также достигаться их активным участием в самообразовании, под которым следует понимать целенаправленную познавательную деятельность, управляемую самой личностью, для приобретения системных знаний в какой-либо области медицины, науки, культуры, политической жизни и т. п. Основными источниками для самообразования всегда являлись учебники и учебные пособия по специальности, монографии, статьи в научных журналах, тезисы в сборниках научно-практических конференций и др.

В современных условиях для самообразования специалисты здравоохранения начали повсеместно использовать интернет-ресурсы, среди которых особое место занимают

массовые открытые онлайн курсы (МООК). В отличие от традиционных образовательных технологий для МООК характерны следующие особенности, которые обеспечивают их быстрое распространение по всему миру: бесплатность; простота регистрации и использования, независимо от социального статуса обучаемого; массовость; доступность из любой точки мира, где есть доступ к сети Интернет; привлечение для разработки курсов лучших специалистов из ведущих образовательных организаций; изменение роли преподавателя, который становится тьютором; возможность получения документа об окончании курса; приоритетное использование инновационных образовательных технологий; одновременная разработка учебных курсов на различных языках; развитие мотивации для самостоятельного обучения и др.

Наибольшей популярностью среди зарубежных платформ МООК сегодня пользуются «Coursera», «Udacity» и EdX, которые нередко называют «Большой тройкой МООК-провайдеров». Часть предлагаемых ими курсов переведена на различные, в том числе и русский языки. Параллельно зарубежным аналогам, число которых постоянно увеличивается, в сети Интернет размещены в свободном доступе и начинают широко использоваться в образовательном процессе русскоязычные образовательные платформы МООК: «Intuit», «Uniweb», «Eduson», «Lektorium.tv», «Univer.tv», «Universarium», «Businesslearning», «Zillion» и др. На данных платформах для организаторов здравоохранения наибольший интерес представляют МООК по менеджменту, управлению персоналом, конкурентоспособности и маркетингу, лидерству, методике разработки презентаций и подготовки к публичным выступлениям, охране труда и др.

Несмотря на перспективы использования МООК в образовательном процессе, по всему миру в среднем только 5–10 % зарегистрированных лиц их успешно заканчивают, что обусловлено следующими причинами: использование ряда платформ в коммерческих интересах; наличие значительного количества платформ, затрудняющих их выбор и полное освоение; работодатели не всегда приветствуют освоение МООК в рабочее время; до настоящего времени еще не все достаточно хорошо владеют компьютерными технологиями и не везде есть устойчивая связь в сети Интернет; выдаваемый после прохождения МООК документ учитывается не во всех организациях; разработанные курсы не могут учитывать специфику каждой специальности; большинство МООК не подвергается своевременному обновлению и др.

Учитывая данные обстоятельства, медицинским и фармацевтическим специалистам в процессе работы с интернет-ресурсами следует регулярно знакомиться с материалами, размещенными на официальных сайтах Минздрава России, департаментов (министерств) здравоохранения субъектов Российской Федерации, профильного для специалиста научно-исследовательского института; с медицинскими порталами Национальной Медицинской Палаты, Национального Интернет Общества специалистов по внутренним болезням «Интернист», информационно-образовательного портала «Univadis», Информационной поддержки медицинских руководителей «Zdrav.ru», Медпорталом; электронными медицинскими библиотеками; видеолекциями и вебинарами, размещенными на «ютуб»; а также с материалами, обсуждаемыми медицинским сообществом на профессиональных форумах и в социальных сетях, что обеспечивает интерактивный подход в образовании.

Процесс самообразования должен быть направлен не только на освоение специалистами здравоохранения новых знаний, умений и навыков, но и на профессиональное воспитание работников. Не случайно в Федеральном законе РФ от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», во 2-й статье записано, что образование представляет единый целенаправленный процесс воспитания и обучения. При этом воспитание впервые поставлено на первое место по отношению к обучению. Важность профессионального воспитания среди медицинских и фармацевтических специалистов подтверждается постулатами, изложенные в клятве врача, полный текст которой отражен в Федеральном законе РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в статье 71. Выдержав испытание временем, данная клятва и сегодня обязывает врачей в процессе их профессиональной деятельности быть честными, внимательными и заботливыми по отношению к пациенту, проявлять высо-

чайшее уважение к жизни человека, хранить врачебную тайну, благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательными и справедливыми к своим ученикам, доброжелательно относиться к коллегам, беречь и развивать благородные традиции медицины и т. д. Указанные качества могут быть сформированы у врачей только в процессе целенаправленной воспитательной работы.

В процессе самообразования профессиональное воспитание медицинских и фармацевтических специалистов может успешно достигаться посредством изучения ими произведений литературы и искусства [3]. Книгами Ю. Германа «Дело, которому ты служишь», «Дорогой мой человек», «Я отвечаю за все», «Подполковник медицинской службы», Ф. Углова «Человек среди людей: записки врача», «Сердце хирурга», «Под белой мантией», Ю. Карелина «Хроника одной больницы», Н. Амосова «Мысли и сердце», В. Вересаева «Записки врача», В. Аксенова «Коллеги», Б. Полевого «Глубокий тыл. Доктор Вера» и др. зачитывались многие поколения медицинских специалистов. Художественные фильмы режиссеров С. Герасимова «Сельский врач», В. Зобина «Дни хирурга Мишкина», В. Гаузнера «Врача вызывали», Н. Губенко «И жизнь, и слезы, и любовь», В. Сорокина «Жил-был доктор» и др. принадлежат к классике отечественного кинематографа, в связи с чем с ними должен ознакомиться каждый человек, избравшей для себя медицинскую или фармацевтическую специальность [4].

В настоящее время многие произведения монументального и изобразительного искусства оцифрованы и находятся в свободном доступе в сети Интернет, что позволяет изучать их в процессе самообразования в любое время и из любой точки мира. Полезным будет для специалистов здравоохранения знакомство с сайтами медицинских музеев, в частности, Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И.Пирогова, Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева, Российского Красного Креста, а также с виртуальными музеями: Открытие Кремля, Третьяковская галерея, Петергоф с высоты птичьего полета. С другими медицинскими достопримечательностями можно знакомиться с помощью интернет-путеводителей, которые созданы практически для каждого города.

Процесс самообразования врачей не может идти произвольно. Как и любой организационный процесс, он должен быть управляемым, для этого необходимо предусмотреть разработку каждым медицинским специалистом индивидуальной траектории самообразования — программы личностно-профессионального роста в течение года. Данная программа позволит врачам и провизорам после окончания обучения в образовательной организации на протяжении всей трудовой жизни параллельно системе НМО самостоятельно овладевать новыми знаниями и развивать необходимые для профессиональной деятельности умения и навыки [5].

Для объективного учета всех образовательных мероприятий, в которых будет участвовать специалист, в системе НМО предусмотрено комплектование им портфолио, позволяющего во время процедуры периодической аккредитации специалистов объективно оценить образовательную активность и эффективность практической деятельности аккредитуемого. В портфолио помимо мероприятий, размещенных на Портале непрерывного медицинского образования Минздрава России (<http://www.edu.rosminzdrav.ru/>) целесообразно также включать сведения об освоении медицинским и фармацевтическим работником дополнительных профессиональных программ и самообразовании.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Глыбочко, П. В. Непрерывное профессиональное образование врачей: опыт внедрения инновационных технологий / П. В. Глыбочко // Медицинское образование и вузовская наука. — 2014. — № 1 (5). — С. 5–7.
2. Свистунов, А. А. Непрерывное медицинское образование для улучшения качества медицинской помощи / А. А. Свистунов, Г. Э. Улумбекова, З. З. Балкизов // Медицинское образование и профессиональное развитие. — 2014. — № 1 (15). — С. 21–31.
3. Сокол, А. Ф. Значение литературы и искусства в становлении и гуманизации личности будущего врача / А. Ф. Сокол, Р. В. Шурупова // Сеченовский вестник. — 2013. — № 2 (12). — С. 65–69.
4. Трегубов, В. Н. Особенности проведения воспитательной работы при обучении врачей с использованием дистанционных образовательных технологий / В. Н. Трегубов // Сеченовский вестник. — 2015. — № 4 (22). — С. 49–52.
5. Трегубов, В. Н. Формирование индивидуальной траектории самообразования врача-специалиста в системе непрерывного медицинского образования / В. Н. Трегубов, Ж. М. Сизова // Медицинское образование и профессиональное развитие. — 2014. — № 4. — С. 91–99.

УДК 314.14

**ОБ УРОВНЕ ОЦЕНКИ СВЕРХСМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ***Романова А. П., Гвоздь Н. Г.***Государственное учреждение образования  
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»  
г. Минск, Республика Беларусь**

Смертность населения Беларуси на протяжении последнего столетия не только претерпела существенные изменения, но и характеризовалась рядом особенностей. Снижение прироста населения с 1986 г., обусловленное снижением рождаемости и ростом смертности, массовым оттоком населения из страны в 90-е годы стали причиной начала в стране этапа депопуляции, что характеризовало начало 3-го этапа демографического перехода. В последующие годы общий коэффициент смертности увеличивался и в 2002 г. достиг максимального значения — 14,9 ‰. Устойчивое снижение общего прироста населения с 1986 г., а с 1995 г. — общей численности населения привело к уменьшению в структуре населения лиц детского возраста [1, 2].

Системный кризис демографической сферы охватил страны СНГ в 80–90-е годы XX столетия. Быстрое старение населения в ряде бывших республик Советского Союза начало происходить в условиях новых политических реалий, перехода к рыночной экономике. Наибольшая убыль населения в период 2000–2005 гг. была отмечена в России, Украине и Беларуси. После приобретения независимости Республика Беларусь вступила в период политических, социально-экономических и культурных преобразований, которые способствовали трансформации демографического развития. За период с 1991 по 2003 гг. уровень смертности вырос на 29,5 % и составил 14,5 ‰ [3].

Несмотря на успехи медицины по внедрению высокотехнологичных методов диагностики и лечения, на фоне накопления стареющим населением одного или нескольких хронических заболеваний социальный контроль над смертностью становится все более сложным. Многие факторы риска и причины ряда заболеваний остаются предметом изучения, продолжается поиск эффективных мер по борьбе с эндогенными заболеваниями. Усилия систем охраны здоровья населения по обеспечению справедливого доступа к услугам здравоохранения, отзывчивости медицинских кадров и эффективности лечения осуществляются на фоне роста «квазиэндогенной» патологии. Приоритетом деятельности в этих условиях определена первичная профилактика заболеваний, направленная на уменьшение потребления населением алкоголя и табака, снижение травматизма, формирование культуры питания и физической активности среди населения. 2010–2015 гг. стали периодом реализации комплекса государственных программ в сфере охраны здоровья населения. В результате были достигнуты значительные успехи по улучшению медико-демографической ситуации в стране. Впервые с 1993 г. 2015 г. характеризовался практически «смыканием» показателей рождаемости и смертности. Однако, несмотря на положительную динамику рождаемости, увеличение продолжительности жизни на фоне продолжающегося старения населения, выраженного снижения показателей смертности не наблюдается [4].

Смертность как один из медико-демографических показателей отражает состояние общественного здоровья, и, прежде всего, степень истощенности жизнеспособности организмов популяции под воздействием и при взаимодействии с комплексом факторов активно меняющейся внешней среды. Ведущей проблемой общественного здоровья в течение последних десятилетий является рост смертности в Республике Беларусь, и прежде всего, сверхсмертность мужчин. В отдельные годы смертность мужчин в возрасте 20–50 лет превышала смертность женщин аналогичного возраста в 3–5 раз. Отличительной особенностью является превышение смертности сельского населения над смертностью городского населения во всех возрастных группах, в отдельные годы эта разница составляла 2,3 раза [5]. Несмотря на то, что смертность мужчин в Советском Союзе еще в 80-е годы

прошлого столетия была определена как актуальная проблема, разрыв в продолжительности жизни мужчин и женщин, составляющий 10 и более лет (особенно в молодом и среднем возрасте) и значительно превышающий аналогичный показатель в экономически развитых странах, наблюдается в России, Беларуси и Украине.

В связи с тем, что сверхсмертность мужского населения трудоспособного возраста является важной медико-демографической и социально-экономической проблемой, ее исследование имеет как научный, так и практический интерес. Термин «сверхсмертность» используется в научной отечественной и российской литературе и представляет собой оценку различий смертности разных социальных групп, и прежде всего, мужского и женского населения. Для исчисления сверхсмертности используют индекс сверхсмертности, отражающий степень этих различий (превышения) в единицах или процентах. Поиск причин гендерных различий уровня смертности, выявленных еще в XVII в. Д. Граунтом при анализе смертности населения Лондона, имеет долгую научную историю и продолжает находиться в сфере научных интересов демографов и медиков. Термин «сверхсмертность» также используется для описания сохраняющихся на протяжении последних десятилетий различий в уровне смертности городских и сельских жителей.

Тема исследования сверхсмертности является актуальной в свете приоритета государственной политики в области охраны здоровья населения: создания условий для качественного развития человеческого потенциала, здоровой и достойной жизни населения. Увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 74,6 года — один из сводных целевых показателей государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг. Эффективное достижение показателя обеспечивает научно обоснованное целевое планирование мероприятий по снижению смертности на основании результатов анализа сверхсмертности на республиканском и административно-территориальном уровнях.

Сверхпоказатель (смертности) отражает степень превышения показателя (смертности) одной группы исследования над другой, отобранных по одному признаку в пределах выбранных временных точек сравнения. При этом один из сравниваемых показателей принимается за уровень сравнения. Универсальность определения существенно расширяет возможности исследования возрастной сверхсмертности субпопуляций населения.

Выбор критерия сравнения — ключевая задача разработки метода анализа сверхсмертности. При исследовании гендерной сверхсмертности уровнем сравнения определяется уровень смертности субпопуляции мужчин. При проведении анализа сверхсмертности и определении числа избыточных смертей за 1991–2000 гг. (В. Н. Крутько, Т. М. Смирнова, 2005) были использованы одновременно несколько критериев сравнения: уровень смертности, предшествующий годам исследования, средняя величина смертности за 5-летний период, предшествующий годам исследования, наиболее благоприятный уровень смертности за 5-летний период, предшествующий годам исследования. Для обеспечения простоты исследования сверхсмертности за длительные временные периоды на республиканском и административно-территориальном уровне необходим доступный, универсальный уровень, который мог бы быть использован для проведения сравнения в каждой из изучаемых субпопуляций (групп) населения в практической деятельности руководящих работников системы здравоохранения всех уровней управления, научных работников и преподавателей, врачей-статистиков, методистов, врачей-специалистов центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья.

При разработке метода анализа сверхсмертности уровнем сравнения определен минимальный (достигнутый) уровень смертности — наименьший, достигнутый в максимально благоприятных социальных и экологических условиях уровень смертности возрастной группы за период исследования. Демографический переход, в течение которого наблюдается снижение уровня смертности — наиболее оптимальный период для установления крайних минимальных достигнутых уровней возрастной смертности. Период исследования сверхсмертности не ограничен, что существенно расширяет возможности уста-

новления минимального достигнутого уровня смертности каждой из исследуемых возрастных групп. Временные рамки исследования определяет наличие доступных данных о смертности населения, необходимых для проведения анализа, а объективной причиной уменьшения временного периода является отсутствие исходных данных. Год, в который для исследуемой совокупности населения и возрастных групп этих совокупностей был исчислен наименьший за период исследования уровень смертности, принимается за базовый (год сравнения). Разделение показателя смертности по установленному условному уровню смертности задает формирование двух компонент смертности в каждой возрастной группе, для исследования которых разработан метод определения, оценки компонент смертности и анализа компоненты сверхсмертности. Метод направлен на исследование актуальной медико-демографической проблемы — сверхсмертности населения, для реализации которого используются доступные официальные статистические материалы.

### **Выводы**

Изучение смертности является актуальным направлением медико-статистических и демографических научных изысканий. Исследование различных аспектов и особенностей смертности, выявление неблагоприятных тенденций и закономерностей направлено на создание условий для принятия научно обоснованных, эффективных решений по регулированию демографических процессов, развитию здравоохранения. Метод анализа сверхсмертности, основой которого является установление минимального (достигнутого) уровня смертности, направлен на определение путей увеличения социального контроля над смертностью.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Здравоохранение Республики Беларусь: прошлое, настоящее и будущее / В. И. Жарко [и др.]; М-во здравоохранения Респ. Беларусь. — Минск: Минсктиппроект, 2012. — 320 с.
2. Глинская, Т. Н. Особенности формирования демографической ситуации в Республике Беларусь / Т. Н. Глинская, М. В. Щавелева, Н. И. Гулицкая // Анализ и оценка эффективности управленческих решений в современном здравоохранении: материалы Респ. науч.-практ. конф. орг. здравоохран. Респ. Беларусь, Минск, 22 окт. 2009 г. / М-во здравоохран. Респ. Беларусь, Белорус. обществ. Об-ние орг. здравоохранения, Белорус. мед. акад. последиплом. образования. — Минск, 2009. — С. 113–116.
3. Смертность трудоспособного населения России и Беларуси как угроза демографическому развитию территорий / А. А. Шабунова [и др.] // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. — 2012. — № 2. — С. 108–112.
4. Рубин, Я. И. Современная демографическая проблема в Беларуси / Я. И. Рубин // Социол. исслед. — 2009. — № 2. — С. 46–51.
5. Вальчук, Э. А. Основы организационно-методической службы и статистического анализа в здравоохранении / Э. А. Вальчук, Н. И. Гулицкая, Ф. П. Царук. — Минск: Харвест, 2007. — 398 с.

**УДК 614.2–084:004**

## **МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРОДВИЖЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕСУРСОВ ЭЛЕКТРОННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Семутенко К. М.<sup>1</sup>, Шаршакова Т.М.<sup>1</sup>, Павлов Б. Б.<sup>1</sup>, Лаас Л.<sup>2</sup>, Мятлик Т.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь,**

<sup>2</sup>**Эстонский центр консультаций**

**г. Таллин, Эстонская Республика**

### **Введение**

Принцип предупреждения возникновения и развития заболеваемости населения считается одним из основных в концепции формирования национальных систем здравоохранения как в мировой, так и в отечественной практике. Реализуется он в форме профилактики заболеваемости населения, значение которой особо подчеркнуто в ряде нормативно-правовых документов Республики Беларусь. В то же время формирующаяся в стране новая экономическая обстановка предъявляет новые требования к пониманию эффективно-

сти профилактики заболеваний. Одним из немногих инструментов, реализующих эти требования, является оценка медицинской, экономической и социальной эффективности методов профилактики заболеваний, которая позволяет выделить оптимальную методику с точки зрения использования отпущенных на ее проведение бюджетных средств. В настоящее время применяется множество методов и способов проведения профилактических мероприятий среди населения. Однако следует отметить, что положительные результаты от их проведения могут быть нивелированы без повторных мер в будущем вследствие повышения показателей заболеваемости населения до уровня, предшествующего проведению профилактики. В этой ситуации актуальным становится вопрос определения оптимальной методики проведения профилактических мероприятий. При этом оптимальность следует рассматривать с точки зрения интегральных экономических, медицинских и социальных эффектов.

Также при проведении профилактических мероприятий одной из основных целей является доведение определенной информации до целевой аудитории, что заставляет учитывать источники, из которых современный человек черпает основной объем данных. А таковыми чаще всего являются сеть Интернет, телевидение и мобильные приложения смартфонов. Таким образом, в настоящее время назрела социальная и экономическая необходимость внедрения новых методов и способов профилактики заболеваний, основанных на достижениях не только современной медицинской науки, но и IT-технологий, призванных обеспечить оперативное доведение актуальной профилактической информации до целевой аудитории.

#### **Цель**

Оценить возможность и эффективность применения ресурсов электронного здравоохранения для профилактики заболеваемости населения.

#### **Материал и методы исследования**

Эстонским центром консультаций и представителями УО «Гомельский государственный медицинский университет» в рамках проекта международного сотрудничества было разработано мобильное приложение «Healthadvice» на базе операционной системы Android, а также интернет-сайт [www.healthadvice.by](http://www.healthadvice.by).

Оба ресурса создавались с целью доведения до целевых групп населения информации о профилактике распространенных и социально значимых заболеваний, о способах сохранения и укрепления здоровья, а также для сбора статистических данных об активности пользователей и для оценки эффективности проведения профилактических мероприятий с использованием ресурсов электронного здравоохранения.

Установка мобильного приложения возможна как с Play Market, так и непосредственно с компьютера; размер — менее 10 Мб.

В приложении реализованы функциональные возможности, позволяющие пользователю оценить свой индекс массы тела, характер питания, уровень физической активности и стресса, и на основе полученных данных получить информацию о мероприятиях, необходимых для сохранения и укрепления здоровья, и по профилактике ряда заболеваний.

Кроме того, приложение способно осуществить сбор статистических данных на сервере, то есть позволяет в реальном времени оценивать степень использования приложения, динамику изменения показателей пользователей, определять наиболее интересные пользователям статьи и разделы, собирать и обрабатывать данные, полученные в ходе заполнения анкет и тестов.

Приложение включает несколько основных разделов.

1. Мои данные. В этом разделе пользователь вносит данные о своем росте, весе (программа в автоматическом режиме рассчитывает индекс массы тела), показатели АД, частоту пульса.

2. Шагомер. Приложение регистрирует количество пройденных пользователем шагов и отображает процент выполнения суточной нормы физической активности в зависимости от индекса массы тела.

3. Раздел тестов. Используя данный раздел, пользователь имеет возможность оценить свой характер питания, физическую активность, уровень психологического стресса и пройти тест по здоровому образу жизни.

4. Рекомендации. Раздел, в котором представлены рекомендации по коррекции образа жизни, по снижению факторов риска развития различных заболеваний, по физической активности и т. д. Все они представлены с учетом исходных данных, введенных пользователем, например, для пациентов с различными уровнями ИМТ и АД.

5. Статьи. Здесь представлена обновляемая информация по различным актуальным медицинским вопросам, в том числе о различных заболеваниях, о здоровом рационе питания, о профилактике хронических стрессов и даже о фитнес-центрах г. Гомеля, как об одном из вариантов повышения своей физической активности.

6. Анатомическая карта. Раздел, в котором в графическом виде отображена краткая базовая информация об анатомии тела человека с активными ссылками на различные анатомические области. При этом, перейдя по ссылке, пользователь получает сведения о различных патологических состояниях, связанных с этой анатомической областью, о симптомах и основных способах лечения.

Эффективность работы приложения изучалась на 300 участниках исследования. В группу исследования входили мужчины и женщины в возрасте от 20 до 60 лет, имеющие смартфон с операционной системой Android и подключением к сети Интернет.

Каждому респонденту присваивался свой индивидуальный номер. Таким образом, личные данные участника исследования могли быть сопоставлены с присвоенным номером только врачом, проводившим исследование.

До начала работы с приложением проводилась оценка отношения исследуемого к собственному здоровью и здоровому образу жизни с помощью одного стандартизированного опросника и оценка точки зрения на качество жизни, на состояние здоровья и другие сферы жизни с помощью второго опросника; также оценивались показатели жизненно важных функций (АД, ЧСС, ЧД), рост, вес, объем талии.

После трех месяцев использования приложения повторно проводилось анкетирование и физикальное обследование в том же объеме.

Перед началом использования приложения участникам исследования выдавалась распечатанная информация о порядке пользования приложением и номер телефона для связи с врачом-исследователем в случае возникновения каких-либо вопросов.

После использования приложения в течение трех месяцев была проведена повторная оценка, в ходе которой было выявлено статистически значимое улучшение показателей отношения участников к собственному здоровью, снижение ИМТ и увеличение двигательной активности.

Нельзя сказать, что приложение является эталоном, некоторые элементы нуждаются в доработке, дополнении и изменениях с учетом мнения участников исследования, однако оно в полной мере позволяет реализовать возложенные на него функции. Средний объем просмотра информации в приложении составил 38,3 %, то есть среднестатистический пользователь ознакомился именно с таким процентом информации, представленной в приложении, что значительно превышает подобные показатели, полученные при использовании стандартных методов популяризации здорового образа жизни (20,96 %) и при проведении медицинских и стоматологических профилактических мероприятий (13,76 %). Среди участников, установивших приложение, в последующем отказалось от его использования менее 8,35 % респондентов. 16,1 % участников рекомендовали приложение для использования своим знакомым и родственникам. Шагомером в приложении пользовались 37,2 % участников.

Пользователи имели возможность сообщить свое мнение о приложении. В присланных ответах они положительно оценили простоту использования приложения и просмотра представленных материалов, правильность подобранной информации, краткость, но в то же время емкость и доступность, форм предоставления информации. Отрицательные отзывы касались проблем с установкой приложения, которые имели место в четырех случаях. В трех случаях эта техническая проблема была решена путем обновления системы Android на смартфоне. Некоторые участники задавали вопросы о том, почему нет информации по другим интересующим их медицинским вопросам.

При проведении опроса 62,8 % участников исследования ответили «Да» на вопрос «Узнали ли Вы что-то полезное для Вашего здоровья в ходе работы с приложением?». Кроме того, 42,3 % респондентов изъявили желание получить обновление и ознакомиться с дополнительной профилактической информацией. Также были получены предложения расширить тематику приложения в будущем, включив такие вопросы, как гиповитаминозы, депрессивные состояния, профилактика онкологических заболеваний, оказание первой помощи. Кроме того, некоторые женщины изъявляли желание увидеть подобное приложение, созданное специально для мужчин.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Полученные в исследовании данные показали заинтересованность пользователей в информации, касающейся здоровья, и в ряде случаев они посчитали нужным не только следовать советам и рекомендациям по профилактике заболеваний и здоровому образу жизни, но и поделиться этими данными со своими знакомыми и (или) членами семьи.

Часть участников исследования не только ознакомилась с представленной информацией, но и изменила свое отношение к собственному здоровью и хотя бы частично модифицировала образ жизни.

11 человек после работы с приложением приняли решение о прохождении внепланового медицинского осмотра, 3 участника прошли лабораторное исследование на определение содержания уровня сахара в крови.

Форму проведения профилактических мероприятий с использованием мобильных приложений можно считать оправданной, особенно с учетом экономии материальных ресурсов (печатные материалы, привлечение медицинского персонала, использование пространства СМИ или рекламного времени и т. д.).

Однако в ходе проведения исследования и в период набора людей в исследуемую группу отмечались и проблемные моменты. Некоторые из них, возможно, были связаны с менталитетом и определенным уровнем социальных опасений людей. Несколько человек отказались принимать участие в исследовании, мотивируя это своими опасениями о том, что собранные в ходе исследования данные об их отношении к собственному здоровью, данные физикального исследования и другие полученные сведения могут быть каким-то образом использованы против них.

У 6 человек, которые не смогли войти в группу исследования, имелись полнофункциональные смартфоны, однако используемый ими тарифный план не обеспечивал возможности доступа в Интернет.

4 человека сообщили о том, что они боятся устанавливать любые приложения в свой смартфон, опасаясь вредоносного и шпионского программного обеспечения.

Около 10 % лиц из группы исследования посчитали сведения, представленные в приложении, не представляющими интереса для них.

#### **Выводы**

1. Использование электронных ресурсов, в частности, мобильного приложения обеспечивает хорошие показатели доведения профилактической информации до целевой аудитории.

2. Принимая во внимание экономическую эффективность метода, необходимо рассмотреть возможность широкого применения мобильных приложений и сетевых ресурсов для профилактики заболеваний и популяризации здорового образа жизни.

3. В начальном периоде выхода электронного ресурса в общий доступ необходимо его продвижение и распространение информации о нем в СМИ, ЛПУ, на крупных объектах народного хозяйства, в учебных заведениях, общественных местах. Однако в последующем, с ростом популярности ресурс может не только не нуждаться в финансовой поддержке, но и выйти на определенный уровень монетизации и самоокупаемости.

4. Необходимо повышать интерактивность применяемых электронных ресурсов. По мнению большинства респондентов, идеальный вариант — это возможность налаживания диалога врач-пациент в реальном времени.

5. Невозможно создать статический ресурс, который будет кому-то интересен в течение длительного периода времени. Информация в приложении или на сайте должна постоянно обновляться и подаваться в интересной и легкой для восприятия форме.

6. Перед наполнением приложения профилактической информацией необходимо оценивать реальные потребности населения в информации по определенной тематике, учитывать связь с сезонными всплесками заболеваемости, эндемичность некоторых видов патологии.

7. Возможно создание электронных ресурсов для отдельных целевых групп с соответствующей тематикой и наполнением.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Семутенко, К. М. Новый подход к популяризации мужского здоровья с использованием цифровых технологий / К. М. Семутенко, И. А. Чешик, Т. М. Шаршакова // *Вопр. орг. и информат. здравоохран.* — 2014. — № 1. — С. 77–82.
2. The use of e-health and m-health tools in health promotion and primary prevention among older adults: a systematic literature review / R. Kampmeijer [et al.] // *BMC Health Serv Res.* — 2016. — Vol. 16, Suppl 5. — P. 290. — doi: 10.1186/s12913-016-1522-3.
3. Ребко, А. А. Социальная сеть как инструмент поиска объекта исследования / А. А. Ребко, К. М. Семутенко // *Вестн. мед.* — 2015. — № 2. — С. 38–41.
4. eHealth interventions for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults: a systematic review with meta-analysis / M. J. Hutchesson [et al.] // *BMC Health Serv Res.* — 2015. — Vol. 16(5). — P. 376–392. — doi: 10.1186/s12913-015-1226-8. Epub 2015 Mar 5.
5. Mitchell, J. Lessons Learned From an eHealth HIV Prevention Intervention for HIV-Negative Male Couples / J. Mitchell, J. Y. Lee, R. Stephenson // *JMIR Public Health Surveill.* — 2016. — Vol. 20, № 2(2). — С. 152.

УДК 612.014.4:159.944.4:37.091.212.7-057.875

### ВЛИЯНИЕ ХРОНОТИПА СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ НА КАЧЕСТВО СНА, СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ И УСПЕВАЕМОСТЬ

*Синкевич Е. В., Кадовб Е. В.*

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

#### *Введение*

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, здоровье — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов. Многофакторная обусловленность состояния здоровья, многообразие взаимосвязей функциональных систем, формирующих организм человека, и самого человека с окружающей средой предполагает не разрозненную, а комплексную оценку уровня здоровья по совокупности антропометрических, клинических, физиологических и биохимических показателей с учетом пола, возраста, а также социальных, климатических и географических условий [1].

Одним из важнейших условий, обеспечивающих реализацию здорового образа жизни конкретного индивидуума, является здоровотворческая мотивированность личности, способность к рефлексии на фоне приемлемого режима труда и отдыха. Разумный режим труда и отдыха должен строиться с учетом индивидуальных особенностей организма, к числу которых относится и хронотип человека. Хронотип отражает суточную динамику функциональной активности различных органов и систем организма (время пробуждения и засыпания, период оптимальной работоспособности, 24-часовой ритм артериального давления, легочной вентиляции, секреции гормонов и т. д.) [2]. Фактор времени, периодичности функций организма является таким же фундаментальным для здоровья человека, как и температурные, микробные и другие воздействия и требует должного внимания при организации условий жизнедеятельности.

Кроме питания не менее важной составляющей здорового образа жизни является сон. Он способствует укреплению и сохранению здоровья, психофизического состояния и работоспособности. Ученые утверждают, что средняя продолжительность сна должна быть

от 5 до 10 часов. Данные цифры являются усредненными, так как продолжительность сна — это сугубо индивидуальная характеристика. Она зависит от пола, темперамента, возраста, образа жизни и характера человека. Эта характеристика называется количеством сна. Но не количество, а качество сна является его основной характеристикой.

Под качеством сна понимается деление сна на две фазы — быстрый и медленный сон. Для быстрого сна характерно повышение мозговой и сердечной активности, активное движение глазных яблок, а также появление сновидений. Медленный сон является более глубоким и продолжительным. Для него характерно замедление всех процессов жизнедеятельности организма и отсутствие сновидений. Нарушение одной из фаз качества сна ведет к нарушению сна в целом.

Кроме того, качество сна оказывает влияние на режим дня: время питания, отдыха, сна для избежания чрезмерной нагрузки на организм, депрессий, нервных срывов, повышения работоспособности. Нарушение времени, частоты приема пищи и режима сна может привести к нарушению обмена веществ, недостатку макро- и микроэлементов, срыву компенсаторных систем организма и, как следствие, заболеваниям различных органов и систем организма.

Жизнь студентов-медиков полна стрессогенных, чрезвычайных ситуаций: большой объем материала, нехватка времени, отсутствие системной работы. Как результат — ухудшение работоспособности, низкая успеваемость, снижение аппетита и, как следствие, истощение, депрессия. Затрагиваются все системы организма человека: сердечно-сосудистая, нервная, иммунная т. д. Стресс может быть вызван факторами, связанными с работой, учебой или событиями в личной жизни человека [3], и является реакцией на скопившиеся проблемы, бесконечную борьбу с повседневными трудностями. Проблема стресса сложна и многогранна и ее необходимо вовремя решать.

### **Цель**

Выявить зависимость качества сна, стрессоустойчивости и успеваемости студентов Гродненского государственного медицинского университета от хронотипа.

### **Материал и методы исследования**

В 2015–2016 гг. было проведено анонимное анкетирование 200 студентов второго и третьего курса ГрГМУ в возрасте 19–22 лет, не имеющих отклонений в физическом развитии. Хронотип определяли с помощью опросника Хорна — Остберга. Для оценки психологического состояния использовали тест самооценки стрессоустойчивости. Далее результаты были обработаны с помощью пакета программного обеспечения «Statistica», 6.0.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

По характеру организации биоритмов студенты разделились следующим образом: к аритмичному хронотипу («голуби») были отнесены 50 % респондентов; к вечернему хронотипу («совы») — 40 % опрошенных; к утреннему хронотипу («жавороки») — 10 % студентов.

По качеству сна 28 % студентов были отнесены к группе с отсутствием признаков избыточной дневной сонливости, 52 % — к группе умеренной дневной сонливости, 14 % — значительной дневной сонливости, 6 % — резкой дневной сонливости.

Способность противостоять негативным эффектам стресса получила название «стрессоустойчивость». Среди механизмов адаптивного реагирования, формирующих стрессоустойчивость человеческого организма в неблагоприятных климатогеографических, социальных, профессиональных и техногенных условиях среды, выделяется и индивидуальная конституционально обусловленная временная организация функционирования организма человека (хронотип).

По стрессоустойчивости у 61 % респондентов выявлен удовлетворительный ее уровень; 17 % опрошенных обладают хорошей стрессоустойчивостью, 13 % — плохой и 9 % — отличной стрессоустойчивостью.

Проанализировав уровень стрессоустойчивости по хронотипам, получили следующие результаты: среди студентов с вечерним хронотипом 52,7 % обладают удовлетворительной стрессоустойчивостью, 20 % — хорошей, 14,6 % — плохой и 12,7 % — отличной стрессоустойчивостью.

Среди опрошенных с аритмичным хронотипом данные распределились следующим образом: 63,8 % «голубей» имеют удовлетворительный уровень стрессоустойчивости, 17,4 % — хороший, 11,6 % — плохой и 7,2 % — отличный результат стрессоустойчивости.

Из группы утреннего хронотипа 66,7 % студентов обладают удовлетворительной стрессоустойчивостью и по 16,65 % были с отличным и хорошим показателем стрессоустойчивости.

Проанализировав данные об успеваемости опрошенных студентов по итогам зимней сессии 2015–2016 учебного года, получили следующие результаты: по 29,4 % студентов-медиков имеют средний балл 8,0–8,9 и 6,0–6,9, у 23,5 % этот балл равен 7,0–7,9, на «отлично» сессию сдали 11,8 % (9,0–9,9) и более низкий уровень сдачи экзаменов регистрировался у 5,9 % респондентов (5,0–5,9).

Проанализировав данные об успеваемости опрошенных по группам с различным уровнем стрессоустойчивости, получили следующие результаты:

— у 41,7 % студентов из группы с отличной стрессоустойчивостью средний балл равен 7,0–7,9; у 33,3% — высокий уровень успеваемости и балл сдачи экзаменов — 9,0–9,9; у 16,7 % этой группы студентов ниже среднего — 6,0–6,9 и у 8,3% он равен 5,0–5,9;

— средний балл половины опрошенных с хорошей стрессоустойчивостью составил 8,0–8,9; чуть ниже этот результат у 27,3 % студентов — 7,0–7,9; у 18,2 % студентов данной группы максимальный результат по итогам сессии — 9,0–9,9, а 4,5 % получили оценки 5,0–5,9;

— в группе с удовлетворительной стрессоустойчивостью 31,6 % студентов закончили зимнюю сессию со средним баллом 8,0–8,9; ниже оценки у 30,4 % — 7,0–7,9; максимальный результат имеют 19 % — 9,0–9,9 и 5,1 % получили оценки 5,0–5,9.

#### **Выводы**

1. При анализе полученных результатов была установлена зависимость качества сна, стрессоустойчивости и успеваемости опрошенных студентов-медиков от хронотипа.

2. Для повышения работоспособности и увеличения стрессоустойчивости необходимо соблюдать режим дня, правильно расставлять приоритеты, организовывать физический и умственный труд, вести здоровый образ жизни.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Балбатун, О. А. Методы диагностики и значение хронотипов человека / О. А. Балбатун // Медицинские знания. — 2011. — № 1. — С. 24–26.
2. Доскин, В. А. Ритмы жизни / В. А. Доскин, Н. А. Лаврентьева. — М.: Медицина, 1991. — 176 с.
3. Иванова, Л. Ю. Студенты: поведение как фактор риска для здоровья: система воспитания в высшей школе / Л. Ю. Иванова, Г. А. Иващенко, Т. П. Резникова. — М.: ФИРО, 2011. — 80 с.
4. Розенфельд, Л. Г. Здоровье студентов по данным субъективной оценки и факторы риска, влияющие на него / Л. Г. Розенфельд, С. А. Батрымбетова // Здравоохранение Российской Федерации. — 2008. — № 4. — С. 38–39.

УДК 613.221: 641.56

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТАВА ОВОЩНОГО ШОРЕ РАЗЛИЧНЫХ ТОРГОВЫХ МАРОК, ИСПОЛЬЗУЕМОГО В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ПРИКОРМА ДЕТЕЙ ОТ 6 МЕСЯЦЕВ**

*Синкевич Е. В., Спичка Л. Л., Наумов А. И.*

**Учреждение образования  
«Гродненский государственный медицинский университет»  
г. Гродно, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Известно, что одним из условий охраны здоровья ребенка является качественное, полноценное питание в раннем возрасте, которое способно обеспечить гармоничное развитие организма ребенка и сохранность его здоровья, устойчивость к вредным факторам окружающей среды.

Прикорм — это пища животного или растительного происхождения, которая постепенно заменяет грудное молоко (молочные смеси) и способствует переводу ребенка на питание «взрослого типа». Введение прикорма удовлетворяет возросшие потребности ребенка в пищевых ингредиентах, энергии, витаминах и минералах, кроме того, своевременное ведение прикорма способствует формированию жевательного аппарата и адекватных вкусовых привычек [1, 3].

Всемирная организация здравоохранения после нескольких больших исследований питания малышей по всему миру дала рекомендации по прикорму, которые вполне согласуются с взглядами большинства опытных матерей.

По формулировке ВОЗ, введение прикорма — это кормление грудных детей продуктами и жидкостями в дополнение к грудному молоку или адаптированной смеси. Сначала дети получают пищу переходного периода — это продукты для прикорма, специально предназначенные для удовлетворения специфических потребностей грудного ребенка, затем настает время пищи с семейного стола. Дети физически способны потреблять продукты с семейного стола к возрасту одного года, после чего эти продукты больше не нужно модифицировать для удовлетворения особых потребностей грудного ребенка [1–3].

Цель прикорма состоит в том, чтобы обеспечить малышу дополнительное количество энергии. А поскольку желудочек у него еще невелик, то при энергетической ценности ниже, чем у грудного молока получается, что ребенок, наоборот, теряет в энергии и пищевых веществах. Поэтому продукты для прикорма должны иметь высокую плотность энергии и микронутриентов, и давать их нужно маленьким количеством и часто.

После полугодового возраста ребенку начинает не хватать таких веществ, как железо и цинк. Поэтому в качестве первого прикорма рекомендуются каша или овощи, в которых железо и цинк находятся в достаточно легко усвояемых формах. Если ребенок плохо набирает вес или у него жидкий стул, лучше начать с каш, если же малыша чаще крепит, то начинать стоит с овощей.

Что касается использования в качестве первого прикорма овощных пюре, то следует начинать с однокомпонентных продуктов, обладающих низким аллергенным действием: кабачка, цветной капусты или брокколи. Эти пюре не должны содержать сахара, молока, соли, крахмала и других нежелательных составляющих.

Готовый прикорм дает два главных преимущества: быстроту приготовления и стерильность. Это удобно в условиях цейтнота, и риск пищевого отравления в поездке или просто на длительной прогулке отсутствует. К тому же производители детского питания подчеркивают, что сырье для него проходит самый тщательный санитарно-гигиенический контроль, что гарантирует химическую и микробиологическую безопасность.

Для приготовления прикормов в промышленных условиях часто используют экзотические фрукты, которые в наших климатических условиях не произрастают. Иными словами, ребенок имеет возможность попробовать их только благодаря пищевой промышленности. Часто готовые прикормы обогащены витаминами, микроэлементами и даже пре- и пробиотиками, облегчающими усвоение продуктов в кишечнике [2, 3].

Вероятно, разумнее всего сочетать преимущества домашней кухни и прикормов промышленного производства в зависимости от требований момента и возможностей семьи.

На полках белорусских магазинов немало разнообразных детских овощных и фруктовых пюре как отечественного, так и иностранного производства.

Сегодня очень многие родители предпочитают приобретать детское питание иностранного производства, которое в большинстве своем дороже отечественных аналогов.

Полноценной заменой дорогому зарубежному пюре является продукция белорусского предприятия «Беллакт». При этом ее цена в два раза ниже, чем у самой дешевой от зарубежных производителей, да и по качеству к «Беллакту» у родителей больших претензий нет. Данное отечественное предприятие выпускает для вскармливания здоровых детей широкую линейку овощных и фруктовых пюре, сочетающих в себе высокое качество и доступность [1–3].

**Цель**

Сравнить состав первого прикорма (овощное пюре) для детского питания различных торговых марок, реализуемого на территории Республики Беларусь, а также выявить факторы, влияющие на выбор продукции.

**Материал и методы исследования**

Анализ состава овощного пюре для детского питания фирм «Беллакт» (Беларусь), «Бабушкино лукошко» (Россия), «Гербер» (Польша) по информации производителей, размещенной на этикетках продуктов; анкетирование матерей, которые приобретали овощные пюре хотя бы одной из вышеперечисленных торговой марки (100 человек).

**Результаты исследования и их обсуждение**

Для анализа состава овощного пюре для детского питания фирм «Беллакт», «Бабушкино лукошко», «Гербер» нами был выбран однокомпонентный продукт из цветной капусты.

Цветная капуста — это гипоаллергенный продукт, содержащий нежную растительную клетчатку, не раздражающую слизистую кишечника, и целый комплекс витаминов (С, Е, РР) и минералов (калий, фосфор, железо, магний, йод), необходимых для растущего организма. Поэтому цветная капуста рекомендована педиатрами для первого прикорма малыша.

В ходе проведенного анализа овощных пюре фирмы «Беллакт» (Беларусь), «Бабушкино лукошко» (Россия), «Гербер» (Польша), установлено, что все они — гомогенизированы, изготовлены без использования генетически модифицированных ингредиентов, искусственных консервантов, красителей и ароматизаторов, а так же без добавления крахмала, сахара и соли. Что касается количества макронутриентов в их составе, то оно примерно одинаково и колеблется в следующих пределах: углеводы — от 3,1 г («Гербер» (Польша)) до 4,2 г («Бабушкино лукошко» (Россия)); белки — от 1,3 г («Гербер» (Польша)) до 2 г («Беллакт» (Беларусь)); жиры — от 0 («Беллакт» (Беларусь)) до 0,2 г («Гербер» (Польша)). Энергетическая ценность пюре из цветной капусты данных торговых марок имеет следующие значения: «Беллакт» — 10 ккал, «Бабушкино лукошко» — 17 ккал, «Гербер» — 19 ккал. Все эти продукты богаты витаминами, микроэлементами и пищевыми волокнами, в них нет токсинов и пестицидов. В овощных пюре торговых марок «Беллакт» и «Гербер» много, по меркам овощного пюре, витамина С — 14 мг/100 г и 22 мг/100 г соответственно (4–6 месячный малыш должен получать витамина С не меньше 35 мг/сутки), а вот пюре «Бабушкино Лукошко» этот показатель значительно ниже и равен 5,5 мг/100 г. Витамин С очень важен для нормального метаболизма растущего организма, развития иммунной системы и усвоения железа. Его недостаток может привести к слабости кровеносных сосудов и появлению кровотечений.

Еще одним, немаловажным компонентом прикормов для детей с 6 месяцев жизни является железо. Известно, что профилактикой ЖДА у детей первых месяцев жизни является исключительно грудное вскармливание до 4–6 мес. Концентрация железа в женском молоке составляет всего 0,2–0,4 мг/л, однако абсорбция железа из него достигает 50 %, что обеспечивает потребность ребенка первых 4–6 мес. К моменту удвоения массы тела ребенка (5–6 месяцев) антенатальные запасы железа в его организме истощаются. Включение в питание детей продуктов прикорма, обогащенных железом (фруктовые соки, фруктовые и овощные пюре, инстантные каши), заметно повышает количество железа, поступающего с пищей в организм ребенка. По содержанию железа в 100 г пюре из цветной капусты, продукт торговой марки «Беллакт» превосходит свои аналоги: в прикорме содержание железа составляет 1,2 мг/100 г, что составляет примерно 17 % от суточной нормы шестимесячного ребенка (суточная потребность детей 4–6 месяцев — 7,0 мг). В пюре торговой марки «Гербер» содержание железа в 100 г продукта составляет 8 % от суточной нормы шестимесячного ребенка, а в идентичном количестве продукта «Бабушкино Лукошко» — всего лишь 4 % от дневной нормы. Недостаточное потребление железа может привести к гипохромной анемии, повышенной утомляемости, миокардиопатии, атрофическому гастриту и ряду других проблем со здоровьем.

В ходе проведенного анкетирования мам, дети которых уже получают прикормы, выяснилось, что 34 % из них отдают предпочтение пюре торговой марки «Беллакт», а 63 % —

используют для этих целей импортные продукты: чаще всего «Нестле». На вопрос «Почему вы решили использовать пюре именно этой торговой марки?» ответы распределились следующим образом: 36 % опрошенных для кормления ребенка применяют тот или иной продукт по рекомендации участкового педиатра, 32 % — полагаются исключительно на свою интуицию, 23 % женщин делают свой выбор по информации, дающейся в СМИ и 9 % — доверяют советам подруг. Покупая продукты питания для своего ребенка, матери учитывают такие аспекты, как доступность (36 %), цена (28 %), качество (25 %), но в то же время, для 11 % респондентов основополагающим критерием, влияющим на их выбор, является бренд.

### **Выводы**

1. Овощное пюре торговых марок «Беллакт» (Беларусь), «Бабушкино лукошко» (Россия), «Гербер» (Польша) по информации производителей, данной на этикетках продуктов, являются качественными, сбалансированными продуктами и могут быть рекомендованы для питания детей с 6 месяцев в качестве первого монокомпонентного прикорма.

2. Отечественное предприятие «Беллакт» представляет широкую линейку овощных, фруктовых и мясных пюре для питания детей, которые характеризуются безопасностью сырья и конечного продукта, хорошими микробиологическими качествами, стабильностью состава, обеспечивающего определенную долю ежедневной потребности ребенка в пищевых ингредиентах и энергии, а также сбалансированностью уровня микронутриентов и витаминов и сочетают в себе высокое качество и доступность.

3. 34 % опрошенных нами матерей, дети которых получают прикормы, отдадут предпочтение продукции отечественного предприятия.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Василевский, И. В. Современные подходы к оптимизации питания детей раннего возраста / И. В. Василевский // Медицинские знания. — 2014. — № 5. — С. 3–10.
2. Мазурин, А. В. Препевтика детских болезней / А. В. Мазурин, И. М. Воронцов. — СПб.: Фолиант, 2009. — 908 с.
3. Влияние характера вскармливания на первом году жизни на некоторые показатели здоровья детей в раннем возрасте / Т. Н. Сорвачева [и др.] // Вопросы питания. — 2001. — № 4. — С. 27–30.

УДК 612.67:616-082:614.253.1

## **РОЛЬ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СТАРЕНИЯ**

*Слободская Н. С.*

**Учреждение образования  
«Гродненский государственный медицинский университет»  
г. Гродно, Республика Беларусь**

Проблема оптимизации оказания медико-социальной помощи лицам старшего возраста становится в настоящее время весьма актуальной во всем мире. Изменения демографической ситуации последних десятилетий характеризуются увеличением числа лиц пожилого и старшего возраста, при этом темп прироста доли лиц старшего возраста значительно выше, чем популяции в целом. В Республике Беларусь число лиц старше 65 лет приближается к 15 %. Более половины пациентов, обращающихся за медицинской помощью, составляют лица пожилого и старческого возраста. В связи с этим перед врачами стоит задача продления активной жизни этих пациентов с минимальными потерями от расстройств, соответствующих возрасту, и снижения высокой заболеваемости в этой возрастной категории.

Под явлением старения понимаются все морфологические, биохимические, функциональные и психические изменения, возникающие в результате влияния времени на организм. Еще под старением подразумевают постепенное снижение способности организма к адаптации. В связи с конкретными особенностями адаптационных возможностей организма на каждом этапе его развития создаются свои предпосылки к развитию какой-либо возрастной патологии. Однако, наряду со старением в организме действует процесс вита-

укта, направленный на стабилизацию жизнедеятельности организма, повышение его надежности, предупреждение повреждения живых систем и увеличение продолжительности жизни. Поэтому все больший акцент необходимо делать на профилактическую работу, которая предполагает повышение внимания к здоровому человеку, чтобы предотвратить у него возникновение заболеваний и преждевременное старение. Приоритет персонализированной профилактики имеет большое значение и в гериатрии. Выявление факторов риска, своевременная коррекция старческой астении, эффективное лечение имеющихся заболеваний позволяют добиться повышения качества жизни и долголетия у пациента старшего возраста. Врач общей практики, имея длительный контакт с пациентом, учитывая комплекс семейно-экологической обстановки, определяет программу индивидуальной диспансеризации. При этом профилактические мероприятия должны быть направлены на донологическую диагностику заболеваний у конкретного пациента.

Персонализированная профилактика позволит эффективнее предупреждать многофакторные болезни, то есть большинство болезней человека (около 98 %), в том числе главные неинфекционные заболевания, в первую очередь атеросклероз, гипертоническую болезнь, онкологические заболевания, сахарный диабет, составляющие 75 % заболеваемости [1]. Такая программа должна включать лабораторные исследования, функциональные тесты и инструментальную диагностику для каждого конкретного пациента. Необходимо помнить, что функциональные нарушения подлежат обязательной профилактической коррекции, при этом они могут не иметь клинических последствий и быть обратимыми. Отсутствие превентивных мероприятий приводит к развитию дисфункции и далее — к появлению симптоматики. Индивидуальная диспансеризация, независимо от наличия или отсутствия у пациента какой-либо соматической патологии, должна включать рекомендации по организации здорового образа жизни, снижающего прогрессирование имеющихся заболеваний и предотвращающего преждевременное старение.

Общепризнано, что важную роль в долголетию человека играет образ жизни, а физическое здоровье — один из существенных факторов, определяющих образ жизни. Важнейшими факторами образа жизни, обеспечивающими здоровье и активное долголетие являются рациональное сбалансированное питание и регулярные физические нагрузки. Статус питания относится к числу интегральных и репрезентативных показателей здоровья. Он также, как и состояние здоровья, относится к динамичным явлениям, которые подвержены изменениям в связи с постоянным взаимодействием организма с окружающей средой [2]. О важности правильного питания свидетельствует новое метаболическое направление в профилактике заболеваний, которое появилось в результате многочисленных научных исследований. Неадекватное несбалансированное питание может стать отправной точкой многих заболеваний пищеварительной, сердечно-сосудистой, эндокринной и нервной систем. Путем изменения характера питания можно воздействовать на обменные процессы и адаптационно-компенсаторные возможности организма, замедлив темпы старения. Поэтому вопросы правильного питания пациента всегда должны находиться в центре внимания врача.

Основными принципами геродиететики являются: профилактическая направленность, энергетическое и химическое соответствие рациона возрастным изменениям обмена веществ, разнообразие продуктового набора для полноценного обеспечения незаменимыми пищевыми веществами, правильный режим питания с более равномерным распределением пищи по отдельным приемам; температура пищи не должна быть слишком горячей или слишком холодной. Предпочтение следует отдавать легкоперевариваемым, легкоусвояемым продуктам.

Согласно собственным исследованиям, питание лиц старших возрастных групп, проживающих в западных регионах Беларуси, является несбалансированным по ряду пищевых нутриентов, дефицитным по поступлению многих витаминов и минералов [3, 4]. В рационе лиц старшего пожилого и старческого возраста преобладает пища, содержащая большое количество животных жиров, мучных продуктов, простых сахаров. В то же время

потребление растительных жиров, фруктов и овощей недостаточное. Такое питание способствует нарушению обмена веществ, развитию атеросклероза, артериальной гипертензии, сахарного диабета, заболеваниям опорно-двигательного аппарата, а также росту числа лиц с избыточной массой тела и ожирением, что также является фактором риска ряда заболеваний. В рационе пожилого человека необходимо присутствие в равных долях животного и растительного белка, причем 30 % должны составлять белки молочных продуктов, в первую очередь, творог и сыр. Очень важным является потребление сложных углеводов, содержащих клетчатку и пектиновые вещества, которые способствуют активации моторики кишечника, что является мерой профилактики дивертикулеза и злокачественных новообразований. Однако для здоровых людей старшего возраста нет запрещенных продуктов и блюд, а только более или менее предпочтительные.

Регулярная физическая нагрузка является еще одним важным фактором здоровья и долголетия. Те, кто с возрастом начинают резко ограничивать свою физическую активность, полагая, что этим они оберегают свое здоровье, занимают неправильную позицию. У человека в пожилом и старшем возрасте оптимальный уровень двигательной активности способствует сохранению достаточно высоких показателей обмена веществ и энергии, сохранению тонуса мышц, снижению интенсивности патологических процессов, улучшению кровоснабжения органов. Организм должен работать, чтобы замедлить процесс старения. Изучение качества жизни пациентов с хронической сердечной недостаточностью показало его прямую зависимость с их мышечной силой и двигательной активностью [5]. Однако следует учитывать, что с возрастом способность к физической нагрузке снижается, поэтому для лиц пожилого и старческого возраста необходимы нагрузки средней и малой интенсивности. Существует концепция постепенного нарастания физической активности и ее интеграции в повседневный образ жизни. Предпочтение следует отдавать гигиеническим и естественным факторам оздоровления, которые легко могут быть дозированы. Специальные комплексы физических упражнений могут направленно воздействовать на различные группы мышц, восстанавливать координацию движений, кроме того, их можно дозировать по времени и нагрузке. В общеоздоровительных целях используются дозированная ходьба, прогулки на лыжах, езда на велосипеде, плавание. Рекомендуются игра в бадминтон, городки, теннис, которые улучшают настроение, дают заряд бодрости. Необходимо помнить, что регулярные физические нагрузки являются важным фактором профилактики ожирения.

Таким образом, роль врача общей практики в профилактике преждевременного старения и стимуляции активного долголетия заключается в индивидуальном подходе к каждому пациенту старшего возраста, постоянному диспансерному наблюдению за ним с модификацией образа жизни, первостепенными факторами которого являются рациональное сбалансированное питание и регулярные физические нагрузки. При этом необходимо учитывать, что для улучшения качества жизни пожилых людей необходимо повышение их информированности о возможностях и принципах здорового образа жизни и активного долголетия.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов, В. С. Персонализированная медицина: ожидания, разочарования и надежды / В. С. Баранов // Вестн. РАМН. — 2011. — № 9. — С. 27–35.
2. Персонализированная профилактика / Х. Х. Лавинский [и др.] // Terra Medica. — 2015. — № 3. — С. 9–13.
3. Потребление с продуктами питания витаминов и минералов жителями западного региона Беларуси / Н. С. Слободская [и др.] // БГМУ: 90 лет в авангарде медицинской науки и практики: сб. науч. тр. — Минск, 2014. — Вып. IV. — С. 271–274.
4. Сбалансированность питания и содержание липопротеидов в плазме крови у женщин с артериальной гипертензией / Н. С. Слободская [и др.] // Медицинская панорама. — 2014. — № 7(151). — С. 29–32.
5. Взаимосвязь качества жизни и показателей мышечной силы у пациентов с хронической сердечной недостаточностью / А. С. Морголь [и др.] // Вопросы экспериментальной и клинической физиологии: сб. науч. тр., посвящ. 100-летию со дня рождения Аринчина Николая Ивановича. — Гродно: ГрГМУ, 2014. — С. 222–225.

УДК 616.3/34-084:613.84

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ КУРЕНИЕМ***Смирнова Л. М.***Учреждение образования  
«Гродненский государственный медицинский университет»  
г. Гродно, Республика Беларусь**

Здоровый образ жизни — кардинальная задача сегодняшнего дня. Для ее решения важное значение имеет организация борьбы с разнообразными факторами риска, среди которых одним из наиболее серьезных является курение. Так, в структуре заболеваемости в Беларуси 63 % всех неинфекционных заболеваний обусловлены именно курением.

По данным Министерства статистики и анализа РБ, курят 54,4 % мужчин, а в возрасте 30–39 лет количество курящих составляет 64,8 % среди мужчин и 14,9 % — среди женщин. По данным ВОЗ, ежедневно во всем мире табак убивает 5 млн человек. Согласно прогнозам, к 2020 г. табак станет ведущей причиной смерти 10 млн человек во всем мире. Воздействию компонентов табачного дыма подвергаются не только курящие, но и некурящие люди, вдыхание загрязненного табачным дымом воздуха, то есть «пассивное курение» способствует развитию у некурящих заболеваний, свойственных курящим. Курение вызывает функциональные и органические изменения органов пищеварения. Воздействие компонентов табачного дыма на слизистую рта происходит как непосредственно, так и опосредованно: когда эти вещества после ряда превращений в организме курильщика поступают с током крови в слюнные железы и выделяются ими в полость рта, разрушительное действие усугубляется и тепловым эффектом, так как температура тлеющего табака составляет 300 °С. У хронических курильщиков разрушаются зубы, в связи с недостатком витамина С возникает заболевание десен [1].

На особом месте среди болезней, связанных с курением, находятся злокачественные образования. На 58-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (7 апреля 2005 г.) отмечено, что помимо рака легких отмечен рост рака полости рта: десен, мягкого неба, губ, миндалин. Такая же тенденция наблюдается в Беларуси. Табачный дым и содержащиеся в нем продукты отрицательно воздействуют на пищевод. Вместе со слюной часть продуктов табака заглатывается, раздражая пищевод. Риск заболевания раком пищевода у курящих в 7 раз выше, чем у некурящих. Сочетанное воздействие никотина и алкоголя способствуют гиперплазии и повышению функции желез пищевода. При курении нижний сфинктер пищевода расслабляется, что приводит к забросу содержимого желудка в пищевод, развивается гастро-эзофагеальный рефлюкс и как результат — содержимое вызывает воспаление слизистой — эзофагит, при длительном стаже курения это может привести к раку [2]. Курение также способствует усилению гастродуоденального рефлюкса желчи, повреждающей слизистую желудка. Курящие примерно в 2 раза чаще и дольше болеют язвой желудка: между курением и язвой желудка существует тесная связь. Механизм влияния курения на развитие язвы сложен, в его основе лежит усиленная продукция адреналина и временная ишемия; повышенное выделение желудочного сока и соляной кислоты. Никотин не только повышает риск развития пептической язвы, но и препятствует ее заживлению даже при правильном и интенсивном лечении. Учащение острых кровотечений и прободений пропорционально интенсивности курения и количеству выкуриваемых сигарет в день.

По распространенности в мире рак желудка занимает четвертое место после рака легких, груди, кишечника. Поскольку в сигарете относительно малые дозы никотина, отравление ими происходит постепенно. Значительное содержание в табаке продуктов его переработки — канцерогенных веществ определяет тесную связь курения и развития онкологических заболеваний. Кроме того, 20 сигарет в день равноценны облучению в 500 рентген [3].

Вместе с табачным дымом в организм попадает более 4000 вредных компонентов. Наиболее опасны угарный газ, цианиды, диоксид азота, формальдегид. Это как «бомба замедленного действия», ежедневно разрушающая организм. Длительное курение вызывает поражение поджелудочной железы вследствие склерозирования соответствующих артерий, с другой стороны — вещества, содержащиеся в дегте, образующиеся при курении, оказывают токсическое влияние на ткани поджелудочной железы, они автоматически запускают химическую реакцию на выработку ферментов, вызывают спазм фатерова соска и панкреатический сок не может поступать в двенадцатиперстную кишку. Никотин тормозит панкреатическую секрецию бикарбоната, способствуя снижению способности к нейтрализации соляной кислоты желудка; увеличивает рефлюкс дуоденального содержимого в желудок, что имеет важное значение в поражении последнего желчными кислотами и другими компонентами содержимого двенадцатиперстной кишки. В результате этих изменений в поджелудочной железе происходит кальцификация, а снижение активности трипсина усиливает риск внутрипротоковой активности ферментов, в несколько раз возрастает вероятность развития рака поджелудочной железы. [4]. У заядлых курильщиков панкреатит диагностируется в 5 раз чаще, чем у некурящих, на 58 % чаще возникают рецидивы, сроки реабилитации увеличиваются в 2 раза, риск развития осложнений растет пропорционально количеству выкуренных сигарет. Токсические продукты, содержащиеся в табаке, отрицательно сказываются и на функциях печени (она выполняет около 500 функций). Ежеминутно в ее клетках происходит почти 20 млн химических реакций. Потенциально печень обеззараживает токсические вещества, нейтрализует, превращая в водорастворимые соединения. Никотиновая и синильная кислоты проходят через гепатоциты и вызывают склероз сосудов печени. При длительном употреблении табака постепенно происходит истощение дезинтоксикационных механизмов печеночных клеток. Курение считается одной из главных причин развития цирроза печени, почти 70 % больных раком печени — злостные курильщики.

Влияние курения на кишечник не меньше, чем на вышеперечисленные органы желудочно-кишечного тракта. Функциональные и органические изменения, обусловленные токсическими продуктами, содержащимися в табаке, начиная с ротовой полости, опосредованно вовлекают в разрушительный процесс желудок, поджелудочную железу и печень. Действие никотина осуществляется и через нервную и кровеносную систему. Сказывается и характер питания: отсутствие достаточного количества клетчатки в пище, употребление рафинированных продуктов. В результате длительного воздействия повреждающих факторов, включая курение, развивается дисплазия кишечника и как результат — онкологическое поражение. В последние десятилетия заболеваемость раком толстой кишки значительно выросла. В структуре онкопатологии у женщин рак занимает 2-е место, у мужчин — 3-е. Опасность развития колоректального рака увеличивается с возрастом: до 65 лет — 19 случаев на 100 тыс. населения, после 65 — 377 случаев. Ежегодно в мире его выявляют у 1,2 млн человек, 700 тыс. — умирают [3].

Борьба с курением в настоящее время в РБ находится на уровне государственной задачи. Ведется активная профилактическая работа на разных уровнях, начиная с детского и подросткового возраста, входит в задачи первичной профилактики участкового терапевта. Изданы правовые акты, регламентирующие проведение антитабачной работы в Республике Беларусь: Закон РБ от 14 мая 2007 г. о полном запрете рекламы табачных изделий; Приказ МЗ РБ от 2004 г. «О запрещении курения в центральном аппарате МЗ РБ»; Приказ Министерства жилищно-коммунального хозяйства РБ, предусматривающий запрещение курения в подсобных помещениях квартир, распоряжения руководителей вузов о запрете курения на территории учебного заведения. Настойчивая борьба с табакокурением позволит сохранить здоровье и предотвратить губительные последствия табакокурения на организм курильщика и окружающих его лиц, уменьшит объем экономических расходов (потеря производительности труда, рабочих дней, временная и стойкая утрата трудоспособности).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Токманович, А. Ф. Влияние табакокурения на слизистую оболочку полости рта / А. Ф. Токманович, Ю. В. Лунина // Забайкальский медицинский вестник. — 2012. — № 1. — С. 124–130.
2. Васильев, Ю. В. Табакокурение и гастроэзофагальная рефлюксная болезнь: патогенетические аспекты / Ю. В. Васильев // Consilium melicum. — 2011. — Т. 13. — С. 5–8.
3. Волкотруб, Л. П. Табакокурение как фактор канцерогенного риска / Л. П. Волкотруб // Здоровоохранение Российской Федерации. — 2010. — № 3. — С. 10–15.
4. Васильев, Ю. В. Табакокурение как возможный фактор развития панкреатита и рака поджелудочной железы / Ю. В. Васильев // Экстренная и клиническая гастроэнтерология. — 2007. — № 6. — С. 78–81.

УДК 301.185.1:613-057.876

## ВЛИЯНИЕ ПОЛНЫХ И НЕПОЛНЫХ СЕМЕЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ОБРАЗА ЖИЗНИ УЧАЩИХСЯ

Соболева Л. Г.

Государственное учреждение  
«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»  
г. Гомель, Республика Беларусь

**Введение**

Родительский дом для ребенка — первая, главная и ничем не заменимая школа жизни. Именно семья оказывает решающее влияние на развитие личности, закладывает фундамент человеческих качеств. И чтобы этот фундамент был прочным, семья должна быть благополучной. Семейное благополучие во многом зависит от того, является семья полной или неполной [1]. Неполная семья наиболее проблематична и уязвима в воспитательном плане. Кроме того, атмосфера неполной семьи делает более высоким риск приобщения детей к алкоголю и злоупотреблению им.

Неполная семья может оказывать негативное влияние на успеваемость детей, их нравственный облик, активность, будущую жизненную позицию, подготовку к семейной жизни и т. д.

Несмотря на то, что проведено немало исследований, касающихся проблем неполной семьи, в подавляющем большинстве они посвящены изучению влияния такой семьи на детей дошкольного и младшего школьного возраста. Вопрос о том, как сказывается воспитание в неполной семье на становление детей в более позднем возрасте, представляет научный интерес [2, 3].

**Цель**

Изучить особенности образа жизни учащихся из полных и неполных семей

**Материал и метод исследования**

В исследовании приняли участие 100 учащихся школ г. Гомеля, из которых были сформированы две группы. Первую группу составили школьники из учреждений общего среднего образования, воспитывающиеся в полных семьях, вторую — в неполных. Количество учащихся в каждой группе:  $n_1 = n_2 = 50$ . Образ жизни учащихся младшего (1–4 классы), среднего (5–8 классы) и старшего школьного возраста (9–11 классы) оценивался по следующим показателям: продолжительность выполнения домашнего задания, ночного сна, пребывания на свежем воздухе, нарушение режима питания, курение, употребление спиртных напитков. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ SPSS с использованием сравнительной оценки распределений по ряду учетных признаков. Для сравнения между собой долей признаков применяли точный критерий Фишера. Значимость различий средних величин оценивалась с помощью *t*-критерия Стьюдента для независимых выборок.

**Результаты исследования и их обсуждение**

При сравнении средних значений в отношении учащихся выделенных категорий статистически значимые различия удалось выявить только между показателями средней длительности ночного сна учащихся 1–4 классов ( $t = 2,30$ ;  $p < 0,05$ ). Следовательно, учащиеся 1–

4 классов из неполных семей в среднем имеют большую продолжительность ночного сна. Возможное объяснение: более чуткое отношение к маленьким детям в неполной семье (нередко после развода родителей).

Различий в образе жизни (режим питания, употребление алкоголя) младших школьников из полных и неполных семей не выявлено.

Для оценки различий в образе жизни учащихся 5–8 классов из полных и неполных семей сравнили соответствующие процентные доли испытуемых, которые употребляют алкоголь, курят и не соблюдают режим дня. Статистический анализ данных, позволяет сделать выводы: учащиеся 5–8 классов из неполных семей значительно чаще курят (соответственно, 83 и 0 %;  $\varphi = 6,9$ ,  $p < 0,01$ ) и употребляют алкоголь (100 и 38,9 %;  $\varphi = 5,39$ ,  $p < 0,01$ ). Очевидно, что учащиеся 5–8 классов из неполной семьи можно отнести к группе риска по курению и употреблению алкоголя.

Мы также оценили, как влияет проживание в полной и неполной семье на употребление алкоголя, курения и несоблюдения режим дня среди учащихся 9–11 классов. Анализ полученных данных позволяет утверждать, что старшеклассники из неполных семей статистически значимо чаще курят (соответственно, 95,2 и 19 %;  $\varphi = 5,83$ ,  $p < 0,01$ ); употребляют алкоголь (90,5 и 66,7 %;  $\varphi = 1,96$ ,  $p < 0,05$ ); нерегулярно питаются (81 и 33,3 %;  $\varphi = 3,27$ ,  $p < 0,01$ ). Следовательно, именно для учащихся 9–11 классов особое значение имеет структура семьи. Неполноценная семья, которой нередко является неполная семья, способствует увеличению употребления учащимися алкоголя, табакокурения, нарушений в режиме питания.

На следующем этапе для каждой группы мы выделили категории учащихся (1–4 классы, 5–8 классы, 9–11) и в целом для каждой из двух групп участников исследования с низкими и высокими результатами по диагностируемому показателю — длительность выполнения домашнего задания, длительность ночного сна, длительность прогулок (время пребывания на свежем воздухе).

Для сравнения были приняты минимальные значения изучаемых показателей: 1) время выполнения домашнего задания — до 1 ч; 2) длительность ночного сна — до 8 ч. В результате исследования были установлены следующие различия:

— количество учащихся, которые тратят минимальное время на выполнение домашнего задания, статистически достоверно больше в полных семьях, чем в неполных (соответственно, 16 и 6 %;  $\varphi = 3,34$ ,  $p < 0,01$ );

— количество учащихся, которые тратят минимальное время на ночной сон — до 8 ч, статистически значимо больше в неполных семьях, чем в полных (соответственно, 26 и 10 %;  $\varphi = 2,13$ ,  $p < 0,05$ ).

Объяснить выявленные закономерности можно тем, что, с одной стороны, родители в полной семье имеют возможность помочь ребенку в выполнении домашнего задания; с другой — в неполной семье ребенок нередко вынужден помогать по хозяйству (неполные семьи, как правило, имеют более низкий уровень материального благополучия).

Далее мы сравнили максимальные значения изучаемых показателей в двух группах: 1) время выполнения домашнего задания — более 3,5 ч; 2) длительность ночного сна — более 10 ч; 3) длительность пребывания на свежем воздухе — более 3 ч. Статистически значимых различий между этими показателями среди учащихся из полных и неполных семей не выявлено.

Также мы сравнили минимальные значения изучаемых показателей среди учащихся 1–4 классов: 1) время выполнения домашнего задания — до 1 ч; 2) длительность ночного сна — до 10 ч.

Установлено, что количество учащихся, которые уделяют минимальное время для выполнения домашнего задания, статистически значимо больше в полных семьях, чем в неполных (соответственно, 72,7 и 27,3 %;  $\varphi = 2,21$ ,  $p < 0,05$ ). Таким образом, учащиеся 1–4 классов в полной семье имеют возможность быстрее выполнять домашнее задание (при помощи и поддержке родителей).

Максимальные значения по изучаемым показателям для учащихся 1–4 классов рассматривать не было необходимости, так как в силу возраста для них не характерно длительное время подготовки домашнего задания. Примерно для 27 % учащихся 1–4 классов из неполных семей длительность ночного сна составляет более 11 ч, тогда как у детей из полных семей этот показатель ниже. Объяснить это можно недостаточным вниманием к детям в неполной семье (вследствие занятости матери).

Далее мы сравнили минимальные значения изучаемых показателей среди учащихся 5–8 классов: 1) время выполнения домашнего задания — до 1,5 ч; 2) длительность ночного сна — до 9 ч; 3) длительность пребывания на свежем воздухе — до 2,5 ч. Статистически значимых различий между учащимися 5–8 классов из полных и неполных семей по сравниваемым показателям выявлено не было.

Затем мы сравнили максимальные значения длительности ночного сна — более 9 ч среди учащихся 5–8 классов.

Было выявлено, что количество учащихся 5–8 классов с максимальной длительностью ночного сна статистически значимо больше в неполных семьях, чем в полных (соответственно, 27,8 и 5,6 %;  $\phi = 1,90$ ,  $p < 0,05$ ). Таким образом, учащиеся 5–8 классов в неполной семье родители уделяют меньше внимания, что могло повлиять на продолжительность ночного сна.

При сравнении минимального значения показателя длительности ночного сна меньше 8 ч среди школьников 9–11 классов было выявлено, что количество учащихся с минимальной длительностью ночного сна статистически достоверно больше в неполных семьях, чем в полных (соответственно, 61,9 и 23,8 %;  $\phi = 2,57$ ,  $p < 0,01$ ). Большое количество учащихся из неполных семей с минимальной продолжительностью ночного сна может объясняться недостаточностью родительского контроля.

#### **Заключение**

Установлены существенные отличия в образе жизни учащихся из полных и неполных семей. У детей младшего школьного возраста из полных семей продолжительность выполнения домашнего задания (до 1 ч) и ночного сна (до 10 ч) соответствует рекомендуемым нормам ( $\phi = 2,21$ ,  $p < 0,05$ ). Дети среднего школьного возраста из неполных семей имеют максимальную продолжительность ночного сна (более 9 ч) ( $\phi = 1,90$ ,  $p < 0,05$ ), значительно чаще курят ( $\phi = 6,9$ ,  $p < 0,01$ ) и употребляют алкоголь ( $\phi = 5,39$ ,  $p < 0,01$ ), чем из полных семей. У детей старшего школьного возраста из неполных семей продолжительность ночного сна составляет меньше 8 ч ( $\phi = 2,57$ ,  $p < 0,01$ ), они в 5 раз чаще курят ( $\phi = 5,83$ ,  $p < 0,01$ ), в 1,4 раза чаще употребляют алкоголь ( $\phi = 1,96$ ,  $p < 0,05$ ), в 2,4 раза чаще нерегулярно питаются ( $\phi = 3,27$ ,  $p < 0,01$ ) по сравнению с детьми старшего школьного возраста из полных семей.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Буянов, М. И. Ребенок из неблагополучной семьи / М. И. Буянов. — Киев: Просвещение, 2004. — 207 с.
2. Литвишко, Ю. С. Влияние неполной семьи на становление личности [Электронный ресурс] / Ю. С. Литвишко. — Режим доступа: [www.rusnauka.com](http://www.rusnauka.com). — Дата доступа: 02.04.2016.
3. Русакова, Ю. А. Особенности социальной работы с неполными семьями [Электронный ресурс] / Ю. А. Русакова. — Режим доступа: [www.scienceforum.ru](http://www.scienceforum.ru). — Дата доступа: 02.04.2016.

УДК 616.89-008.447-07-027.552-053.2/.7

### **ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ГРУПП РИСКА ЗАВИСИМЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**Солтан М. М., Борисова Т. С.**

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

#### **Введение**

Успех, достигнутый в течение последних двадцати лет в области понимания молекулярных и клеточных механизмов основных заболеваний человека, привел к развитию пер-

сонализированной медицины, ключевая идея которой заключается в том, чтобы на основе индивидуальных особенностей человека, прежде всего, его генетических данных выявлять предрасположенность к тем или иным заболеваниям и своевременно проводить мониторинг здоровья с целью предотвращения развития патологий [1]. Вместе с тем следует учитывать, что прогноз формирования заболеваний зависит не только от сочетания множества генных вариантов. На состояние здоровья человека влияет и целый ряд внешних факторов, таких как образ жизни (питание, поведение, физические нагрузки и т. д.), стресс, отношение к себе и к миру и многие другие, имеющие индивидуализирующую обусловленность. Характерологические особенности воздействия этих факторов позволяют учитывать персонализированный подход к донозологической диагностике.

В отличие от доказательной медицины, оперирующей среднестатистическими популяционными данными, медицина персонализированная работает с конкретным индивидуумом. И если в рамках доказательной медицины изменения, связанные с циркадным ритмом, нарушениями в образе жизни, режиме и структуре питания, среде обитания вследствие возросшей мобильности человека и его взаимодействия с быстро эволюционирующей техногенной средой, на порядок усложняют задачу поиска надежных предикторов риска развития заболеваний, то в рамках персонализированной медицины те же переменные факторы помогают выявить необходимые для обоснования эффективных профилактических мероприятий «ключевые точки».

В последние годы достаточно серьезной медицинской и социальной проблемой стало распространение в детской и подростковой среде различных форм аддиктивного поведения [2]. Для аддикции характерно стремление к уходу от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности с целью развития интенсивных эмоций. Степень тяжести аддиктивного поведения может быть различной: от практически нормального состояния до тяжелых форм зависимости, сопровождающихся выраженными соматическими и психическими расстройствами.

Наиболее распространенной формой зависимого поведения в детской популяции в настоящее время является компьютерная аддикция [3]. Одним из перспективных направлений в решении проблемы ее ранней диагностики является выявление предрасположенности к аддикции с учетом хронобиологических особенностей личности или хронотипа [4].

Выделяют 3 разновидности хронотипа: утренний («жаворонки»), промежуточный или аритмичный («голуби») и вечерний («совы»). Хронобиологический тип отражает суточную динамику функциональной активности различных органов и систем организма, в том числе и характер секреции гормонов, прежде всего, серотонина, мелатонина и кортизола. На сегодняшний день установлены значительные различия в обмене вышеперечисленных гормонов у лиц с различными формами аддикции [5].

#### **Цель**

Выявить риск формирования аддиктивного поведения учащихся на основе исследования хронобиологических особенностей личности.

#### **Материал и методы исследования**

Всего обследовано 235 учащихся 5–11 классов учреждений образования г. Минска, из них мальчиков — 49,79 %, девочек — 50,21 %. Для диагностики хронобиологических особенностей личности использовался тест Хорна — Остберга. Распространенность курения, употребления алкоголя, наркотических и токсических веществ, рискованного полового поведения изучались с применением унифицированной анкеты ВОЗ для мониторинга поведенческих факторов риска. Риск формирования компьютерной зависимости изучался с помощью анкеты Л. Н. Юрьевой, Т. Ю. Бальбот [3]. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью компьютерной программы MS Excel.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Проведенное исследование показало, что почти половина обследованных школьников имеет аритмичный хронотип (47 %), около трети — утренний (31 %), практически каждый

пятый — вечерний (22 %) без существенных различий в распределении с учетом гендерного признака. Почти половина обследованных как мальчиков, так и девочек являются «голубыми» (49 и 45 % соответственно). Вместе с тем, «жаворонки» несколько чаще встречаются среди лиц женского пола (35 %) по сравнению с мужским (27 %). «Совы», наоборот, чаще выявляются среди мальчиков, чем среди девочек (24 и 20 % соответственно).

При исследовании распространения различных форм аддиктивного поведения установлено, что среди обследованных школьников 2,52 % курят, 10 % употребляют пиво, 16,88 % — легкие вина, 4,38 % — крепкие алкогольные напитки, 1,83 % пробовали наркотические вещества, 6,71 % имеют опыт сексуальных связей.

Исследование хронобиологических особенностей приверженности к курению показало, что более склонны к формированию никотиновой зависимости лица с аритмичным хронотипом (45 %). Анализ распространения курения с учетом гендерной обусловленности показал, что чаще курят мальчики утреннего и аритмичного хронотипов (по 50 % каждый), а также девочки вечернего хронотипа (100 %).

Употребление алкогольсодержащих напитков в большей степени характерно для лиц с аритмичным и вечерним хронотипами. При этом «голуби» чаще употребляют пиво (55 % в структуре потребителей этого напитка), а «совы» — легкие вина и крепкие спиртные напитки (по 50 % в структуре потребителей каждого из этих напитков). Анализ гендерных особенностей употребления алкогольсодержащих напитков показал, что наиболее часто употребляют их мальчики-«голуби» и девочки-«совы».

Применение наркотических веществ чаще встречается среди лиц с аритмичным и утренним хронотипом, при этом среди девочек — это «голуби» и «жаворонки», а мальчиков — только «жаворонки».

Опыт случайных сексуальных связей чаще имеют лица с утренним хронотипом. В гендерном плане в 100 % случаев это были только мальчики.

Наиболее распространенной формой аддиктивного поведения среди обследованного контингента является компьютерная зависимость. Ее признаки были выявлены у 83,82 % школьников. Компьютерная аддикция, причем различные ее стадии, в большей степени распространена среди «сов» (86,5 %) и «голубей» (84,5 %), чем среди «жаворонков» (74 %). Исследованием установлены также гендерные особенности формирования данного вида зависимости у школьников с учетом хронобиологической обусловленности. Более выраженному риску формирования аддикции подвержены девочки с аритмичным хронотипом (67,9 %), тогда как среди «жаворонков» он имеет место всего лишь в 17,1 %, а среди «сов» — в 12,5 % случаев. Среди мальчиков особого внимания требуют лица с аритмичным и вечерним хронотипами: тяжелые стадии компьютерной зависимости были выявлены у 24,6 и 28,7 % соответственно.

### **Выводы**

1. Среди современных учащихся выявлены различные формы аддиктивного поведения, наиболее распространенной является компьютерная зависимость. К формированию аддиктивного поведения более склонны лица с аритмичным хронотипом обоих полов.

2. Персонализированный подход в диагностике формирования аддиктивных форм поведения на основе хронобиологических особенностей личности открывает дополнительные возможности к эффективной профилактике зависимостей среди детей и подростков.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Персонализированная и постгеномная медицина [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://atlasmed.ru/article/personalizirovannaya-medicina>. — Дата доступа: 27.07.2016.
2. Менделевич, В. Д. Психология девиантного поведения: учеб. пособие / В. Д. Менделевич. — М.: МЕДпресс, 2001. — 432 с.
3. Юрьева, Л. Н. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика / Л. Н. Юрьева, Т. Ю. Ботьбот. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 196 с.
4. Балбатун, А. О. Методы диагностики и значение хронотипов человека / А. О. Балбатун. — Медицинские знания. — 2011. — № 1. — С. 24–26.
5. Хетагурова, Л. Г. Хронопатология / Л. Г. Хетагурова. — М.: Наука, 2004. — 350 с.

УДК 61(071.1):378.4:614.253.5

**О НАПОЛНЯЕМОСТИ ДИСЦИПЛИНАМИ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ  
НА ФАКУЛЬТЕТЕ ВЫСШЕГО СЕСТРИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ***Столяров С. А., Госсен И. Е.***Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Алтайский государственный медицинский университет»  
г. Барнаул, Российская Федерация**

Успешное решение задач, стоящих перед здравоохранением современной России, во многом зависит от профессиональной компетентности и подготовки медицинских кадров, в том числе от деятельности сестринского персонала.

В последнее десятилетие взят курс на реформирование сестринского дела и сестринского образования. Минздравом Российской Федерации приняты программные документы, определяющие основные направления развития сестринского дела. В период с 1994 по 2003 гг. вопросы подготовки и рационального использования специалистов сестринского дела обсуждались на семи коллегиях Минздрава России, заседаниях Совета по кадровой политике при Министре здравоохранения РФ и Совета Минздрава России по сестринскому делу. Утверждены «Отраслевая программа развития сестринского дела в Российской Федерации» и «Доктрина среднего медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации».

В связи этим профессиональные функции и организационные формы деятельности медицинских сестер стали меняться в соответствии с задачами, стоящими перед здравоохранением. Расширилось их участие в новых формах внебольничной помощи: дневных стационарах, службе общей врачебной практики, медико-социальной помощи [1, 2]. На сестринский персонал стала возлагаться функция обучения пациентов самоконтролю за состоянием здоровья, методам профилактики заболеваний, правилам приема медикаментов, основам диетотерапии и т. д. [3].

В 90-х годах в России начала создаваться многоуровневая система сестринского образования, открылась специальность «Сестринское дело» в высшей школе, что обеспечило перспективы для профессионального совершенствования сестер в рамках своей специальности.

Становление института медицинских сестер с высшим образованием в России и определение их как менеджеров здравоохранения началось в 1997 г. с принятием постановления Правительства РФ № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки», в котором предусмотрено осуществление реформы, направленной на повышение качества, доступности и экономической эффективности медицинской помощи населению в условиях формирования рыночных отношений, а медицинским сестрам отводилась одна из ведущих ролей в решении задач медико-социальной помощи населению и повышении качества и эффективности медицинских услуг. В том же году Минздравом РФ издан приказ № 390 «О мерах по улучшению сестринского дела в РФ». В 2001 г. принят приказ Минздрава РФ № 4 «Об отраслевой Программе развития сестринского дела в Российской Федерации». В 2002 г. приказами Минздрава РФ № 209 и № 337 были утверждены специальности «Сестринское дело» и «Управление сестринской деятельностью», а также принято положение «О специалисте по управлению сестринской деятельностью», которое фактически определило одну из ролей медицинской сестры как руководителя [4].

Руководители сестринских служб медицинских организаций 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, осуществляющих руководство работой, прежде всего, старших медицинских сестер подразделений и обеспечивающих управление сестринским делом [5].

Современное содержание сестринского дела предусматривает ряд функций, выполняемых медицинской сестрой: обеспечение сестринского ухода, обучение пациентов и сестринского персонала, осуществление зависимой и независимой роли в составе бригады медицинских работников, сотрудничество с пациентом, семьей, другими работниками здравоохранения в планировании, организации, управлении уходом, а также развитие сестринской практики и исследовательская деятельность.

Исходя из рассматриваемых функций, подготовку медицинской сестры с высшим образованием можно рассматривать в четырех аспектах: клиническом, психолого-педагогическом, управленческом, исследовательском.

Современные образовательные стандарты и рабочие программы по направлению подготовки 34.03.01 «Сестринское дело» безусловно отражают все эти аспекты, однако необходимо подходить к подготовке академического бакалавра более целенаправленно, с учетом его будущей деятельности.

Алтайский государственный медицинский университет открыл факультет высшего сестринского образования (ФВСО) в 2004 г., когда было набрано 112 студентов, проживающих преимущественно в Алтайском крае, на дневное и заочное отделение. Из всего количества студентов 35 человек уже работали старшими или главными медицинскими сестрами, то есть 31 % медицинских сестер нуждались в подкреплении своего статуса образовательным цензом. Еще около 50 % медицинских сестер состояли в кадровом резерве или имели определенные перспективы для получения руководящей должности. В это время еще существовал специалитет и выпускники получали квалификацию менеджера.

В дальнейшем набор студентов на ФВСО несколько сократился, так как многие медицинские сестры не увидели для себя достаточных перспектив работы в должности руководителя (главная сестра больницы — одна, да и в каждом отделении всего лишь по одной старшей медсестры). Тем не менее на ФВСО стали поступать лица, желающие работать в организационно-методических отделах на должностях медицинских статистиков. Далее на ФВСО стали приходить медсестры, уже работающие преподавателями в медицинских колледжах или планирующие там работать.

В последнее время акцент обучения медицинских сестер сместился на их клиническую подготовку. По рекомендации Минздрава РФ из учебного плана были исключены такие дисциплины, как бухгалтерский учет, экономика и экономика здравоохранения.

Однако анкетирование студентов, показало, что 75 % респондентов, особенно занимающих управленческие должности, считают, что нужно сократить количество часов, выделяемых на клинические дисциплины, и увеличить их для преподавания экономических, управленческих и правовых дисциплин.

В связи с этим нам представляется, что нужно давать возможность студентам ВСО выбирать для себя те предметы, изучение которых принесло бы им большую пользу в их будущей деятельности. Необходимо формировать студенческие группы с тем или иным предметным уклоном:

- лица, планирующие занимать руководящие должности, должны углубленно изучать такие дисциплины, как экономика, экономика здравоохранения, менеджмент, маркетинг, бизнес-планирование, экономика предприятия, управление персоналом, право и т. п.;
- лица, желающие в будущем заниматься клинической работой, должны углубленно изучать клинические дисциплины;
- лицам, желающим заниматься преподавательской деятельностью, необходимо делать акцент на изучение психолого-педагогических дисциплин;
- лица, имеющие склонность к научным исследованиям, должны углубленно изучать общую теорию статистики, медицинскую статистику, а также методологию научных исследований.

В этом случае мотивация студентов к учебе должна повыситься, так как они с большей охотой будут изучать те дисциплины, которые принесут им больше пользы в дальнейшей работе и не считать деньги, уплаченные за обучение, выброшенными на ветер, а время, потраченное на обучение, напрасной потерей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Греков, И. Г. Деятельность медицинской сестры по организационно-техническому обеспечению сестринского процесса в многопрофильной больнице: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. Г. Греков. — Рязань, 1999. — 22 с.
2. Денисов, И. Н. Становление семейной медицины в Российской Федерации / И. Н. Денисов // Медицинская сестра. — 2000. — № 5. — С. 2–4.
3. Двойников, С. И. Медсестры в отделении врачей общей практики / С. И. Двойников. — 2000. — № 5. — С. 15–17.
4. Столяров, С. А. Некоторые аспекты подготовки медицинских сестер с высшим образованием, как менеджеров здравоохранения (опыт работы). Менеджмент здравоохранения в XXI в.: организация, право, экономика, образование: Материалы II Международного Форума / С. А. Столяров, И. Е. Госсен; под общ. ред. И. О. Маринкина, М. А. Садового. — Новосибирск: Сибмедиздат, НГМУ, 2015. — С. 425–429.
5. Госсен, И. Е. Опыт подготовки управленческих кадров здравоохранения. Современные подходы к продвижению здоровья. V Международная научно-практическая конференция (Гомель, 14–15 мая 2014 г.) / И. Е. Госсен, С. А. Столяров. — Вып. 5. Гомельский ГМУ. — Гомель, 2014. — С. 79–81.

УДК 61(071.1):330:372.8

## ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ЭКОНОМИКИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Столяров С. А.

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

Охрана здоровья может быть рассмотрена как определенный экономический феномен, заключающийся в том, что, с одной стороны, профессиональная деятельность работника здравоохранения отличается отчетливо выраженной гуманностью и направлена на человека, а с другой — данная деятельность связана с определенными издержками и хозяйствующий субъект, оказывающий медицинские услуги, должен стремиться обеспечить получение дохода от своей деятельности, чтобы окупить эти издержки, покрыть вероятные убытки и получить возможную прибыль. Еще Гиппократ, писал о том, что если с человеком случится такое зло, которое превосходит средства медицины, то даже и думать нечего, что ему удастся помочь силой медицинского искусства. Данное высказывание отца медицины о важности формирования и использования ресурсов здравоохранения звучит сегодня не менее актуально, чем 2,5 тыс. лет тому назад. Каким бы гуманистом и альтруистом не был врач, но оказывая помощь пациенту, он не может абстрагироваться от собственных потребностей, которые ему нужно удовлетворять. Поэтому многие услуги здравоохранения оказываются на основе возмездности (платности). Даже медицинские услуги, оказываемые государственными медицинскими учреждениями, не являются бесплатным благом. Вся эта «бесплатность» здравоохранения оплачивается за счет собранных государством налогов с физических и юридических лиц.

Поэтому в здравоохранении выделяются две стороны. Одна — профессиональная, составляющая содержательный аспект деятельности, а другая — экономическая, представленная той хозяйственной формой, в рамках которой совершается данная деятельность. Оказание помощи, облегчение страданий, спасение от смерти, то есть выполнение всех тех профессиональных функций, которые и составляют содержание благородной врачебной деятельности, довольно трудно увязываются с экономической, хозяйственной «прозой», но без этой «прозы» медицина просто не будет функционировать.

Понимание экономических законов и умение применить их на практике — неотъемлемая часть знаний, которые должен иметь каждый будущий врач. Развитие рыночных отношений в обществе приводит к тому, что наряду с государственными хозяйствующими субъектами появляется все больше частных медицинских практик. Поэтому будущий врач должен свободно оперировать экономическими терминами, знать, что такое себестоимость, прибыль, рентабельность, уметь разграничивать издержки фирмы на постоянные и переменные, определять точку безубыточности реализации медицин-

ских услуг, при которой целесообразно функционирование хозяйствующего субъекта. Нужно иметь представление о видах заработной платы, которую получают сотрудники медицинских организаций, а также об основах финансирования, налогообложения и прочих моментах. Именно поэтому одной из дисциплин, которые изучают студенты медицинских вузов, является экономика.

Обучение данному предмету ведется в Алтайском государственном медицинском университете с 2000 г., когда на кафедре общественного здоровья и здравоохранения начала преподаваться самостоятельная дисциплина «Экономика», подготовка по которой была основана на государственных требованиях к минимуму содержания уровня подготовки выпускника по каждой ступени образования и специальности. Обучение регулировалось государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования, утвержденным Постановлением Правительства РФ № 940 от 12 августа 1994 г.

После 2000 г. экономика преподавалась в соответствии с Государственным образовательным стандартом (ГСЭ. Ф. 11. Экономика).

Обучение экономике велось на последнем курсе (по специальности «Лечебное дело» и «Педиатрия» — на 6 курсе, а по специальности «Стоматология» — на 5). Занятия проводились по цикловой системе: группа посещала занятия на протяжении 9–10 дней. Количество часов по данному предмету составляло 64 (20 лекционных часов и 44 ч практических занятий). После всего цикла обучения студенты проходили итоговое тестирование с использованием компьютерной техники и получали зачет.

С 2012 г. в связи с модернизацией образования обучение студентов экономике по новой программе, стало проводиться на первом курсе. Количество часов, выделяемых на эту дисциплину, составило 48 (14 лекционных часов и 34 ч практических занятий), то есть на 16 ч меньше, чем прежде. Это объясняется тем, что на третьем курсе изучается отдельная дисциплина «Экономика здравоохранения».

Сравнение мнений студентов первого и пятого (шестого) курсов о необходимости изучения экономики показало, что данная дисциплина лучше усваивается студентами старших (5–6) курсов. Так, 25 % опрошенных студентов первого курса считали, что экономика им вообще не нужна, 35 % полагали, что она может быть, когда-нибудь пригодится, 40 % ответили, что знания экономики нужны будущему врачу. Напротив, 80 % студентов шестого курса считали, что знания экономики им пригодятся в будущем, 15 % не смогли дать конкретный ответ и лишь 5 % полагали, что экономика им никогда не пригодится.

Это, на наш взгляд, объясняется тем, что старшекурсники уже имеют определенный жизненный опыт, большая часть из них работают (медсестрами и медбратьями) и знают цену деньгам, некоторые из них состоят в браке и имеют детей, ведя полноценное домашнее хозяйство. Многие из них живо интересуются экономическими проблемами (инфляцией, безработицей и поиском работы, вопросами ведения бизнеса — предпринимательством, заработной платой, налогами, в особенности социальными налоговыми вычетами). После окончания цикла обучения большая часть студентов отмечает тот факт, что изучение экономики было для них полезно, а ее положения можно применить (и уже применяются ими) в реальной жизни. Кроме того, около 10 % будущих врачей, рассчитывающих в будущем стать руководителями, уже думают о получении ими дополнительного экономического образования, а некоторые уже изучают экономику в профильных вузах.

Первокурсники же, не имея большого жизненного опыта, относятся к изучению экономики недостаточно вдумчиво, а груз дисциплин, которые будут ими изучаться в дальнейшем, скорее всего, погребет под собой те крупницы экономических знаний, которые они получили. Поэтому выйдя в самостоятельную жизнь, они вряд ли вспомнят те «экономические истины», которые им преподавались, что создаст им определенные трудности в дальнейшей жизни.

По нашему мнению, изучение экономических вопросов необходимо осуществлять на старших курсах, когда студент-медик уже начинает вступать в самостоятельную жизнь.

УДК 614

**ЭКОНОМИКА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ****Терехович Т. И., Писарик В. М., Ростовцев В. Н., Гончаров С. В.****Государственное учреждение  
«Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,  
информатизации, управления и экономики здравоохранения»  
г. Минск, Республика Беларусь****Введение**

В настоящее время в Республике Беларусь продолжают сохраняться процессы депопуляции, то есть наблюдается превышение смертности над рождаемостью, а значит, каждый год в стране снижается общая численность населения. Анализ динамики численности населения Республики Беларусь за последние 15 лет показывает, что ее население сократилось на 528,6 тыс. человек, или на 5,4 %, что сопоставимо с населением крупного областного центра (например, во втором по величине городе страны — Гомеле количество жителей в 2015 г. составило 519 215 человек).

Однако следует отметить, что прогнозная численность населения в среднегодовом исчислении с 2016 по 2020 гг. незначительно, но увеличивается, прирост составит 14086 человек.

Несмотря на это, в перспективе коэффициент демографической нагрузки на трудоспособное население будет нарастать, увеличится численность людей пожилого возраста, начнет уменьшаться число женщин детородного возраста.

На протяжении последних десяти лет четвертая часть всех смертельных исходов в Беларуси приходится на население в трудоспособном возрасте. Среди мужского населения на трудоспособный возраст приходится треть смертей. Первое место в структуре причин смертности в трудоспособном возрасте по данным за 2015 г. занимают болезни системы кровообращения — 33,9 %. На втором месте находятся внешние причины (несчастные случаи, травмы и отравления) — 25,9 %; на третьем — новообразования — 20,5 %. Преждевременная смертность является одной из наиболее важных социально-экономических и медико-демографических проблем, наносящих колоссальный экономический ущерб и определяющих разницу в ожидаемой продолжительности жизни с экономически высокоразвитыми странами.

Преждевременная смертность населения обуславливает значительные потери трудового потенциала и экономические потери общества. Методы, оценивающие экономические потери, опираются на вычисление недожитых человеко-лет трудовой деятельности. Для выражения потерь в денежном эквиваленте обычно используются значения среднегодового вклада в ВВП. Экономические потери от преждевременной смертности являются наиболее значимыми. Расчеты показали, что экономический ущерб от преждевременной смертности трудоспособного населения от всех причин в 2015 г. в Республике Беларусь составил двести двадцать один с половиной миллионов долларов США, что равно 0,4 % ВВП.

**Экономика ранней диагностики.** Своевременность диагностики непосредственно влияет на эффективность лечения. Ранняя диагностика обеспечивает снижение экономических потерь по трем основным позициям, включая потери на этапах амбулаторного и госпитального лечения и потери от сверхсмертности, то есть от избыточной смертности лиц трудоспособного возраста [1]. Самые осторожные оценки позволяют утверждать, что ранняя диагностика обеспечит снижение потерь на 10 % по каждой из трех указанных позиций. Далее будем исходить из реальной возможности снижения экономических потерь на 10 %. Для расчетов будем использовать подход, аналогичный таковому в DALY-анализе и возьмем за основу понятие числа утраченных рабочих дней. В качестве примера рассмотрим статистические данные Российской Федерации за 2014 г.

На амбулаторном этапе, в который принято включать профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний и диспансерное наблюдение, ранняя диагностика и назначение компле-

ментарных препаратов особенно важны, поскольку именно на этом этапе закладываются вероятности потерь на следующих этапах, то есть экономических потерь вследствие госпитализации и сверхсмертности. На этом этапе ранняя нозологическая диагностика частично предотвращает утрату рабочих дней благодаря индивидуальной нозологической профилактике и частично сокращает эти потери благодаря своевременности и комплементарности лечения.

Будем учитывать диагностику заболеваний по основным системам организма, включая пищеварительную, сердечно-сосудистую, мочеполовую, бронхо-легочную, нервную, костно-мышечную, кожу и эндокринную систему, а также диагностику инфекционных и паразитарных заболеваний и диагностику онкорисков. Совокупная заболеваемость по этим позициям составляет 595,7 %. Среднюю продолжительность амбулаторного лечения с выдачей листа нетрудоспособности примем равной семи дням. Для населения 143,7 млн. человек сокращение числа утраченных рабочих дней на 10 % составит 59 921 463 дня. Для амбулаторного этапа мы не будем учитывать стоимость медицинской помощи ввиду ее низких величин (прием терапевта стоит менее 300 руб.).

На госпитальном этапе будем исходить из нормы стационарной помощи, составляющей три койко-дня на одного жителя. Сокращение числа утраченных рабочих дней на 10 % составит 43 110 000 дней. На этом этапе следует учесть и стоимость медицинской помощи. Стоимость одного койко-дня в стационаре терапевтического профиля примем равной 30 у.е. Отсюда, экономия средств составляет:  $43\,110\,000 \times 30 = 1\,293\,300$  тыс. у.е.

Экономические потери от сверхсмертности являются наиболее значимыми. Отметим, что уровень сверхсмертности зависит от социальных факторов (нравственного климата и социального оптимизма) и от качества диагностической, профилактической и лечебной помощи на амбулаторном этапе, а также, в гораздо меньшей степени — на госпитальном. Существенный вклад в сокращение сверхсмертности вносит ранняя диагностика обострений, осложнений и рецидивов.

Несколько лет назад мы провели исследование явления сверхсмертности и среди прочего выявили, что усредненная по возрастным подгруппам (в диапазоне 30-59 лет) доля сверхсмертности в общей смертности трудоспособного населения составляет 50,2 %. Доля трудоспособного населения составляет 59,3 % от населения РФ. Общая смертность трудоспособного населения составила в 2014 году 235 940 человек [2]. Поскольку значимая сверхсмертность имеет место в возрастном диапазоне 30–60 лет, средняя продолжительность жизни составила 66 лет, а в году (2014 г.) 247 рабочих дней, то сокращение сверхсмертности на 10 % добавляет в экономику:

$$(66-45) \times 247 \times 235\,940 \times 0,1 = 122\,382\,078 \text{ рабочих дней.}$$

Каждый рабочий день вносит свой вклад в ВВП региона и страны. Этот вклад равен частному от деления величины ВВП на душу населения (6 843,91 у.е.) на число рабочих дней в году (247 дней) и составляет 27,7 у.е.

ВВП РФ в текущих ценах 2014 г. составил 70 975 млрд рублей, реальный курс доллара на конец года — 70 рублей за 1 доллар США. Таким образом, ВВП РФ составил 1013,9 млрд у.е. Далее рассчитаем экономию в долях ВВП как наиболее удобной единице измерения.

На амбулаторном этапе экономия составляет:

$$(59\,921\,463 \text{ дн.} \times 27,7 \text{ у.е.} \div 1013,9 \text{ млрд у.е.}) \times 100 = 0,16 \% \text{ ВВП.}$$

На госпитальном этапе экономия составляет:

$$((43\,110\,000 \times 27,7 \text{ у.е.} + 1\,293\,300\,000 \text{ у.е.}) \div 1013,9 \text{ млрд у.е.}) \times 100 = 0,24 \% \text{ ВВП.}$$

Экономический эффект снижения сверхсмертности составляет:

$$(122\,382\,078 \text{ дн.} \times 27,7 \text{ у.е.} \div 1013,9 \text{ млрд у.е.}) \times 100 = 0,33 \% \text{ ВВП.}$$

Совокупно по трем позициям добавка в экономику составляет 0,73 % ВВП.

**Технологическое предложение.** Конкретное организационно-технологическое предложение заключается в организации в поликлиниках и больницах кабинетов ранней диагностики [3].

Организация работы кабинета ранней диагностики возможна и целесообразна как на бесплатной, так и на платной основе. При этом вполне рациональным является их сочета-

ние. Например, пациент, обратившийся в кабинет ранней диагностики по направлению своего врача, получает бесплатную диагностическую помощь, а пациент, пришедший по собственной инициативе, получает платную диагностическую помощь.

Существует множество методов лабораторной и функциональной экспресс-диагностики. Практически все они являются методами экспресс-измерений отдельных диагностически значимых лабораторных или функциональных показателей. Эти показатели, имея то или иное отношение к патогенезу и тот или иной уровень патогномичности, являются не более чем результатами измерений отдельных параметров, косвенно свидетельствующих о вероятности патологии.

Нозологическая диагностика как таковая к процедурам измерения параметров не относится, она относится к процедурам распознавания образцов. Измеряются величины количественных признаков (параметров, показателей), выявляется наличие качественных признаков, в том числе симптомов, распознаются образы болезней как нозологических единиц.

Имеющийся сегодня в распоряжении российских врачей первичного звена Комплекс медицинский спектрально-динамический (КМСД) распознает образы конкретных патологических процессов, то есть образы конкретных нозологических единиц, и проводимая с его помощью функциональная спектрально-динамическая диагностика (ФСД-диагностика) является нозологической экспресс-диагностикой.

Нозологическая экспресс-диагностика позволяет выявить основное заболевание и при необходимости перейти ко второму технологическому режиму — режиму углубленной ФСД-диагностики. В этом режиме врач использует перекрестный анализ диагностических данных и диагностическое тестирование, затрачивая до десяти минут времени на углубленную диагностику по одной системе организма.

Ранняя диагностика в строгом смысле, то есть в смысле диагностики латентных стадий болезни является основанием для раннего лечения. Для неинфекционных заболеваний раннее лечение формально (поскольку оно проводится до манифестации) является профилактикой. Отсюда следует, что ранняя диагностика может внести весомый вклад в профилактику распространенных неинфекционных заболеваний.

ФСД-диагностика позволяет выявлять не только ранние стадии заболеваний, но и актуальные нозологические риски. При этом имеются необходимые технологические возможности для того, чтобы отличить раннюю стадию болезни от актуального нозологического риска. ФСД-диагностика актуальных рисков заболеваний является строгим основанием для индивидуальной первичной профилактики [4].

Важно отметить, что ФСД-диагностика индивидуальной комплементарности лекарственных препаратов и последующее назначение высококомплементарных средств практически гарантирует высокую индивидуальную эффективность назначаемых лекарств. И это справедливо не только для лечения той или иной стадии заболевания, но и для проведения первичной медикаментозной профилактики.

Таким образом, организация кабинетов ранней диагностики в поликлиниках, диспансерах и больницах является основой для решения нескольких актуальных задач, включая раннюю диагностику заболеваний, повышение эффективности лечения путем назначения высококомплементарных лекарств и проведение первичной индивидуальной профилактики заболеваний на основе выявления актуальных нозологических рисков.

### **Заключение**

Организация кабинетов ранней диагностики способна внести существенный вклад в развитие и повышение качества первичной медицинской помощи населению и дать значительный экономический эффект.

Дальнейшее развитие ФСД-диагностики и, прежде всего, создание систем автоматической диагностики на основе КМСД позволят сократить затраты времени врача и тем самым повысить производительность его труда и снизить себестоимость ранней диагностики.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Терехович, Т. И. Этиология сверхсмертности / Т. И. Терехович, В. Н. Ростовцев, И. Б. Марченкова // Новая волна в медицине. II Международный форум русскоговорящих врачей. Латвия, Юрмала 7–9 августа 2014 года. Тез. докл. — Юрмала, 2014. — С. 71.
2. Аганбегян, А. Тревожный звоночек: в России прекратилось снижение смертности населения / А. Аганбегян // Экономическая политика. — 2015. — Т. 10, № 2. — С. 63–76.
3. <http://kmsd.by> [Электронный ресурс]. — Режим доступа: свободный. — Дата доступа: 01.09.2012.
4. Ростовцев, В. Н. Технология экспресс-диагностики на основе спектрально-динамического метода / В. Н. Ростовцев // Здоровоохранение. — 2014. — № 4. — С. 47–50.

УДК 614:33: 378.4-057.875(476.6)

**МЕРОПРИЯТИЯ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ  
В УО «ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»***Трусь Е. И.***Учреждение образования  
«Гродненский государственный медицинский университет»  
г. Гродно, Республика Беларусь**

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), решающее влияние на формирование здоровья человека оказывает его образ жизни. Наиболее значимая социальная группа в плане вопросов пропаганды и информирования о важности активного здорового образа жизни — это молодежь. Именно в этом возрасте человек завершает физическое развитие, осознает свои потребности и способности, познаёт смысл жизни, осуществляет выбор профессии и начинает производственную деятельность, создаёт семью. У молодых людей возникает все большая потребность независимости от родителей и осознание своего места в любви, карьере, семье, обществе. Отсутствие опыта может привести к неудовлетворительному для человека образу жизни и связанному с этим замыканию на самом себе, эмоциональным проблемам. Юноши и девушки могут быть ответственными и серьезными в одной сфере и чувствовать себя как подростки — в другой, они подражают и отрицают, постоянно ищут подтверждение и объяснение словам и поступкам. В это время необходимо сформировать максимально достоверное представление об окружающем мире, систематизировать ценностные ориентации подрастающего поколения.

В Республике Беларусь создана мощная законодательная и нормативно-правовая база государственной молодежной политики. Особенностью медицинских учреждений высшего образования является подчинение не только нормативно-правовым актам Министерства образования, но и Министерства здравоохранения.

Важно выявлять и анализировать аспекты негативного влияния саморазрушающего поведения молодых людей. Например, у тех людей, в том числе молодого возраста, которые используют курительные смеси, отмечен низкий уровень осведомленности об их угрозе для здоровья [1, 2]. В группу риска, как правило, входят люди с уже имеющимися вредными привычками — табакокурением и алкогольной зависимостью. Противостоять этим вредным привычкам можно только согласованными действиями специалистов разных отраслей, ведь человек должен обладать объективной информацией и правильно реагировать на новые социально опасные действия. С этой целью в Гродно проводились совместные мероприятия представителей УО «Гродненский государственный медицинский университет» и УО «Гродненский государственный университет им. Я. Купалы» (биологический факультет): семинары-акции «Скажем «Нет» наркотикам и упайсу», «Мы — против наркотиков и спайса». Предлагались оригинальные авторские презентации, видеоролики, отражающие риски, обусловленные использованием электронных сигарет, курительных смесей и спайса. Семинары проходили на промышленных предприятиях и в учебных заведениях [2]. В рамках совместного проекта студенческого самоуправления с БРСМ студенты посещали школы и средние учебные заведения, где рассказывали правила

оказания первой медицинской помощи, о вреде курения спайсов, о донорстве, как о важном аспекте в спасении жизни человека. Например, объединенная команда Гродненского государственного медицинского университета и средней школы № 18 г. Гродно принимала участие в ежегодном республиканском фестивале «Старт поколений» в 2015 г. Организаторы фестиваля — Министерство образования Республики Беларусь, Республиканский центр физического воспитания и спорта учащихся и студентов, Белорусская ассоциация студенческого спорта. Основная цель фестиваля — содействие развитию массового физкультурно-спортивного движения, способствующего формированию здорового образа жизни у учащихся и студентов, сотрудников учреждений образования, а также формирование гражданской ответственности, патриотизма, национального самосознания молодого поколения.

Здоровый образ жизни является неотъемлемой частью студенческой жизни. Во время акций «Забей на сигарету» и «Стрельни сигарету» студентам и преподавателям взамен на сигарету предлагались различные виды поощрений, начиная от конфеты и заканчивая возможностью пострелять из пейнтбольной винтовки [2]. Тема здорового образа жизни отражена на многочисленных выставках, где представлены фотоработы и плакаты, созданные студентами, направленные против пагубных привычек. Регулярно организуются выступления студентов в средствах массовой информации по формированию здорового образа жизни.

Студенты медицинского учреждения высшего образования должны быть максимально компетентны в вопросах здоровья, здорового образа жизни, чтобы быть примером и носителем знаний для ровесников во время учебы в вузе и для пациентов — во время работы врачом. Для продвижения здорового образа жизни студентам необходимы знания об основных факторах, формирующих здоровье. Но и при наличии определенных знаний нет гарантии правильного разумного поведения. Темы основ здорового образа жизни встречаются во многих учебных программах, их преподавание в университете зависит от выбора методов и средств обучения. Очень важен интерес к этой теме самих студентов. Обсуждаемые вопросы направлены на формирование ответственности обучающегося за свое здоровье, личностного отношения к здоровому образу жизни. Необходимые способности и навыки лучше всего формируются в процессе взаимодействия, сотрудничества, при применении активных форм учебной работы. Педагоги используют как можно шире интерактивные методы обучения, в ходе которых осуществляется равноценное взаимодействие обучающего и обучаемого [3, 4].

Выбор интерактивного метода зависит от той цели, которую планируются достичь:

Цель обучения	Метод обучения	Усваивается знаний
Передача знаний, информации	Лекции, уроки	20–30 %
Изменение отношения	Дискуссии, ролевые игры, дебаты, шоу-технологии)	90 %
Обучение социальным навыкам	Тренинги, ролевое моделирование	
Обмен взглядами	Дискуссии, дебаты	

Метод должен быть актуальным для молодого возраста, важно не повторяться в темах и не заигрывать проблему. Эффективность методов обучения зависит от того, как сильно затронуты эмоции, чувства обучаемого. Еще одно требование к работе преподавателей — ненавязчивость и необычность мероприятий, тогда обучение объединяет участников, дает возможность им ближе познакомиться и обменяться опытом, поднимает настроение [3, 6].

Постоянно изучается качество организации питания в университете, причины распространения вредных привычек среди учащихся. Со стороны администрации обеспечиваются условия для формирования устойчивой потребности в занятиях физической культурой и спортом. Направляются усилия на поиск новых и более эффективных педагогических технологий, апробируются и реализуются экспериментальные педагогические проекты, направленные на осознание значимости здоровья как ценности, пропагандируются и внедряются оптимальные для здоровья схемы поведения в повседневной и профессиональной жизни.

Очень важно формировать личную ответственность учащейся молодежи за состояние своего здоровья, вырабатывать отрицательное отношение к вредным привычкам, повышать массовость физкультурно-спортивного движения и пропагандировать здоровый образ жизни.

Студенты медицинского университета имеют возможность получить санаторно-курортное лечение во время каникул в санаториях «Приозёрный», «Поречье», «Энергетик», «Світанак» с оплатой 15 % стоимости путевки в период зимних каникул. Они могут получить абонементы в тренажерный зал, бассейн, фитнес-центр [2].

По инициативе Республиканского общественного объединения «Буревестник» организован спортивный клуб «Медик», который является структурным подразделением учреждения высшего образования и служит для улучшения физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы со студентами. Спортклуб взаимодействует с кафедрой физического воспитания и спорта. Организовано 18 секций, где могут заниматься ребята с хорошей физической подготовкой, перспективные, с хорошими техническими данными. В настоящее время работают секции по мини-футболу, баскетболу, проходят занятия по фитнесу. Численность студентов, принимавших участие во внутривузовских спортивных мероприятиях постоянно растет.

Студенты ведут спортивную страничку каждого факультета на сайте университета. Проводятся круглогодичные спартакиады среди факультетов, общежитий. Нововведением является состязание на кубок ректора по дзюдо [2]. Спортивные мероприятия помогают отвлечься от студенческих будней как их участникам, так и болельщикам, происходит формирование интереса и потребности в занятиях физической культурой и спортом. Все более широкому участию в таком активном и полезном досуге способствуют также тематические лекции, беседы, физкультурные праздники и вечера, пропагандирующие занятия физической культурой и спортом.

Большое значение в вузе придается организации досуга студентов, установлению дружественных взаимоотношений между ними и преподавателями. Несколько раз в год проводятся так называемые «медицинские игры» среди команд факультетов и команды преподавателей, включающие боулинг, пейнтбол, аэрохоккей, лазер-таг, картинги и др. Это помогает занять студентов интересным делом, способствует их знакомству с преподавателями и руководством университета вне учебных занятий, а также формирует у молодых людей социальную активность и самостоятельность.

В Гродненском государственном медицинском университете работает виртуальный кабинет психолога. На сайте вуза представлена интересная и полезная информация специалиста, размещены телефоны доверия с указанием времени, доступного для звонков; разговоры бесплатные. В помощь студенту предлагаются материалы по приемам и способам запоминания, борьбы со стрессом, советы «Как бросить курить?» и по другим актуальным вопросам. Возможно получение индивидуальной консультации психолога, в том числе анонимной. Для этого выделены определённые часы приема и место работы специалиста. Психологом разработана адаптационная программа для первокурсников, тренинги для студентов университета. С участием психолога проводятся социально-психологические исследования и социологические опросы.

Для занятости студентов во внеурочное время организована работа студенческого клуба, инструментального кружка и рок-группы «**Oneway**», кружка театра моды «Совершенство», студии эстрадного пения, ансамбля народной песни «**Зараніца**», народного театра танца «**AlmaDea**» [2].

Для укрепления здоровья студентов и продвижения здорового образа жизни в студенческую среду была реализована комплексная программа «Здоровье студента 2008–2010 гг.», основными исполнителями которой выступили члены профсоюзного актива ГрГМУ. Целью работы являлся анализ распространенности острых и хронических заболеваний среди студентов университета, оценка качества оказания амбулаторной медицинской помощи. Анализ заболеваемости, болезненности (по каждой нозологии, курсу, факультету, полу) стал проводиться ежегодно. Все студенты проходят периодические медицинские осмотры. По качеству оказания амбулаторно-поликлинической помощи ежегодно проводится анкетирование студентов.

Социальная сфера университета является одной из самых важных и сложных частей его жизнедеятельности, которая требует ежедневного внимания и заботы. От ее содержания, состояния и функциональной направленности зависит выполнение ее основных задач. Поэтому становится понятным необходимость укрепления и развития этой сферы [4].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Материалы конференции студентов и молодых ученых, посвященной памяти профессора А. А. Туревского: 17–18 апр. 2014 г. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, УО «Гродн. гос. мед.ун-т», Каф. гистологии, цитологии и эмбриологии, Студ. науч. о-во, Совет молодых ученых; [редкол.: В. А. Снежицкий (отв. ред.) и др.]. — Гродно: ГрГМУ, 2014. — 551 с.
2. Сайт УО «ГрГМУ» [Электронный ресурс]. — 2016. — Режим доступа: <http://www.grsmu.by/ru/university/press-center/>. — Дата доступа: 10.09.2016.
3. Чуменко, Е. В. Здоровый образ жизни. Интерактивные методы обучения / Е. В. Чуменко. — Минск: А. Н. Вараксин, 2009. — 96 с.
4. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник: в 2 ч. / И. А. Наумов [и др.]. — Минск: Выш. шк., 2013. — Ч. 1. — 335 с.

УДК 621.039

### ИННОВАЦИОННАЯ СИСТЕМА КОНТРОЛЯ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ И ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ

*Халапсина Т. И.*

**Учреждение образования**

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

Катастрофа на Чернобыльской АЭС, в результате которой значительная территория Беларуси, Украины и России оказалась загрязненной выбросами радиоактивных веществ, заставляет серьезно задуматься об экологических рисках, а также о мерах по охране здоровья населения сегодня и защите общественного здоровья в будущем.

Известно, что дозовая нагрузка на население конкретного региона определяется распределением источников ионизирующего излучения в окружающей среде, что, естественно, отражается и на состоянии общественного здоровья.

Законы Республики Беларусь «О радиационной безопасности населения», «О правовом режиме территорий, подвергшихся радиоактивному загрязнению в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС» [1, 2] устанавливают правовой режим территорий, подвергшихся радиоактивному загрязнению, а также определяют такое понятие, как радиационная безопасность населения: состояние защищенности настоящего и будущих поколений людей от вредного воздействия ионизирующего излучения.

Для обеспечения общественного здоровья населения Республики Беларусь проводится регулярный мониторинг доз облучения, то есть система длительных регулярных наблюдений доз внешнего и внутреннего облучения населения.

С этой целью на территории Республики Беларусь созданы и функционируют 45 пунктов наблюдений радиационного мониторинга, на реперных точках которых ежедневно, включая выходные и праздничные дни, проводится измерение мощности дозы гамма-излучения (сеть наблюдений).

В непосредственной близости от границ Республики Беларусь на территориях сопредельных государств находятся 4 атомные электростанции: Игналинская АЭС (4 км от границы), Чернобыльская АЭС (12 км), Ровенская АЭС (65 км), Смоленская АЭС (75 км). Возникновение аварийных ситуаций на этих ядерно-опасных объектах может повлечь за собой выброс радиоактивных веществ во внешнюю среду и, как следствие, загрязнение территории Беларуси. В соответствии с Протоколом поручений Президента Республики Беларусь, данных в ходе посещения Гомельской области 26–27 апреля 2001 г., создана современная автоматизированная система контроля радиационной обстановки в зонах наблюдения АЭС сопредельных государств (АСРК).

Автоматизированная система радиационного контроля — это сложный комплекс программных и технических средств, функционирующий в режиме реального времени при любых условиях. В автоматизированной системе обеспечивается регулярный сбор показателей датчиков измерения, сравнение измеренных величин с заданными пороговыми значениями и перевод системы в аварийный режим при превышениях, репликация данных измерений в Центры Реагирования, дистанционный мониторинг технического состояния датчиков и элементов системы, отображение данных на электронном публичном табло для информирования населения.

В настоящее время на территории Республики Беларусь функционируют автоматизированные системы радиационного контроля в зонах наблюдения Чернобыльской, Смоленской, Ровенской, Игналинской АЭС.

С целью обеспечения общественного здоровья при введении в эксплуатацию Белорусской АЭС разрабатывается и внедряется специальная Автоматизированная система контроля радиационной обстановки окружающей среды в зоне Белорусской АЭС (АСКРО).

Базовый комплекс АСКРО обеспечивает получение информации о мощности дозы гамма-излучения в 30-километровой зоне вокруг Белорусской АЭС. При штатной работе АЭС это — «фоновые» значения, не представляющие угрозы общественному здоровью.

Автоматизированная система контроля радиационной обстановки окружающей среды в зоне Белорусской АЭС — это часть единой Государственной системы радиационного контроля, предназначенной для обеспечения безопасности и здоровья граждан Республики Беларусь.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. О правовом режиме территорий, подвергшихся радиоактивному загрязнению в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС: Закон Республики Беларусь от 26 мая 2012 г. № 385-3.
2. О радиационной безопасности населения: Закон Республики Беларусь от 05.01.1998 № 122-3.

УДК 614.2

### **ГРУППОВАЯ МОТИВАЦИОННАЯ МАТРИЦА КАК РЕГУЛЯТОР ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ (СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ)**

*Худоногов И. Ю.*

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Ростовский государственный медицинский университет»  
г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация**

Смена общественно-политической формации, то есть социалистических отношений на рыночные привела к резкому изменению мотивационной сферы населения, в которой наиболее значимыми становятся мотивы прагматизации. В соответствии с рабочей гипотезой нашего исследования, перестройка структуры мотивационного поля является определяющим фактором для изменения общественного здоровья.

С целью количественной оценки структурно-функциональных особенностей групповой мотивационной матрицы и ее влияния на общественное здоровье в 2014–2016 гг. было выполнено социологическое обследование 1657 жителей Северо-Кавказского и Южного федеральных округов. Для проверки гипотезы был разработан социологический инструментарий, который позволил выявить мотивы поведения респондентов с использованием символов конкретного предметного мышления, проявляющегося в потоке афферентации (ПА) от этого предмета. Предмет получил название — социально значимый объект (СЗО). Иными словами, методика количественной оценки ПА в популяции базировалась на процедуре оцифровывания информационных потоков от СЗО, для чего были использованы структурированные альтернативные индикаторы: «Были ли у Вас значительные нежиз-

данные перемены к лучшему в последнее время?» — «Да; Нет» и «Ощутили ли Вы значительную потерю для себя в последнее время?» — «Да; Нет». Для каждого вопроса предлагались одинаковые варианты ответов: 1. Это близкий человек; 2. Коллектив; 3. Страна (Родина); 4. Предмет; 5. Деньги; 6. Иллюзии; 7. Любимое занятие; 8. Другое. Каждый ответ «Да» соответствовал одному СЗО. Потеря СЗО добавляла к 1 «минус», приобретение — «плюс». Далее все плюсы и минусы по каждому респонденту суммировались. Результат позволил отнести единицы наблюдения в позитивную, нейтральную или негативную части выборки, соответственно, 1-ю (51 %), 2-ю (42 %) и 3-ю группы (7 % от всех респондентов). В нашем случае номер группы отражал степень неудовлетворенности прагматических мотивов (СНПМ). Самые неудовлетворенные респонденты были собраны в группу № 3. Таким образом, в каждой группе сконцентрировались участники опроса с однотипной мотивационной матрицей (ММ). Структура каждой групповой ММ имела стабильную часть (мотивы аффилиации: близкий человек; коллектив; страна (Родина) — стремление к живому), которая занимала около половины площади матрицы (независимо от номера группы). Вариативная часть (мотивы прагматизации: профессиональная деятельность (карьера); деньги; вещи (предметы) — стремление к неживому), напротив, увеличивалась при переходе от 3-й группы к 1-й в части приобретений и уменьшалась в той же последовательности в части потерь.

Наиболее сильная и достоверная связь была отмечена между СНПМ и индикатором «Суммарная заболеваемость» (СЗ): коэффициент ранговой корреляции (КРК) = +0,94;  $p < 0,01$ . В соответствии с ростом номера группы СЗ составила  $92,4 \pm 3,4$ ;  $105,7 \pm 4,0$  и  $165,1 \pm 11,7$  упоминаний об имеющихся заболеваниях на 100 опрошенных. Кроме того, в 2–4 раза интенсивность заболеваемости 3-й группы была выше, чем 1-й по таким нозологическим группам и формам как: болезни нервной системы; ишемическая болезнь сердца; болезни мочеполовой системы; сахарный диабет; ожирение.

Также вызвало интерес распределение КРК для субиндикаторов, связанных с субъективной самооценкой здоровья (ССЗ), среди респондентов с различной СНПМ. Так, обращает внимание инверсия КРК (резкий переход из зоны отрицательных значений в зону положительных значений) при переходе от субиндикаторов «отличное» и «хорошее» здоровье к субиндикаторам «удовлетворительное», «плохое» и «очень плохое» здоровье (соответственно, КРК: -0,98; -0,92; 1,00; 0,91; 0,98;  $p: < 0,01$ ;  $< 0,01$ ;  $< 0,01$ ;  $< 0,01$ ;  $> 0,05$ ).

Опираясь на представления, в соответствии с которыми мотивы опосредуются ПА от СЗО, мы предлагаем считать ММ базисом информационной модели здоровья (ИМЗ). При этом имеет смысл рассматривать афферентацию от СЗО более детально, то есть рассматривать как социально значимые и те объекты, которые относятся к медицине и формируют афферентацию медицинскую или медиализацию (от англ. medicalization). Таким образом, процесс распространения влияния медицины на все новые сферы общественной жизни, характеризующийся проникновением в массовое сознание медицинского языка и стиля мышления конкретизируется и персонифицируется. Очевидно, что из всех информационных потоков, доставляемых к потребителю различными коммуникантами, наиболее значимым будет поток медиализации, генерируемый врачом. Именно его профессиональная оценка индивидуального здоровья позволяет рассчитать риски (вероятность) наступления того или иного заболевания и смерти. Подобные действия врача можно описать с помощью термина «предвидение», то есть видение результатов действия или бездействия пациента, отсроченных на месяцы, годы, десятилетия. В данной ситуации можно говорить о том, что врач и пациент во время своей коммуникации определяют степень запланированности (запрограммированности) некоторого заболевания, группы заболеваний или их отсутствия (здоровья). Происходит это благодаря формированию рефлексов 2-го, 3-го, 4-го и так далее порядков, которые способствуют дискретному упорядочиванию нейронов в нейрональные ансамбли (НА). Каждый из таких НА можно назвать моделью будущего (его планированием), а процесс построения НА — моделизацией. Это основной механизм управления рисками для здоровья. В группе № 1 этот механизм полноценно за-

пущен у 30 % респондентов, что в 1,6 раза больше, чем в группе № 3 ( $p < 0,05$ ). Однако содержание этого плана, насколько можно судить по величине показателя актуальности факторов риска (ФР), включает всего три позиции, по которым группы отличаются значительно. К ним относятся «Гиподинамия», «Плохие материально бытовые условия», «Непрочность семьи, одиночество». По всем из перечисленных ФР было отмечено более чем двукратное превышение уровня показателей группы № 3 над группой № 1. Вне зависимости от номера групп (СНПМ) наиболее часто респонденты упоминали такие ФР, как «Курение», «Экологические загрязнения», «Постоянный стресс», «Дефицит витаминов, овощей и фруктов», «Избыток жирной пищи», «Злоупотребление алкоголем». На их долю приходилось более половины факторной матрицы. Анализ интегральных показателей ФР позволил установить, что группа № 3 превысила соответствующие показатели группы № 1 — абсолютный риск (АР) составил 71,6 упоминаний на 100 респондентов, а относительный риск (ОР) — 23,2 % ( $p < 0,05$ ). Неотъемлемой частью ИМЗ как плана самосохранительной деятельности является готовность его реализовывать. Больше всего таких респондентов оказалось в группе № 1 — на 15,6 упоминаний на 100 опрошенных или в 4,2 раза больше, чем в группе № 3 ( $p < 0,01$ ). Для оценки общегрупповой готовности к предотвращению рисков упоминания были преобразованы в баллы. Таким образом, было установлено, что по индикатору интегральной готовности корректировать факторы риска, выраженному в баллах, для респондентов с низкой СНПМ АР составил 33,4 упоминаний на 100 респондентов, а ОР — 17,4 % ( $p < 0,05$ ) по сравнению с респондентами с высокой СНПМ. Полученные данные подтверждают гипотезу о том, что существует тесная связь между СНПМ, готовностью противостоять выявленным ФР и способностью планировать свои действия. Успешная реализация функции планирования в масштабах группы наиболее четко отразилась при использовании среднебалльных групповых оценок. Так, группа № 1 по указанному индикатору продемонстрировала АР, который составил 49,6 упоминаний на 100 респондентов, а ОР — 27 % по сравнению с респондентами группы № 3 ( $p < 0,01$ ). Следует отметить, что афферентация медицинской информации, характеризующая успешность процесса моделизации здоровья, имеет самостоятельную самосохранительную эффективность, не зависящую от наличия или отсутствия здоровьесберегающей деятельности. Очевидно, что большая часть пациентов формируется из представителей группы № 3. Если принять структурные параметры группы № 3 за 100 %, а субъектность выразить в баллах (3 балла — максимально выраженные лидерские качества), то появляется возможность графически оценить темп роста (ОР) соответствующих структурных элементов в группах № 1 и 2, который оказался близок к линейному.

Полученные данные позволяют предположить преобладание определенного психологического типа у респондентов группы № 3. Чаще всего это люди со слабо выраженными лидерскими качествами, но хорошие исполнители. При этом статус ведомого превращается в преимущество, и повышенная комплаентность обеспечивает более успешную медицинскую моделизацию (медикализацию) с последующим понижением их локальной СНПМ. Таким образом, личное общение в системе «врач-пациент» способно определять общественный результат, поскольку в условиях возрастающей медикализации единственным позитивным с точки зрения сохранения здоровья коммуникантом является лечащий врач. Тем не менее, как следует из разработанной нами модели управления общественным здоровьем, врач выполняет функции социального института. Он формирует ячейки мотивационной матрицы: он передает пациенту общие знания о структуре и функциях человеческого организма, а затем заполняет эти ячейки (индикаторы) индивидуальной значимой медицинской информацией, полученной в результате объективного обследования, которая содержит оценку рисков развития того или иного заболевания. Если представить реальный процесс коммуникации врача и пациента, то он, как правило, заканчивается на первом этапе, то есть на этапе устранения неприятных ощущений или состояний. Никакие модели органов и систем в сознании пациентов не формируются. Тем более никто из больных не в состоянии ощутить себя хозяином (владельцем и управленцем) собственного

биосоциального организма (механизма), готовым активно сопротивляться любым попыткам отстранить его от контроля за всеми составляющими собственного здоровья. Иными словами, стратегическое партнерство врача и пациента на современном этапе развития здравоохранения по техническим причинам невозможно. Такая задача не ставится, не оплачивается в рамках Программы государственных гарантий и, соответственно, не решается. Тем не менее общественное здоровье (ОЗ) не может считаться неуправляемым. При рассмотрении популяционного уровня, на котором действуют социальные институты (СИ), повторяются те же закономерности. На первом этапе СИ социализирует контактирующее с ним население, формирует в сознании соответствующие ячейки мотивационной матрицы, которые связаны с реальным предметным миром. Каждый такой предмет, включая деньги, профессиональные навыки и конкретную должность в рамках указанного СИ, становится ячейкой, осмысленной как собственность, как часть моего «Я», или (в предлагаемой терминологии) индикатором (опредмеченной потребностью, нейрональным ансамблем). Для превращения ячейки ММ в мотив соответствующий ей предмет изымается. Обрыв афферентации приводит к демоделизации, которая в периоды экономических кризисов приобретает массовый характер, повышает СНПМ и снижает показатели ОЗ.

УДК 616-057:616-056.3]-036/838

**ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ПЕРВИЧНОЙ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
ПАТОЛОГИИ У РАБОТАЮЩИХ В АЛЛЕРГООПАСНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА**

*Шевляков В. В.<sup>1</sup>, Филонюк В. А.<sup>2</sup>, Эрм Г. И.<sup>2</sup>, Чернышова Е. В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Минский инновационный университет»,

<sup>2</sup>Республиканское унитарное предприятие

«Научно-практический центр гигиены»

г. Минск, Республика Беларусь

Все более широкий контакт работников с промышленными иммунотоксикантами и аллергенами (промаллергены) биологической и химической природы вызывает напряжение и дезадаптацию индивидуального и коллективного иммунитета и сопровождается возрастанием аллергической, инфекционной и хронической патологии. Причем перечень промаллергенов и соответственно видов работ с ними постоянно возрастает, обуславливая постоянное увеличение контингента работающих в аллергоопасных условиях труда (в республике количество таких работников превышает 200 тысяч человек) [1].

При этом у части контактирующих с промаллергенами работников формируются профессиональные аллергические заболевания (далее – ПАЗ), первоначально преимущественно в форме аллергодерматозов, а в последующем - в более тяжелых клинических формах (аллергозы органов дыхания, системные аутоаллергические поражения), а также производственно обусловленная иммунозависимая патология.

К настоящему времени обоснованы 4 степени аллергоопасности условий труда (от 1 — малоопасной до 4 — чрезвычайно опасной) по величине интегрального показателя, учитывающего количественные критерии аллергенной активности, концентрации и пути поступления в организм промаллергена, комбинированного воздействия других токсических и аллергенных веществ, сочетанного влияния физических неблагоприятных факторов производственной среды. Степеням аллергоопасности труда соответствует и определенный уровень нарушений здоровья у работников, обусловленных выраженностью функциональной недостаточности системы иммунитета, и вероятностный риск формирования ПАЗ (от потенциального риска с вероятностью до 3 % до чрезвычайно высокого — с вероятностью более 30 %) [2].

В решении проблемы снижения ПАЗ и производственно обусловленной иммунозависимой патологии, учитывая высокий социальный и экономический ущерб в результате временной нетрудоспособности и инвалидности, возрастает роль первичной медицинской профилактики.

Наряду с гигиеническим нормированием промаллергена и контролем его содержания в соответствующей производственной среде первоочередную значимость и эффективность предупреждения ПАЗ, особенно с учетом особенности этиопатогенеза аллергических заболеваний, имеют предварительные медицинские осмотры лиц при поступлении на аллергоопасные работы.

В причинной зависимости формирования ПАЗ важнейшую роль играют нарушения исходного состояния иммунного гомеостаза лиц, поступающих на работу с аллергоопасными условиями. Воздействие аллергена на организм реализуется в форме иммунного ответа, направленного на распознавание, обезвреживание и выведение генетически чужеродной информации. При этом повторное длительное поступление промаллергена сопровождается переходом иммунного ответа в более напряженное адаптационное гипериммунное состояние системы иммунитета (сенсбилизация), опосредуемое механизмами высоко- и низкодозной толерантности, которое поддерживает уровень гомеостаза. Однако, прежде всего, у индивидуумов с генетическими (первичные иммунодефицитные состояния — ИДС) или приобретенными (вторичные ИДС) нарушениями системы иммунитета в аллергоопасных условиях труда она не в состоянии полноценно выполнять гомеостатические функции. Вследствие ее дезадаптации (состояние неполной толерантности), характеризующейся нарушением регуляции и кооперации иммунокомпетентных клеток, а затем и их функций, дисбалансом цитокинов, происходит трансформация защитных гипериммунных реакций в аллергические с соответствующим повреждением собственных тканей и клиническими проявлениями.

Нарушения иммунологической реактивности являются единой патогенетической основой формирования аллергических заболеваний и всех других иммунопатологических состояний (ИПС). Поэтому именно у лиц с аллергиями отмечается первичная или вторичная некомпетентность клеточных и нейрогуморальных механизмов иммунного гомеостаза (иммунная недостаточность). В связи с этим главной задачей врачей-специалистов на этапе предварительных медосмотров является своевременное выявление этих лиц, дифференцированный медицинский отбор и ограничение приема на РАБОТУ С аллергоопасными условиями труда.

На основе иммунопатогенеза аллергических заболеваний обоснованы следующие критерии медицинского профессионального отбора работников на работу с аллергоопасными условиями труда:

- отягощенный наследственный иммуноаллергологический анамнез;
- отягощенный собственный иммуноаллергологический анамнез;
- ретроспективные медицинские противопоказания;
- объективные клинические противопоказания.

*Отягощенный наследственный иммуноаллергологический анамнез.* У 12–36,4 % работников разных производств выявлены в анамнезе те или иные ИПС у близких родственников, то есть они имели отягощенный анамнез (аллергическую «предрасположенность») уже при поступлении на работу. Нашими исследованиями [3] доказан высокий риск формирования ПАЗ у этих лиц (вероятность 90–95 %,  $X^2 = 3,34$ , при  $0,05 < p < 0,1$ ), поскольку установлено развитие ПАЗ или характерного симптомокомплекса аллергического характера у 72,7–81,8 % работающих в аллергоопасных условиях, изначально имевших аллергическую наследственную «предрасположенность» (у 12,4 % обследованных лиц).

Следовательно, врачам-специалистам нужно обращать внимание на тщательный опрос соответствующего претендента на должность (при первичном медосмотре) или работника (при периодическом медосмотре) об аллергических, аутоиммунных, первичных иммунодефицитных, хронических инфекционно-воспалительных, рецидивирующих заболеваниях у близких родственников (двух поколений).

*Отягощенный собственный иммуноаллергологический анамнез.* Выявление лиц с иммунной гиперреактивностью (гиперчувствительностью) – весьма информативный критерий персонализированного профессионального отбора поступающих на работу с аллергоопасными условиями труда, так как у 72–75 % установленных лиц с отягощенным собственным иммуноаллергологическим анамнезом (8–14 % обследованных) в аллергоопасных условиях труда 2–3-й степени развивалась аллергопатология (уровень значимости  $0,05 < p < 0,1$ ,  $X^2 = 3,62$ ) [3].

Поэтому при опросе обследуемого необходимо обращать особое внимание на выявление имевшей место гиперреакции на профилактические прививки, лекарственные средства, косметические средства и средства бытовой химии, укусы насекомых, на сведения о предшествующих профессиональных контактах с токсическими и сенсибилизирующими веществами и возможных реакциях организма.

*Ретроспективные медицинские противопоказания.* У 11,8 % обследованных работников с установленными в анамнезе иммунопатологическими состояниями (коллагенозы, язвенная болезнь, гепатиты и т.п.) и хроническими инфекционно-воспалительными процессами (пневмонии, бронхиты, гнойничковые заболевания кожи и т. п.) в контакте с промышленными аллергенами аллергические заболевания возникали в среднем у 84,2 % из них ( $X^2 = 9,18$ ,  $p < 0,01$ ). К этой же группе следует относить часто и длительно болеющих острыми респираторными воспалительно-инфекционными заболеваниями (более 4–5 раз в год), вероятная сопряженность которых с аллергиями достигала 80,6 % ( $X^2 = 13,66$ ,  $p < 0,01$ ).

Следовательно, методом опроса и ретроспективным анализом медицинской документации (амбулаторные карты и другие источники информации о состоянии здоровья поступающих из организаций здравоохранения по месту жительства, прежней работы или учебы) выявляют анамнестические формы иммунной недостаточности, протекающей под маской заболеваний инфекционного, аутоиммунного, аллергического, иммунопролиферативного характера или их сочетаний, а также патологических процессов, основой которых является иммунная недостаточность — рецидивирующие, хронические «вялые» инфекции и воспаления в различном их сочетании, локализации и клиническом выражении.

*Объективные клинические противопоказания.* Для приема на работу с аллергоопасными условиями труда их подразделяют на две группы.

К общим медицинским противопоказаниям относят выявленные заболевания, вообще препятствующие трудовой деятельности в опасных и вредных условиях труда (регламентированы в приложении 4 «Инструкции о порядке проведения обязательных медицинских осмотров работающих», утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.04.2010 г. № 47).

К целевым медицинским противопоказаниям к допуску на работу с аллергоопасными условиями труда относят выявленные заболевания, на которые могут оказать ухудшающее влияние производственные факторы вплоть до возможного формирования ПАЗ. К таким заболеваниям (синдромам) отнесены:

- распространенные атрофические изменения верхних дыхательных путей, гиперпластический ларингит, папилломатоз гортани (J31, J37, D 14.1 – коды по МКБ-10);
- хронические заболевания органов дыхания (J40 – J47);
- аллергические заболевания (J30, J33, L20 – L23);
- хронические заболевания кожи (L00 – L99);
- активные формы туберкулеза органов дыхания (I и II группа учета) (A15 – A19).

При выявлении у осматриваемого лица отягощенного наследственного и собственного иммуноаллергологического анамнеза, первичных и вторичных ИДС, которые чаще всего сочетаются у одних и тех же лиц (в целом составляют 6–12 % обследованных) и с высокой вероятностью сопряжены с последующим формированием профессиональной аллергопатологии в условиях производственного контакта с промаллергеном, его не рекомендуется допускать к приему на работы с аллергоопасными условиями труда 2-й степени и выше (согласно указанной информации в направлении нанимателя или заключении уч-

реждения, осуществляющего государственный санитарный надзор). Решение по медицинскому профессиональному отбору работников является компетенцией врачей-специалистов, а требования к исходному состоянию здоровья претендентов на занятие должности должны быть тем более «жесткими», чем выше степень алергоопасности нп конкретных рабочих местах.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Классификация и перечень алергоопасных для человека промышленных веществ, основные меры профилактики: руководство Р11-11-11 РБ 02 / В. В. Шевляков [и др.] // Сборник офиц. документов по медицине труда и произв. санитарии. — Минск: ПЧУП «Бизнесофсет», 2003. — Ч. XI. — С. 94–126.
2. Критерии гигиенической оценки степени алергоопасности производственной среды : инструкция 2.2.5.11-11-24-2003 / постановление Глав. гос. сан. врача РБ от 21.11.03 г. № 142 // Сборник офиц. документов по медицине труда и произв. санитарии. — Минск: ПЧУП «Бизнесофсет», 2004. — Вып. XIII. — С. 106–121.
3. Шевляков, В. В. Алергоопасность производственной среды и риск формирования профессиональных алергических заболеваний, их профилактика / В. В. Шевляков // Охрана труда. — 2007. — № 10. — С. 61–67, 82–84.

УДК 616.895.8-036.22(476)

### ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ШИЗОФРЕНИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

*Шилова О. В.*

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

Статистическая информация о здоровье населения является основой подготовки решений по совершенствованию политики, выбору приоритетов, определению стратегии развития системы охраны здоровья в стране. Особую актуальность представляет повышение возможностей государственной статистики по обеспечению полноты и достоверности информации, а также сопоставимости статистической информации как внутри страны, так и в сравнительно-международном аспекте.

Изучению эпидемиологии психических расстройств в последние десятилетия посвящено множество работ во всем мире. Это связано с увеличением их числа, что вызвано усложнением социальной и экономической ситуации, значительным бременем данных расстройств для системы здравоохранения и общества в целом. Большое значение имеет снижение трудоспособности, качества жизни пациентов и членов их семей, а также роль психических расстройств в утяжелении течения соматических заболеваний. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, по системе DALY (количество лет с поправкой на качество жизни), психические расстройства занимают лидирующую позицию [1, 5].

Шизофрения является хроническим психическим расстройством с началом в молодом возрасте, приводящая к серьезным нарушениям мышления, восприятия, эмоций и поведения в целом. Хотя доля пациентов с шизофренией среди всей патологии невелика, суммарное бремя значительно превышает другую патологию. Это связано с прогрессирующим течением, прогнозируемым снижением трудоспособности и высокой потребностью в медицинской помощи и реабилитации [2]. Структура расходов государства включает как прямые затраты на оказание медицинской помощи (стационарное лечение, диспансерное наблюдение, медикаменты), так и косвенные. К ним обычно относят потери от недополученного валового внутреннего продукта вследствие временной и стойкой нетрудоспособности. При этом, как правило, не учитываются затраты немедицинских ведомств (социального обеспечения и пенитенциарной системы) и бремени семей как экономического, так и эмоционального.

Оптимизация организационно-методологических подходов оказания помощи невозможна без достоверных статистических данных об эпидемиологических характеристиках контингента, динамики и прогноза, учитывая высокую долю стационарного лечения в нынешних условиях и тенденцию к стационарзамещающим технологиям. Остается также высокой потребностью в совершенствовании системы реабилитации.

Согласно мировым эпидемиологическим исследованиям, количество пациентов составляет от 0,2 до 0,7 % населения и не зависит от географических, экономических, экологических характеристик региона. Выявленные различия касались доступности медицинской помощи, количества и подготовленности врачей-психиатров, а также культуральных и религиозных особенностей, влияющих на обращаемость населения. В ряде исследований показано, что не столько количество психиатров, сколько информированность населения и особенности стигматизации психических расстройств в регионе влияли на обращаемость [3].

По данным обзора большого количества эпидемиологических исследований, проведенного F. Jacobi и соавт. за 2000–2004 гг., болезненность психотическими расстройствами составляла 26 случаев за 1 год и 45 случаев за всю жизнь на 1000 населения в возрасте 18–65 лет (принимая во внимание любой психотический синдром) [4, 5]. Психотические синдромы в этом исследовании включали шизофрению, шизоаффективные и бредовые расстройства, а также психотическую симптоматику в рамках депрессивных и биполярных расстройств. Первичная заболеваемость, если следовать узким понятиям шизофрении, находилась в диапазоне между 0,7 и 1,4 случая на 10 тыс. населения. Заболеваемость психотическими расстройствами составила от 1,6 до 4,2 случая на 10 тыс. населения ежегодно. Эти показатели аналогичны результатам, полученным в некоторых других работах: 1,7 случая на 10 тыс. в год только для шизофрении (по МКБ-10) и 1,9 на 10 тыс. в год при использовании более широкого понятия болезни, включавшего также и параноидные расстройства [2].

Доступная статистическая информация о пациентах с психическими расстройствами (в том числе с шизофренией) касается первичной заболеваемости, заболеваемости и инвалидности. Так, в 2013 и 2014 гг. по Республике Беларусь было выявлено 521 и 549 случаев шизофрении (соответственно, 5,5 и 5,8 на 100 тыс. человек). Если, как принято в Европейских исследованиях суммировать все психотические неорганические расстройства (в сумму мы не включали острые, преходящие и неорганические психозы), то первичная заболеваемость составит, соответственно 1269 и 1232 человека, или 13,5 и 13,1 на 100 тыс. населения [5]. Имеющиеся различия могут быть объяснены особенностями диагностики и сроками установления диагноза «шизофрения» после первого психоза, зашифрованного как «острое психотическое расстройство».

В 2013 и 2014 гг. заболеваемость шизофренией составила, соответственно, 23011 и 22617 человек (243,1 и 238,7 на 100 тыс. населения). В широком понятии (психотические расстройства) — соответственно, 30917 и 30744 пациентов, или 326,7 и 324,4 на 100 тыс. человек. Если привести показатели к виду, пригодному для сравнения (возраст пациентов от 18 до 65 лет), то заболеваемость шизофренией составила 296,6 и 292,3 на 100 тыс. человек в 2013 и 2014 годах соответственно. В широком смысле психотических расстройств показатели следующие: 390 и 387,1 на 100 тыс. населения [5]. Таким образом, она значительно ниже диапазона показателей, полученных в результате международных исследований (45 случаев на 1000 населения, или 4500 на 100 тыс. населения).

Согласно статистической отчетности, имеются данные о контингенте пациентов, состоящих на диспансерном учете по целой группе заболеваний, кроме шизофрении, в группу включены шизоаффективные психозы, шизотипическое расстройство, аффективные психозы с неконгруэнтным бредом. Контингент составляет на конец 2014 г. 21392 человека. Сняты с наблюдения в связи со стойким улучшением 385 пациентов. Пролечены стационарно только с шизофренией 12360 пациентов, со всеми перечисленными психотическими расстройствами — 15019 человек [5].

Показатель заболеваемость определяется как количество пациентов, обратившихся по поводу данного заболевания в данном году плюс снятые с учета в связи со стойким улучшением (медицинская карта передается в архив), со смертью или помещением в специализированное учреждение социального обслуживания (интернат). Снятие с учета свидетельствует не только об улучшении течения заболевания в виде отсутствия продуктивной симптоматики (галлюцинаций, бреда), но и о снижении потребности в медицинской помощи. При этом часто остается высокой потребность в реабилитации и социальной помощи, снижается качество жизни, растет бремя семей.

Таким образом, статистическое и организационно-методическое обеспечение эпидемиологии шизофрении в Республике Беларусь не позволяет определить точное количество пациентов с данной патологией в стране. Проблемное поле эпидемиологии шизофрении заключается в отсутствии учета пациентов, не состоящих на активном диспансерном учете и в группе консультативного наблюдения. Вне поля зрения оказываются пациенты с шизофреническим дефектом: с нарушениями эмоций, мышления и поведения. Это социально дезадаптированные, одинокие или полностью зависящие от родственников люди с высокой потребностью в медико-социальной помощи. Вне официальной медицинской статистики оказываются также подопечные учреждений социального обслуживания и опеки, хотя медицинская помощь им (в том числе стационарная) периодически оказывается. Результатом является недооценка медицинской и социальной значимости проблемы, а также сложности планирования, организации и прогнозирования перспектив в оказании медицинской помощи данному контингенту и его реабилитации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Психическое здоровье населения мира: эпидемиологический аспект (зарубежные исследования 2000–2010 гг.) / И. А. Митихина [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. — 2011. — № 6. — С. 4–14.
2. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders / Wulf Roessler [et al.] // European Neuropsychopharmacology. — 2005. — Vol. 15. — P. 399–409. — Режим доступа: <http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/roessler-schizophrenia-europe-2005.pdf>. — Дата доступа 05.09.2016
3. Bernice, A. Комплексный взгляд: лицом к лицу с вопросами, как и почему люди решают обратиться или не обратиться за психиатрической помощью / World Psychiatry (на русском) / A. Bernice Pescosolido // Sigrun Olafsdottir. — 2013. — № 3. — P. 261–263. — Режим доступа: <http://psychiatr.ru/magazine/wpa/38/718>. — Дата доступа: 31.08.2016.
4. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS) / F. Jacobi [et al.] // Psychological Medicine. — 2004. — Vol. 34. — P. 1–15. — Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15099415>. — Дата доступа: 05.09.2016.
5. Психиатрическая помощь населению Республики Беларусь 2014 г.: информ.-стат. сб. / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья / сост.: А. И. Старцев [и др.]. — Минск: Профессиональные издания, 2015. — 122 с.

УДК 614.2:613.84

### ВРАЧИ: ОТНОШЕНИЕ К КУРЕНИЮ И ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА БОРЬБУ С КУРЕНИЕМ

*Щавелева М. В.<sup>1</sup>, Вязьмин А. М.<sup>1</sup>, Шваб Л. В.<sup>1</sup>,  
Романова А. П.<sup>1</sup>, Шпаковская Е. В.<sup>1</sup>, Кузнецов Я. О.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Государственное учреждение образования  
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

<sup>2</sup>Учреждение здравоохранения

«5-я городская клиническая поликлиника»

г. Минск, Республика Беларусь

На сегодняшний день бремя хронических неинфекционных заболеваний (НИЗ) становится все большей угрозой социально-экономическому развитию страны. Опыт организации деятельности систем здравоохранения многих государств свидетельствует, что в течение длительного времени была недооценена роль факторов риска (ФР) развития НИЗ. Сегодня аксиомой является положение о том, что вмешательства на популяционном уровне должны быть сосредоточены на трех основных направлениях: борьба с курением, профилактика злоупотребления алкоголем, улучшение рациона питания и физическая активность [1]. В приведенном списке борьба с курением занимает первое место. Вместе с тем приходится констатировать, что даже известные политические лидеры [2, 3] относятся к ряду направлений этой работы скептически. Неудивительно, что доля «регулярных курильщиков» во многих странах остается высокой, а потребление табака представляет серьезную проблему для здравоохранения. Республика Беларусь не является исключением. По данным «страновой оценки» [1], по доле «регулярных курильщиков» среди муж-

ского населения наша страна входит в топ-5 стран Европейского региона, а доля курящих женщин, хотя не столь угрожающе велика, но за 2000–2011 гг. увеличилась почти в 2 раза. Как указывалось выше, борьба с никотинизацией, несмотря на подписание целого ряда международных документов, находит поддержку не у всех членов общества, в том числе и политиков. В этой связи нами было изучено мнение врачей-специалистов, обладающих профессиональными знаниями и потому больше других членов общества понимающих вред табакокурения, а также знакомых с рядом направлений антитабачной деятельности.

Предметом исследования являлось отношение респондентов к курению и проводимым антитабачным мероприятиям. Объект исследования — слушатели кафедры общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО. Инструмент исследования — авторская анкета, состоящая из 36 закрытых и полужакрытых вопросов, касающихся идентификации респондентов как курильщиков или некурящих, их личного отношения к различным аспектам табакокурения, оценки опрошенными действенности проводимых мер по противодействию курению. Таким образом, нами изучались данные по двум основным позициям: личное отношение к курению, оценка проблемы курения в общегосударственном масштабе. Закрытые вопросы анкеты предполагали: единичный, множественный выбор, шкалу. Разработаны 4-балльные шкалы: оценка «0» — отсутствие эффективности, «1» — низкая эффективность; «2» — средняя; «3» — высокая. При оценке ответов в расчет принимались только валидные (полученные).

Для валидации истинного (неформального) отношения респондентов к курению респондентам предлагалось перечислить ассоциации (слова), которые возникают у них при слове «курение».

Полученные данные обработаны с привлечением методов параметрической и непараметрической статистики.

Опрошено 70 врачей, в том числе 29 (41,4 %) мужчин и 41 (58,6 %) женщина. Средний возраст опрошенных —  $41,7 \pm 0,93$  года. Из общего числа респондентов курящих оказалось 27,1 %. Среди мужчин этот показатель — 34,5 %, среди женщин — 21,9 %.

Ассоциации, возникающие в связи со словом «курение», у 77,9 % респондентов были негативными (резко негативными) и сопровождались словами «болезнь», «фрак», «онкология», «смерть», «вонь», «слабоумие», «лентяйка» и пр. Гораздо меньшее число респондентов (5,9 %) перечислили слова, характеризующие возникновение положительных ассоциаций: «романтика», «гитара», «релакс» и пр. В ответах остальных респондентов присутствовали слова как первой (негативной) группы ассоциаций, так и второй (позитивной). У некурящих респондентов негативные ассоциации возникали достоверно чаще (Yates corrected  $\chi^2 = 18,74$ ;  $p = 0,000$ ).

По данным нашего опроса, 78,9 % курящих респондентов начали курить в средней школе или в вузе, а на их выбор в основном (52,6 %) повлияли друзья. Как результат, 57,9 % из курящих респондентов курят в течение 10-25 лет. На вопрос о причинах курения в настоящее время 42,1 % ответили, что это помогает расслабиться, а 52,6 % — снять эмоциональное напряжение. Остальные причины менее значимы.

Определенная часть курящих респондентов готова отказаться от данной привычки. На вопрос «почему», получены неоднозначные ответы: высказано понимание того, что курение вредит здоровью, проявлялось беспокойство о своем здоровье (соответственно, 47,4 и 31,6 %). Настораживает, что в интересах здоровья детей готовы отказаться от курения всего лишь 15,8 %.

Эффективность проводимых в стране мероприятий по профилактике и борьбе с табакокурением (таблица 1) в ответах большинства респондентов была оценена как низкая (балл — «1»). Мнения курящих и некурящих респондентов по многим позициям не совпали ( $U = 278$ ;  $p = 0,002$ ). Следует отметить, что только некурящие респонденты в ряде своих ответов указывали на высокую эффективность мероприятий по профилактике и борьбе с табакокурением.

При оценке эффективности отдельных институтов общества в борьбе с табакокурением эффективность средств массовой информации (СМИ) курильщики оценивали достоверно ниже, чем некурящие ( $U = 259,5$ ;  $p = 0,014$ ).

Таблица 1 — Оценка эффективности проводимых в стране мероприятий по профилактике табакокурения

Оценка	Курящие, % ответов	Некурящие, % ответов
Отсутствует	15,8	0
Низкая эффективность	73,7	56,9
Средняя эффективность	10,5	33,3
Высокая эффективность	0	9,8

Аналогичный разброс мнений курящих и некурящих наблюдается относительно оценки деятельности по профилактике табакокурения учреждений образования ( $U = 223$ ;  $p = 0,006$ ) и медицинских учреждений ( $U = 284$ ;  $p = 0,042$ ) (таблица 2).

Таблица 2 — Оценка эффективности институтов общества в профилактике табакокурения курящими и некурящими респондентами

Оценка	СМИ		Учреждения образования		Медицинские учреждения		Семья	
	курящие, % ответов	не курящие, % ответов	курящие, % ответов	не курящие, % ответов	курящие, % ответов	не курящие, % ответов	курящие, % ответов	не курящие, % ответов
Отсутствует	29,1	6,1	25,0	4,1	0	2,0	0	2,1
Низкая эффективность	47,1	44,9	37,5	28,6	64,7	32,7	17,6	18,8
Средняя эффективность	17,6	28,6	37,5	46,9	29,4	49,0	35,3	20,8
Высокая эффективность	5,9	20,4	0	20,4	5,9	16,3	47,1	58,3

Вместе с тем курящие респонденты довольно часто указывали на отсутствие эффекта в антитабачной деятельности учреждений образования. По нашему мнению, такой ответ объясняется личным опытом, на который мы указывали выше: большая часть начала курить в школе или в вузе. К сожалению, как низкоэффективную оценили деятельность медицинских учреждений по профилактике и борьбе с курением 64,7 % курящих респондентов и 32,7 % некурящих. С точки зрения полученных нами ответов, самую большую роль в профилактике курения респонденты отводят семье.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения. Страновая оценка: Беларусь / М. Скарпединдоттир [и др.]. — Copenhagen: ЕРБ ВОЗ, 2016. — 72 с.
2. Лавров, С. В. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki>. — Дата доступа: 19 июля 2016.
3. Мэй, Т. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki>. — Дата доступа: 19 июля 2016.

УДК 616-12

## РОЛЬ «ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ» В КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У НАСЕЛЕНИЯ

*Эккерт Н. В., Михайловский В. В.*

**Государственное образовательное учреждение  
высшего профессионального обучения**

**«Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова»  
г. Москва, Российская Федерация**

В большинстве экономически развитых стран мира в последние десятилетия в структуре причин смертности населения лидирующее место занимают болезни системы кровообращения (БСК).

Среди сердечно-сосудистых заболеваний особое внимание необходимо уделять артериальной гипертензии (АГ), которая может являться причиной не только временной, но и стойкой нетрудоспособности граждан, а также приводить к летальным исходам [1].

Согласно мнению отечественных и зарубежных исследователей, основные факторы риска (ФР) артериальной гипертензии можно подразделить на модифицируемые, трудно-модифицируемые и немодифицируемые.

Большинство модифицируемых ФР относятся к поведенческим: несбалансированное питание, избыточное потребление поваренной соли, курение, низкая физическая активность, стресс, низкая приверженность к лечению, избыточная масса тела, хроническое психоэмоциональное напряжение и др. Данные поведенческие ФР могут приводить к разнообразным биохимическим нарушениям (ожирению, дислипидемии, гипергликемии), увеличивающим риск возникновения осложнений сердечно-сосудистых заболеваний.

К трудно-модифицируемым ФР развития артериальной гипертензии ряд исследователей относит различные неблагоприятные социальные факторы: низкий уровень образования, низкий социальный статус, низкий уровень доходов, безработица, неудовлетворительные жилищные условия и (или) одинокое проживание, которые сильно коррелируют с высокой заболеваемостью и смертностью от АГ. Предполагают, что повышенный риск развития артериальной гипертензии и других БСК у лиц с низким уровнем образования, а также у тех, кто не имеет своей семьи, связан с низкой приверженностью к лечению.

К трудно-модифицируемым ФР развития АГ относят также определенные виды профессиональной деятельности, например, работу авиадиспетчера, пилота, водителя, охранника, хирурга. Все перечисленные профессии объединяет высокий уровень стресса и необходимость для работника сохранять в течение рабочего дня постоянную концентрацию внимания, что нередко приводит к психоэмоциональным перегрузкам с неблагоприятными последствиями для здоровья человека. Кроме того, развитию АГ может способствовать профессиональная деятельность, сопровождающаяся повышенным уровнем шума, вибрацией, а также сменный график работы, связанный с нарушением режима сна и бодрствования.

К немодифицируемым ФР артериальной гипертензии относятся наследственность, пол, возраст. Среди этой группы факторов риска особое значение придается наследственной предрасположенности к артериальной гипертензии и пожилому возрасту. Так, например, установлено, что распространенность АГ увеличивается с возрастом и достигает около 50–80 случаев на 100 человек в возрасте старше 65 лет.

Для каждого пациента, страдающего артериальной гипертензией, должны быть определены все возможные факторы риска развития данного заболевания и их потенцирующее неблагоприятное прогностическое влияние должно учитываться при планировании индивидуальных и групповых программ профилактики [1, 2].

При этом необходимо учитывать, что профилактические программы в отношении пациентов с АГ должны быть направлены, в первую очередь, на коррекцию поведенческих факторов риска. Для этого необходимо повышение информированности населения, особенно пациентов с АГ, о вышеперечисленных ФР, повышение мотивации к ведению здорового образа жизни и формированию партнерства и взаимодействия между пациентами и врачами при проведении долговременного лечения, коррекции гипотензивной терапии и др. Не вызывает сомнения тот факт, что профилактические мероприятия наиболее целесообразно проводить на ранних стадиях артериальной гипертензии до развития поражений органов-мишеней и различных осложнений.

Эффективность проводимой профилактики в отношении АГ во многом определяется профессиональными знаниями, навыками и умениями врачей и сестринского персонала в области санитарно-гигиенического обучения населения, организацией профилактической деятельности поликлиник и других медицинских организаций, оказывающих ПМСП населению, работой средств массовой информации с целью дополнительной информированности населения о здоровом образе жизни и об основных факторах риска развития артериальной гипертензии и др.

Учитывая большую медико-социальную значимость заболеваний системы кровообращения (в том числе артериальной гипертонии) для общества, необходимо расширение возможностей проведения различных профилактических программ для населения в отношении БСК [2].

В последние годы в Российской Федерации были открыты Центры здоровья, на базе которых возможна эффективная реализация программ профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и программ формирования здорового образа жизни среди населения. Эти учреждения созданы и функционируют в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 543н от 15 мая 2012 г. «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» [3].

Структура Центров здоровья утверждается руководителями медицинских организаций, в составе которых они организованы. В структуру Центров здоровья рекомендуется включать: кабинет медицинской профилактики; учебные классы (аудитории) Школ здоровья (Школ пациентов); кабинет (зал) лечебной физкультуры и др.

Основными задачами Центра здоровья являются:

1. Формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких.
2. Мотивирование их к отказу от вредных привычек, в том числе отказу от потребления алкоголя и табака.
3. Повышение информированности граждан о факторах риска неинфекционных заболеваний, а также распространение знаний и навыков по ведению здорового образа жизни.
4. Выявление факторов риска сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний.
5. Выявление лиц с высоким риском развития сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний и, при необходимости — направление к соответствующим специалистам.
6. Консультирование граждан по вопросам сохранения и укрепления здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятием физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха.
7. Координация с медицинскими и немедицинскими организациями по организации профилактических мероприятий.

Функционирующие на базе Центров здоровья «Школы здоровья» для пациентов с артериальной гипертонией позволяют проводить групповое и индивидуальное профилактическое консультирование больных с заболеваниями системы кровообращения, а также санитарно-гигиеническое обучение населения [3, 4]. «Школы здоровья» для пациентов с АГ организуются в поликлиниках, кардиологических диспансерах, Центрах медицинской профилактики, санаториях-профилакториях и в других медицинских организациях.

Цель организации данных «Школ здоровья» для пациентов с артериальной гипертонией — оптимизация, совершенствование и повышение доступности и качества медицинской профилактической помощи населению, в частности - пациентам с артериальной гипертонией.

Среди основных задач «Школ здоровья» необходимо выделить следующие:

- повышение информированности пациентов с АГ о заболевании и основных факторах риска его возникновения;
- повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья;
- формирование рационального и активного отношения пациента к заболеванию, мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению и выполнению рекомендаций врача;
- формирование у пациентов умений и навыков по самоконтролю за состоянием своего здоровья, оказанию первой доврачебной помощи в случаях обострений и кризов;
- формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на их здоровье поведенческих ФР (питание, двигательная активность, управление стрессом), отказ от вредных привычек и др.;
- формирование у пациентов практических навыков по анализу причин, факторов, влияющих на здоровье, и обучение пациентов составлению плана индивидуального оздоровления.

После окончания обучения в данной «Школе здоровья» пациенты должны уметь:

- применять полученные знания для самоконтроля за состоянием здоровья,
- вести дневник пациента;
- проводить самооценку и контроль за уровнем артериального давления и основными факторами, влияющими на течение заболевания;
- следовать назначениям врача, не заниматься самолечением;
- применять средства доврачебной помощи и самопомощи;
- контролировать вес тела;
- контролировать основные факторы риска возможных осложнений АГ;
- для курящих пациентов — принять решение бросить курить, уменьшить вред курения на собственное здоровье и здоровье окружающих;
- контролировать уровень стресса, стрессовое поведение и отношение к нему;
- использовать все возможное и зависящее от самого пациента для повышения приверженности к лечению, соблюдению рекомендаций врача, оздоровлению.

Таким образом, проведение обучения пациентов с гипертонической болезнью в «Школах здоровья» позволяет не только информировать граждан об основных факторах риска развития и прогрессирования артериальной гипертонии, о современных медикаментозных и немедикаментозных методах лечения АГ, но и способствует повышению эффективности проводимой профилактики, снижению прогрессирования заболевания и уменьшает риск возникновения серьезных осложнений гипертонической болезни (инсульта, инфаркта миокарда и др.), которые могут привести к инвалидности пациентов и летальным исходам.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник материалов XII Всероссийского конгресса «Артериальная гипертония 2016: итоги и перспективы» (РФ, г. Москва, 23–25 марта 2016 г.). — М., 2016. — 65 с.
2. Координация деятельности службы медицинской профилактики и Центров здоровья (опыт Московской области) / С. М. Крошнин [и др.] // Главный врач. — 2012. — № 5. — С. 38–41.
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
4. Школа здоровья. Артериальная гипертония: рук-во для врачей / под ред. Р. Г. Оганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 192 с.

УДК 616.831-005.1-036.82-036.868

### ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

*Ярош А. С., Степенкова Д. В., Голован С. А.*

Учреждение образования  
«Гродненский государственный медицинский университет»  
г. Гродно, Республика Беларусь

Мозговой инсульт продолжает оставаться второй по частоте встречаемости причиной смертности и наиболее распространенной причиной инвалидности. Несмотря на многолетние традиции реабилитации постинсультных пациентов и большое количество применяемых методов, по данным А. Я. Каплан уровень восстановления минимум одной трети пациентов, перенесших мозговой инсульт, нельзя считать достаточным [1].

Часто для оценки эффективности медицинской реабилитации пациентов, перенесших мозговой инсульт, применяется лишь оценка регресса неврологического дефицита, при этом известно, что нередко субъективное восприятие пациентом собственного состояния существенно отличается от объективной картины, что связано с его психологическими установками, активностью, отношением к заболеванию, вовлеченностью в реабилитационный процесс.

Понятие качества жизни (КЖ), по данным разных авторов, включает: удовлетворенность человека своим физическим, психическим и социальным благополучием; способность функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни в различных аспектах, также КЖ определяется тем, насколько болезнь не позволяет пациенту жить так, как он хотел бы [2].

Инсульт приводит к существенному изменению физического, психологического, социального и психоэмоционального состояния пациента, что негативно влияет на уровень многих показателей качества жизни [3]. Частое сочетание неврологической и кардиологической патологии обуславливает длительное пребыванием в стационаре, что способствует развитию ипохондрических и кардиофобических синдромов, что, в свою очередь, еще больше снижает качество жизни.

Объектом нашего исследования были 57 пациентов, прошедших курс медицинской реабилитации в УЗ «Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации». Пациенты были разделены на две группы: клиническую и контрольную

В клиническую группу входили 34 пациента, перенесшие полушарный инсульт, имеющие в анамнезе инфаркт миокарда, из них 26 мужчин и 8 женщин, их возраст —  $61,1 \pm 5,9$  года. Комплексная реабилитационная программа для них включала фототерапию поляризованным полихроматическим светом на область глазниц, арт- и ароматерапию.

Контрольная группа представлена 23 пациентами, перенесшими полушарный инсульт, имеющими в анамнезе инфаркт миокарда, из них 18 мужчин и 5 женщин в возрасте  $60,0 \pm 8,9$  года, которым проводились общепринятые реабилитационные мероприятия.

Нами был исследован уровень качества жизни у пациентов, перенесших мозговой инсульт, при помощи неспецифического опросника для оценки качества жизни «SF-36 Health Status Survey». Перевод на русский язык и валидизация опросника были проведены Санкт-Петербургским институтом клинико-фармакологических исследований.

Статистический анализ полученных данных проводился традиционными методами вариационной статистики при помощи пакета прикладных программ «Statistica», 6.0.

Нормальность распределения оценивалась с использованием критерия Шапиро-Уилка, после чего принималось решение о применении параметрических либо непараметрических методов статистической обработки данных. Описание количественных признаков в случае нормального распределения представлено в виде среднего арифметического и стандартной ошибки средней ( $M \pm m$ ), в случае отклонения распределения от нормального при описании использовались медиана ( $Me$ ) и границы интерквартильного отрезка с применением процентилей [25 %; 75 %].

Уровень достоверности при сравнении двух независимых групп с ненормальным распределением значений количественных признаков оценивали с применением непараметрического метода: критерия Манна-Уитни.

Уровень достоверности при сравнении двух зависимых групп с ненормальным распределением значений количественных признаков оценивали с применением метода вариационной непараметрической статистики с использованием Т-критерия Вилкоксона.

Различия между двумя выборками парных измерений считались достоверными при  $p < 0,05$  [5].

На момент начала реабилитационного курса отмечалось значительное снижение показателей КЖ по всем субшкалам. Самые низкие показатели получены по субшкалам «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» и «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», что свидетельствует о значительной дезадаптации пациентов.

Динамика показателей качества жизни у пациентов контрольной группы представлена в таблице 1.

Повышение показателей отмечалось в обеих группах по всем субшкалам. Различия показателей были статистически достоверны также в обеих группах за исключением показателей субшкал «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» и «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием».

Таблица 1 — Динамика показателей качества жизни

Шкала опросника	Показатели качества жизни			
	контрольная группа		клиническая группа	
	до курса реабилитации	после курса реабилитации	до курса реабилитации	после курса реабилитации
Физическое функционирование (PF)	35,00 [25,99–50,00]	52,50 [43,75–62,50]*	35,00 [25,00–47,50]	60,00 [57,50–67,50]*
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	0,00 [0,00–0,00]	0,00 [0,00–50,00]	0,00 [0,00–0,00]	0,00 [0,00–0,00]
Интенсивность боли (BP)	51,50 [41,00–64,50]	57,00 [52,00–64,50]*	41,00 [21,50–53,00]	52,00 [31,00–62,00]*
Общее состояние здоровья (GH)	40,00 [33,75–43,25]	46,00 [42,00–50,50]*	45,00 [32,50–54,50]	52,00 [50,00–58,50]*
Физический компонент здоровья (PH)	34,74 [32,84–37,28]	38,10 [36,42–39,94]*	33,00 [29,85–34,10]	37,88 [34,53–40,77]*
Жизненная активность (VT)	37,50 [35,00–45,00]	45,00 [43,75–50,00]*	35,00 [30,00–37,50]	50,00 [42,50–55,00]*
Социальное функционирование (SF)	50,00 [37,50–62,50]	62,50 [59,38–65,63]*	37,50 [25,00–50,00]	62,50 [37,50–62,50]*
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	0,00 [0,00–0,00]	0,00 [0,00–33,33]	0,00 [0,00–0,00]	0,00 [0,00–66,67]
Психическое здоровье (MH)	38,00 [36,00–53,00]	52,00 [44,00–57,00]*	44,00 [42,00–52,00]	60,00 [56,00–68,00]*
Психологический компонент здоровья (MHI)	31,82 [30,17–34,36]	34,87 [33,46–40,60]*	31,35 [29,35–37,26]	39,01 [32,84–46,24]*

При сравнении данных двух независимых групп до курса реабилитации статистически значимого отличия выявлено не было ни по одной субшкале, что свидетельствует об однородности групп.

При сравнении результатов двух независимых групп после курса реабилитации выявлено статистически достоверное увеличение показателей субшкалы «психическое здоровье» у пациентов клинической группы по сравнению с контрольной группой. Психическое здоровье является одним из важнейших факторов, влияющих на реабилитационный процесс, так как от него зависит мотивация на выздоровление, отношение пациента к болезни.

Несмотря на то, что по остальным субшкалам статистически достоверного различия не обнаружено при сравнении между собой результатов клинической и контрольной групп после курса реабилитации, удалось выявить существенное увеличение данных некоторых субшкал в процентном отношении. Так, по субшкале «физическое функционирование» показатели после лечения у пациентов контрольной группы увеличились на 50 %, в то время как у пациентов клинической группы данный показатель составил 71,43 %. Выявлено улучшение по субшкале «жизненная активность» у пациентов клинической группы — 42,86 % против 14,29 % у пациентов контрольной группы. Показатели субшкалы «социальное функционирование» составили 25,00 и 66,67 % у пациентов контрольной и клинической групп соответственно. Также значительное отличие отмечалось по субшкале «интенсивность боли» — 10,68 % в контрольной группе и 26,83 % — в клинической.

Анализ вышеприведенных данных свидетельствует об эффективности включения таких методов, как фототерапия поляризованным светом, арт- и ароматерапия и благоприятном их влиянии на психоэмоциональный статус пациентов, перенесших мозговую инсульт, имеющих сопутствующую кардиологическую патологию, что представляется немаловажным фактором. Включение предложенных методов в систему комплексной реабилитации безопасно, не оказывает негативного влияния на уровень качества жизни, по ряду параметров отмечается более выраженная тенденция к улучшению показателей по сравнению с результатами общепринятых мероприятий. Применение предложенных методов повысит эффективность реабилитации данной категории пациентов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Каплан, А. Я. Нейрофизиологические основания и практические реализации технологии мозг-машинных интерфейсов в неврологической реабилитации / А. Я. Каплан // Физиология человека. — 2016. — № 1. — С. 118–127.
2. Сулаберидзе, Е. В. Проблемы реабилитации и качества жизни в современной жизни / Е. В. Сулаберидзе // Российский медицинский журнал. — 1996. — № 6. — С. 9–10.
3. Ярош, А. С. Современное состояние проблемы острых нарушений мозгового кровообращения / А. С. Ярош, Л. А. Пирогова, Н. А. Филина // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. — 2014. — № 3(47). — С. 17–20.
4. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. М.: ОЛМА Медиа Групп, 2002. — 316 с.
5. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica / О. Ю. Реброва. — М.: Медиа Сфера, 2002. — 312 с.

УДК 613.96

**ОБРАЗ ЖИЗНИ СТАРШЕКЛАССНИКОВ***Яцевич И. Л., Андронович А. А., Тищенко Е. М.*

**Учреждение образования  
«Гродненский государственный медицинский университет»  
г. Гродно, Республика Беларусь**

***Введение***

Режим дня — основа здорового образа жизни. Правильное чередование труда и активного отдыха, регулярный прием пищи, определенное время подъема и отхода ко сну, выполнение ряда гигиенических мер позволяет длительно поддерживать высокий уровень работоспособности, избегать неоправданных нервных и психических перенапряжений, успешно управлять своими эмоциями. С учётом здоровья учащихся старших классов их отношение к здоровому образу жизни является актуальной проблемой для современной медицины [1, 2].

***Цель***

Оценить отношение старшеклассников к здоровому образу жизни.

***Материал и методы исследования***

Нами проводился опрос по специально разработанной анкете, в котором участвовали 150 респондентов (45 % юношей и 55 % девушек) в возрасте от 16 до 17 лет. В анкету было включено 18 вопросов открытого типа. Респондентами являлись ученики 11 классов городских школ.

***Результаты исследования и их обсуждение***

54 % респондентов придерживаются мнения, что здоровье — это прежде всего физический и психологический комфорт, 34 % — что это хорошее самочувствие и настроение, 7 % — отсутствие необходимости обращаться к врачу и 5 % — способность переносить нагрузки. 76 % респондентов указывают, что здоровый образ жизни — это отказ от вредных привычек, правильное питание и занятие спортом, 24 % — что это оптимальный двигательный режим, личная гигиена тела и положительные эмоции. 46 % анкетированных ведут активный здоровый образ жизни, 38 % респондентов отмечают приверженность к здоровому образу жизни, а 16 % — не считают это целесообразным. 18 % опрошенных учащихся имеют пристрастие к табачным изделиям, 22 % — употребляют алкоголь, 4 % — крепкие алкогольные напитки. 60 % анкетированных не имеют вредных привычек. 86 % респондентов осведомлены о последствиях чрезмерного употребления спиртных напитков для здоровья, 14 % — не знают о таких заболеваниях. 55 % опрошенных учащихся старших классов уверены, что приобщение человека к нездоровому образу жизни происходит под влиянием друзей и близких, а также из-за плохого воспитания.

89 % респондентов знают, что такое режим дня, 11 % — имеют смутные представления об этом. 52 % опрошенных учеников всегда завтракают дома перед учебой, 27 % — завтракают иногда и 21 % — не употребляют пищу утром. Постоянно питаются и удовлетворены качеством питания в школе 78 % анкетированных, 17 % — иногда обедают в школьной столовой и 5 % — не считают это необходимым. 61 % респондентов полагают, что их рацион питания является правильным, а 39 % — не уверены в правильности своего рациона. 42 % опрошенных утверждают, что каждый день необходимо просыпаться с 9 до 11 ч, 36 % — с 7 до 9 и 22 % — после 11 ч. 43 % анкетированных ложатся спать до 24 ч, а 57 % — после полуночи. 56 % опрошенных каждый день гуляют на свежем воздухе, 15 % — 3–4 раза в неделю, 29 % — 1–2 раза в неделю. 63 % респондентов проводят за компьютером 3–4 ч в день, 21 % — 1–2 ч и 16 % — более 5 ч в день. 95 % опрошенных полагают, что активные занятия спортом необходимы для поддержания здоровья и 80 % из них активно занимается спортом.

***Выводы***

Результаты исследования свидетельствуют, что большое количество школьников осознают значимость здорового образа жизни и уверены в необходимости придерживаться

ся его принципов. Большая часть учащихся приписывает ответственность за отклонения от норм здорового образа жизни только самим себе, а не своим родителям, врачам или средствам массовой информации. Исследование также показало, что значительное число учеников придерживаются рационального режима дня в виде регулярного питания, правильного режима отдыха и труда, а также активного занятия спортом.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Влияние образа жизни на здоровье детей / Ю. В. Попова [и др.] // Актуальные вопросы перинатологии: сб. науч. тр. областной юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 70-летию учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр». — Гродно, 2015. — С. 395–397.
2. *Занько, Е. А.* Образ жизни семей, имеющих детей в возрасте 0–5 лет / Е. А. Занько, А. Г. Яровая, Е. М. Тищенко // Современные проблемы гигиенической науки и практики, перспективы развития: сб. матер. Междунар. конф., посвященной 65-летию кафедры гигиены и медицинской экологии БелМАПО. — Минск, 2014. — С. 142–144.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Байда А. В., Воронина Л. П., Кузнецова Н. Б., Михалюк Р. А.</b> Болезни системы кровообращения и питание пожилых людей .....	5
<b>Бараиш А. Н.</b> Европейский подход к проблеме анофтальма на примере Мурфилдской глазной клиники Лондона (Великобритания).....	7
<b>Бортновский В. Н., Рубан Н. М., Песенко Е. С.</b> Оптимизация педагогических технологий по формированию культуры здоровья учащейся молодежи.....	10
<b>Гапанович-Кайдалов Н. В.</b> Взаимосвязь информационной культуры и культуры здоровья личности.....	12
<b>Глинская Т. Н., Щавелева М. В.</b> Динамика численности диспансерных контингентов пациентов трудоспособного возраста по причинам постановки на учет и оценка эффективности диспансерных мероприятий .....	14
<b>Глушанко В. С., Михневич Е. В., Алфёрова М. В., Михневич А. В., Матюшко А. В.</b> Результативность белорусской модели здравоохранения и ее перспективность .....	17
<b>Глушанко В. С., Михневич Е. В.</b> Особенности белорусской системы аккредитации медицинской деятельности .....	19
<b>Городецкая И. В., Захаревич В. Г.</b> Влияние мотивационно-ценностного компонента культуры здоровья на успеваемость студентов медицинского университета.....	21
<b>Дорожко С. Н., Ходос О. А.</b> Рациональное питание — важное составляющее здоровья человека .....	24
<b>Дюрдь Т. И.</b> Факторы риска и профилактика заболеваний органов дыхания .....	26
<b>Жерносек В. Ф., Дюбкова Т. П.</b> Опыт применения телекоммуникационных технологий в педиатрии.....	28
<b>Игумнов С. А., Гелда А. П.</b> Динамика суицидального поведения населения в Российской Федерации и Республике Беларусь за 30-летний период.....	31
<b>Кабаева Е. Н., Змачинский В. А., Смирнова Л. А., Цвирко Д. Г.</b> Современные подходы к организации помощи пациентам с гемофилией в Республике Беларусь на основе международной интеграции .....	34
<b>Кежун Л. В.</b> Персонализированная профилактика факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений у женщин перименопаузального периода.....	36
<b>Ковецкая Е. Е., Кравчук И. В.</b> Нуждаемость в санаторно-курортном лечении больных с неврогенными заболеваниями челюстно-лицевой области.....	38
<b>Королева Е. Г.</b> Диагностика депрессий в первичной медицинской сети. Современные подходы к проблеме.....	40

**Красавцев Е. Л., Свентицкая А. Л.**

Качество жизни пациентов, страдающих хроническим вирусным гепатитом С..... 42

**Луцкая И. К., Андреева В. А., Зиновенко О. Г.**

Особенности гигиены полости рта в области дентальных имплантатов..... 44

**Мисюк Л. Ф.**

Здоровье и пациенториентированный подход к здоровому образу жизни ..... 46

**Ненартович И. А.**

Опыт применения персонализированного подхода в лечении детей с бронхиальной астмой..... 48

**Ниткин Д. М., Ракевич М. В., Журко П. Т., Дубовский В. Э.**

Основные показатели углеводного и жирового обменов у мужчин репродуктивного возраста ..... 50

**Паулич Ю. П., Кашлей С. И., Тищенко Е. М.**

Информированность сельских школьников об образе жизни и состоянии здоровья ..... 52

**Пуренок М. В.**

Психолого-педагогические аспекты продвижения здоровья посредством соответствующего обучения преподавателей ..... 54

**Решетников В. А., Роюк В. В., Соколов Н. О.**

Совершенствование медико-организационных мероприятий по профилактике артериальной гипертензии у трудоспособного населения с учетом их социальных и демографических характеристик..... 55

**Решетников В. А., Трегубов В. Н., Манерова О. А.,**

**Козлов В. В., Микерова М. С., Соколов Н. А.**  
Особенности реализации непрерывного медицинского образования специалистов здравоохранения в России..... 58

**Романова А. П., Гвоздь Н. Г.**

Об уровне оценки сверхсмертности населения<sup>61</sup>

**Семутенко К. М., Шаршакова Т. М., Павлов Б. Б., Лаас Л., Мятлик Т.**

Метод профилактики неинфекционных заболеваний и продвижения здоровья с использованием ресурсов электронного здравоохранения..... 63

**Синкевич Е. В., Кадовб Е. В.**

Влияние хронотипа студентов-медиков на качество сна, стрессоустойчивость и успеваемость..... 67

**Синкевич Е. В., Спичка Л. Л., Наумов А. И.**

Сравнительный анализ состава овощного пюре различных торговых марок, используемого в качестве первого прикорма детей от 6 месяцев ..... 69

**Слободская Н. С.**

Роль врача общей практики в персонализированной профилактике старения..... 72

**Смирнова Л. М.**

Актуальность профилактики заболеваний органов пищеварения, обусловленных курением..... 75

**Соболева Л. Г.**

Влияние полных и неполных семей на формирование особенностей образа жизни учащихся ..... 77

**Солтан М. М., Борисова Т. С.**

Персонализированный подход в диагностике групп риска зависимых форм поведения среди детей и подростков ..... 79

**Столяров С. А., Госсен И. Е.**

О наполняемости дисциплинами процесса обучения на факультете высшего сестринского образования ..... 82

**Столяров С. А.**

Опыт преподавания экономики в медицинском вузе ..... 84

**Терехович Т. И., Писарик В. М., Ростовцев В. Н., Гончаров С. В.**

Экономика ранней диагностики ..... 86

**Трусь Е. И.**

Мероприятия по формированию здорового образа жизни в УО «Гродненский государственный медицинский университет» ..... 89

**Халапсина Т. И.**

Инновационная система контроля радиационной безопасности и защиты населения ..... 92

**Худонотов И. Ю.**

Групповая мотивационная матрица как регулятор общественного здоровья (структурно-функциональный анализ) ..... 93

**Шевляков В. В., Филонюк В. А., Эрм Г. И., Чернышова Е. В.**

Персонализированный подход к первичной медицинской профилактике профессиональной патологии у работающих в аллергоопасных условиях труда ..... 96

**Шилова О. В.**

Проблемы изучения эпидемиологии шизофрении в Республике Беларусь ..... 99

**Щавелева М. В., Вязьмин А. М., Шваб Л. В.,**

**Романова А. П., Шпаковская Е. В., Кузнецов Я. О.**

Врачи: отношение к курению и оценка деятельности, направленной на борьбу с курением ..... 101

**Эккерт Н. В., Михайловский В. В.**

Роль «школ здоровья» в коррекции факторов риска артериальной гипертензии у населения ..... 103

**Ярош А. С., Степенкова Д. В., Голован С. А.**

Оценка влияния комплексной программы медицинской реабилитации на качество жизни пациентов, перенесших мозговой инсульт ..... 106

**Яцевич И. Л., Андронович А. А., Тищенко Е. М.**

Образ жизни старшеклассников ..... 109

Научное издание

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ  
К ПРОДВИЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ**

**Материалы VI Международной  
научно-практической конференции  
(Гомель, 13 октября 2016 года)**

**Выпуск 6**

*В авторской редакции*

**Компьютерная верстка С. Н. Козлович**

Подписано в печать 11.10.2016.

Тираж 50 экз. Заказ 403.

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.