



Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ»  
Penza State Technological University  
Tashkent Islamic University

## **HUMAN HEALTH AS A PROBLEM OF MEDICAL SCIENCES AND HUMANITIES**

Materials of the II international scientific conference  
on April 20–21, 2016

Prague  
2016

**Human health as a problem of medical sciences and humanities** : materials of the II international scientific conference on April 20–21, 2016. – Prague : Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», 2016. – 132 p. – ISBN 978-80-7526-096-3

#### **ORGANISING COMMITTEE:**

**Anna V. Nikulina**, candidate of biological sciences, assistant professor of Cheboksary Polytechnic Institute (branch) of the Moscow State University of Mechanical Engineering.

**Umidjon R. Kushaev**, PhD, senior researcher applicant of Tashkent Islamic University.

**Diana V. Efimova**, candidate of psychological sciences, assistant professor of Penza State Technological University.

**Ilna G. Doroshina**, candidate of psychological sciences, assistant professor, chief manager of the SPC «Sociosphere».

*Authors are responsible for the accuracy of cited publications, facts, figures, quotations, statistics, proper names and other information.*

These Conference Proceedings combines materials of the conference – research papers and thesis reports of scientific workers and professors. It examines the problematic of human health as a problem of medical sciences and humanities. Some articles deal with questions of public health at national, regional and global dimensions. A number of articles are covered pedagogical bases of building a culture of healthy lifestyles. Authors are also interested in age characteristics of health prevention and treatment of diseases.

**UDC 316.334:61/159.9:61**

**ISBN 978-80-7526-096-3**

*The edition is included into Russian Science Citation Index.*

© Vědecko vydavatelské centrum  
«Sociosféra-CZ», 2016.

© Group of authors, 2016.

# CONTENTS



## I. PUBLIC HEALTH AT NATIONAL, REGIONAL AND GLOBAL DIMENSIONS

- Никулина А. В., Потапова О. В., Ильина Д. А., Еремеева О. Г.**  
Особенности фактического питания студентов разных курсов вуза .....7
- Алмагамбетов К. Х., Marotta F., Нагызбеккызы Э.**  
Пробиотические культуры лактобактерий при разработке  
функционального продукта питания ..... 10
- Бегиев В. Г., Андреев Б. В., Петрова Н. С., Москвина А. Н.**  
Совершенствование качества медицинской помощи  
в Республиканской больнице № 2 – Центре экстренной медицинской  
помощи Республики Саха (Якутия) ..... 13
- Заслонкина О. В., Зима В. В.**  
Проблемы формирования здорового образа жизни  
современной молодежи ..... 17
- Махамбетов Д. Ж.**  
Систематизация методов оценки конкурентоспособности медицинских  
организаций ..... 22

## II. SOCIAL TECHNOLOGIES OF HEAL SAVING AND ETHICAL ASPECTS OF MEDICAL PRACTICE

- Карпущенко Г. В., Жукова Т. В., Моцкус А. В., Белик С. Н.,  
Харагургиева И. М.**  
Роль социально-экономического фактора в формировании  
профессиональной заболеваемости на территории  
Ростовской области ..... 24
- Меркулов А. И.**  
Молитва как здоровьесберегающая технология ..... 26

### **III. PEDAGOGICAL BASES OF BUILDING A CULTURE OF HEALTHY LIFESTYLES**

**Адылова Н. М., Адылова З. У.**

Анализ деятельности среднего медперсонала пропагандирующего  
здоровый образ жизни.....31

**Медведев П. Н., Медведева Н. В., Барсуков А. С.**

Особенности структуры здоровьесберегающего образовательного  
пространства образовательной организации .....34

**Трусова В. П., Нугуманова С. Э.**

ГТО – путь к здоровью.....37

**Соколова Н. В., Гончарова И. Г.**

Здоровьесберегающая система подготовки специалистов  
в педагогическом вузе .....41

### **IV. PHYSIOLOGICAL AND SOCIAL FACTORS OF REPRODUCTIVE HEALTH**

**Белик С. Н., Подгорный И. В., Можинская Ю. В., Жукова Т. В.,  
Свинтуховский О. А.**

Место синдрома хронической усталости среди факторов риска  
нарушения репродуктивного потенциала молодёжи .....44

**Semeleva E. V.**

Healthy lifestyle of women of reproductive age .....48

### **V. THE FAMILY AS THE INSTITUTIONAL FRAMEWORK OF A HEALTHY UPBRINGING OF THE YOUNGER GENERATION**

**Оташехов З. И., Бакаева Ю. Р., Наримбаев М. А.**

Роль семьи при формировании здорового поколения.....50

**Скляренок А. В., Сморкалова А. А.**

Организация занятий по дисциплине «Прикладная физическая культура»  
в специальном медицинском отделении вуза .....52

## **VI. AGE CHARACTERISTICS OF HEALTH PREVENTION AND TREATMENT OF DISEASES**

**Аветисян З. Е., Максимов О. Л., Хомченко Я.В.**

Обоснование применения танцетерапии для коррекции моторики  
и речевых дефектов у младших школьников ..... 55

**Белик С. Н., Жукова Т. В., Свинтуховский О. А., Харагургиева И. М.,  
Аветисян З. Е.**

Зависимость адаптационного потенциала от индекса массы тела  
у студентов ..... 58

**Белик С. Н., Жукова Т. В., Свинтуховский О. А., Харагургиева И. М.,  
Моцкус А. В.**

Гомеопатия – альтернативный метод профилактики и лечения  
различных заболеваний у детей ..... 61

**Kasimova D., Alikulova D., Hasanova D.**

Medical-social aspects of child disability ..... 66

**Халматова Б.Т., Сатиболдиева Н. Р., Садыкова Л. Г.**

Состояние маркеров активации у детей в зависимости от исходов  
бронхообструктивного синдрома ..... 70

## **VII. PROFESSIONALISM HEALTH PROFESSIONALS AS AN IMPORTANT FACTOR IN ENSURING STABILITY IN THE AREA OF HEALTH**

**Adilova Z., Urazalieva I., Risbayev Z.**

Overview of continuing professional education for nurses ..... 75

**Zheleva Z. P., Toshkova-Hristozova S. N.**

Contemporary challenges of medical education ..... 78

**Лядова А. В., Лядова М. В.**

Синдром профессионального выгорания среди врачей-травматологов  
по оказанию экстренной помощи ..... 85

## **VIII. PERSONAL FEATURES RESPONSIBILITY FOR THE PRESERVATION OF HEALTH**

**Карнаухов В. А., Евтушенко Е. А.**

Личностные предикторы психологического здоровья ..... 91

**Трусова В. П., Задворнова Я. В.**

Оздоровительная гимнастика ..... 96

|                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Старыгина Г. П., Старыгин В. С., Камнев А. М.</b>         |     |
| Влияние сбалансированного питания на организм человека ..... | 98  |
| <b>Фомичева Т. В., Салистая Г. С.</b>                        |     |
| Ценность здоровья в российском социуме .....                 | 102 |

## IX. «DISEASES OF THE CENTURY»: CAUSES, TYPES AND PUBLIC HEALTH AND PREVENTION MEANS

|                                                                                                                                                                                                                        |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Alikulova D., Hasanova D., Juraev A., Urazalieva I., Adilova Z.</b>                                                                                                                                                 |     |
| Quality of life assessments of patients with asthma in primary health care .....                                                                                                                                       | 110 |
| <b>Лазарева Л. А., Дудинцева Н. В., Овчинникова И. Г.</b>                                                                                                                                                              |     |
| Профилактика гемоконтактных инфекций у специалистов<br>сестринского дела.....                                                                                                                                          | 113 |
| <b>Mamatkulov B. M., Adilova Z. U., Azimova F. S.</b>                                                                                                                                                                  |     |
| Risk factors of cardiovascular diseases among young people (18–30 years) ..                                                                                                                                            | 118 |
| <b>Насрулаева Х. Н.</b>                                                                                                                                                                                                |     |
| Основные тенденции распространения дерматологических заболеваний<br>в Республике Дагестан .....                                                                                                                        | 121 |
| <b>Фатеева Ю. Г.</b>                                                                                                                                                                                                   |     |
| Несколько слов об алкоголизме (на материале художественной<br>медицинской прозы) .....                                                                                                                                 | 123 |
| План международных конференций, проводимых вузами России,<br>Азербайджана, Армении, Болгарии, Белоруссии, Казахстана,<br>Узбекистана и Чехии на базе Vědecko vydavatelské centrum<br>«Sociosféra-CZ» в 2016 году ..... | 127 |
| Информация о научных журналах .....                                                                                                                                                                                    | 129 |
| Издательские услуги НИЦ «Социосфера» – Vědecko vydavatelské<br>centrum «Sociosféra-CZ».....                                                                                                                            | 130 |
| Publishing service of the science publishing center «Sociosphere» –<br>Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ» .....                                                                                              | 131 |



# I. PUBLIC HEALTH AT NATIONAL, REGIONAL AND GLOBAL DIMENSIONS



## ОСОБЕННОСТИ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ РАЗНЫХ КУРСОВ ВУЗА

А. В. Никулина,  
О. В. Потапова,  
Д. А. Ильина,  
О. Г. Еремеева

*Кандидат биологических наук,  
студенты,  
Чувашская государственная  
сельскохозяйственная академия,  
г. Чебоксары, Чувашская Республика,  
Россия*

---

**Summary.** Students of 1–4 courses are characterized by unphysiological distribution of the daily diet caused by the raised supper share concerning a breakfast and a lunch, big intervals between 1–2-time (instead of recommended 4–5) meals, use as having a snack of flour products and chips. Both young men, and girls note at themselves existence of harmful eating habits. Due to the revealed violations of a diet it is possible to conclude that the actual food of students of 1–4 courses needs correction for achievement of balance of food.

**Keywords:** students; balanced diet; actual food; food habits.

---

Характерной особенностью современной молодежи является наличие огромного числа потенциально опасных факторов, способных создавать угрозу их здоровью и жизни. Применительно к группе социальных рисков ведущее значение имеют факторы образа жизни, одним из которых является питание, так как именно его качество во многом определяет трудоспособность и функционирование основных физиологических систем организма [1; 5].

Анализ фактического питания населения России свидетельствует о том, что рацион отличается избыточным количеством жиров животного происхождения и легко усваиваемых углеводов, но при этом дефицитен в отношении пищевых волокон, витаминов групп В, Е, макроэлементов, микроэлементов [4]. Следует добавить, что содержание микро-, макроэлементов и витаминов в продуктах питания местного производства на территории Чувашской Республики имеют прямую зависимость от биогеохимических особенностей территории [3; 6].

В связи с вышеизложенным, исследования, направленные на изучение характера фактического питания студентов и разработка способов его оптимизации представляются актуальными и перспективными в отношении повышения уровня здоровья у молодежи.

Цель работы – изучить особенности фактического питания студентов 1–4 курсов. Для достижения цели были определены следующие задачи: определить особенности режима питания учащейся молодежи; сравнить

основные характеристики фактического питания студентов разных курсов; подготовить рекомендации по оптимизации фактического питания.

Была изучена доступная научная информация по теме; для проведения практической части использованы методы анкетирования (авторский опросник) и статистической обработки полученных данных с применением программы Excel. В исследованиях приняли участие 210 студентов 1–4 курсов аграрного вуза. В данной работе приводятся сведения о таком аспекте фактического питания, как режим питания и условия приема пищи.

Согласно литературным данным, для покрытия энергетических затрат и обеспечения высокой умственной работоспособности студентам следует принимать пищу 4–5 раз в сутки с периодичностью в 3,5–4 часа [2]. Для нормальной жизнедеятельности организма необходимо сбалансированное поступление с пищей основных ее компонентов, а именно: белков, жиров, углеводов, витаминов, микроэлементов. В исследованиях Л. В. Тарасовой было установлено, что жителями Чувашской Республики в возрасте от 21 до 75 лет практически не соблюдается правило сбалансированного употребления блюд. Это согласуется с нашими данными. Мы установили нарушение режима питания студенческой молодежи по кратности и суточной сбалансированности.

Анализ анкет по оценке качества рациона показал наличие нефизиологичного распределения суточного рациона: увеличение доли ужина, рост интервалов между приемами пищи и употребление пищи незадолго до сна. Адекватный режим и качество питания среди первокурсников показали всего 9 %, второкурсников – 6 %, третьекурсников – 8 %, четверокурсников – 13,5 %.

Выяснилось, что 5,4 % из числа студентов 1 курса вообще не завтракают. На 2, 3 и 4 курсах данное значение составляет 15,8 %, 8,3 % и 11,1 % соответственно. Это объясняется тем, что у указанных студентов отсутствуют или желание позавтракать или время, чтобы приготовить его. Хотя по мнению экспертов, именно завтрак и полученная во время него энергия необходима организму для нормальной жизнедеятельности, повышения работоспособности, стимуляции мозгового кровообращения, а также улучшения эмоционального состояния.

При этом доля регулярно обедающих респондентов составила всего 26,3 %. Не обедают в студенческой столовой по разным причинам: 54,2 % из опрошенных указали, что не успевают проголодаться после завтрака; 38,8 % – на нехватку времени для обеда в перемену; 7,0 % – на то, что их не устраивает качество приготовляемой пищи.

Частота ежедневного употребления жидких первых блюд составляет 15,5 %, 20,3 %, 18,1% и 11,5% у студентов 1, 2, 3 и 4 курсов соответственно. В принципе не употребляют горячие супы 5,4 %; 8,8 %; 7,4 % и 7,6 % студентов 1–4 годов обучения. 33 % студентов 1 курса

отметили, что, поступив в вуз, они стали питаться урывками. При этом 67,5 % первокурсников живут в общежитии и готовят еду самостоятельно. Выйдя из-под родительского контроля, студенты еще не полностью адаптировались к изменившимся условиям быта, не все научились готовить и обеспечивать себя регулярным горячим питанием.

Нами был проведен анализ вредных пищевых привычек юношей и девушек разных курсов (табл. 1).

*Таблица 1*

**Характеристика распространенности вредных пищевых привычек  
у студентов разных курсов**

| Курс / вопрос | Вы едите,<br>когда Вам скучно? |      | Вы перекусываете<br>перед<br>телевизором? |      | Вы<br>перекусываете,<br>когда читаете? |      |
|---------------|--------------------------------|------|-------------------------------------------|------|----------------------------------------|------|
|               | да, %                          | нет  | да                                        | нет  | да                                     | нет  |
| 1             | 47,5                           | 52,5 | 81,4                                      | 18,6 | 29,3                                   | 70,7 |
| 2             | 61,2                           | 37,9 | 88,2                                      | 11,8 | 42,3                                   | 57,7 |
| 3             | 59,4                           | 40,6 | 87,0                                      | 13,0 | 27,4                                   | 72,6 |
| 4             | 46,6                           | 53,4 | 73,9                                      | 26,1 | 19,6                                   | 80,4 |

Таким образом, исследованиями установлено, что студенты всех курсов характеризуются нефизиологичностью распределения суточного рациона, обусловленного повышенной долей позднего ужина относительно завтрака и обеда, большими интервалами между 1–2-кратными (вместо рекомендованных 4–5) приемами пищи, использованием в качестве перекусов мучных продуктов и чипсов. Как юноши, так и девушки отмечают у себя наличие вредных пищевых привычек. В связи с выявленными нарушениями режима питания можно заключить, что фактическое питание студентов 1–4 курсов нуждается в коррекции в целях достижения сбалансированности, энергоемкости и регулярности питания.

**Библиографический список**

1. Баранова О. В. Гигиеническая оценка фактического питания и особенности элементного статуса студентов Оренбуржья : Дис. ... канд. биол. наук : 14.00.07. – Москва, 2005. – 133 с.
2. Розенфельд Л. Г., Батрымбетова С. А. Здоровье студентов по данным субъективной оценки и факторы риска, влияющие на него // Здоровоохранение Российской Федерации, 2008. – № 4. – С. 39–40.
3. Тарасова Л. В., Хохлова Е. А., Степашина Т. Е., Степанова А. В. Оценка особенностей рациона питания практически здоровых жителей Чувашской Республики // Медицинский альманах. – № 2 (15). – 2011. – С. 106–111.
4. Тутельян В. А. Селен в организме человека. – М. : Издательство РАМН, 2002. – 224 с.
5. Тюрикова Ю. Б. Влияние антропогенно измененной среды обитания и фактического питания на показатели микро- и макроэлементного статуса студентов : Дисс. ... канд. биол. наук. – Орел, 2011. – 167 с.

6. Panikhina A. V. Physiology of adaptation of first-year students to studies at higher educational institutions // Bulletin of experimental biology and medicine. – 2011. – P. 278–279.

## ПРОБИОТИЧЕСКИЕ КУЛЬТУРЫ ЛАКТОБАКТЕРИЙ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПРОДУКТА ПИТАНИЯ

К. Х. Алмагамбетов,

*Доктор медицинских наук, профессор,  
Медицинский университет Астана,  
г. Астана, Казахстан*

Ф. Маротта,

*Ph.D., профессор,  
Миланский университет,  
г. Милан, Италия*

Э. Нагызбеккызы

*магистр,  
Медицинский университет Астана,  
г. Астана, Казахстан*

---

**Summary.** We studied 125 isolates of lactic acid bacteria. Spend the genetic identification of the gene 16S rRNA. The study of some biological properties screened probiotically active strains. The five selected by screening culture having high probiotic potential.

**Keywords:** lactobacillus; probiotic activity; antioxidant activity; molecular identification.

---

Анализ данных мировой и отечественной литературы, а также собственных наблюдений свидетельствует о несомненной актуальности изучения положительных свойств полезных для здоровья человека микроорганизмов. Всеми признается, что нормальная микрофлора человека играет огромную роль в поддержании здоровья [6; 7]. Полезные свойства молочнокислых бактерий известны издавна, в ряде исследований показана их эффективность после антибиотикотерапии и при коррекции возрастных нарушений микробиоты кишечника [3].

Объектами исследований служили 125 культуры молочнокислых бактерий (МКБ) выделенные из кисломолочных продуктов, заквасок различных кисломолочных продуктов и сыров, грудного молока кормящих женщин и ряда пробиотических препаратов. Выделение и видовую идентификацию МКБ проводили с использованием общепринятых методов. Результаты учитывали по определителю Берги [1]. Также лактобактерий были идентифицированы по последовательности гена 16S rRNA [9]. Оценку показателя жизнеспособности культур МКБ проводили методом Miles and Misra [5]. Антимикробную активность МКБ к индикаторным тест-штаммам определяли методом отсроченного антагонизма [8]. Резистентность МКБ к антибиотикам изучали диско-диффузионным методом при использовании стандартных дисков, пропитанных антибиотиками [4]. Для определения антиоксидантной активности *in vitro* были использованы готовые коммерческие наборы *Antioxidant assay kit* (Sigma-Aldrich). Активность супероксиддисмутазы определялась с помощью набора *SOD*

determination kit (Sigma) и глутатионредуктазы с набором *Glutathione reductase assay kit* (Sigma). Определили железо-восстанавливающий (FRAP) потенциал МКБ [2]. Статистическую обработку данных проводили с использованием среднего показателя и ошибки средней с использованием программы *Microsoft Office Excel*.

Из 125 выделенных изолятов молочнокислых бактерий 84 обладали эффективной жизнеспособностью  $10^7$  КОЕ и более. В результате анализа нуклеотидной последовательности консервативного локуса 16S rRNA достоверно идентифицированы до вида 16 штаммов бактерий рода *Lactobacillus*, принадлежащие к шести видам: *paracasei*, *plantarum*, *pentosus*, *rhamnosus*, *brevis* и *fermentum*. У них были изучены биологические и функциональные свойства. По результатам полученных данных проведен скрининг пробиотически активных штаммов. Резистентностью к антибиотикам камамицин и ванкомицин обладали 12 штаммов *Lactobacillus*. *Lactobacillus brevis* 3LB, *Lactobacillus plantarum* 5LB и *Lactobacillus rhamnosus* 11LB показали высокую антагонистическую активность в отношении тест-штаммов: *Escherichia coli* ATCC 25922, *Serratia marcescens* 221F, *Proteus vulgaris* 177, *Staphylococcus aureus* ATCC 6538, *Salmonella typhimurium* TA98, а также *Candida albicans* ATCC 885-653. Дана оценка антиоксидантной активности *in vitro*. Все изученные лизаты клеток пробиотических культур обладают средней степенью общей антиоксидантной активности, активность выявлена в пределах  $0,38 \pm 0,01$  мМ/мл и  $0,49 \pm 0,03$  мМ/мл. Показатель глутатионредуктазной активности лизата клеток составил – у *Lactobacillus paracasei* 1LB (0,003 ед/мл), *Lactobacillus brevis* 4LB (0,008 ед/мл), *Lactobacillus plantarum* 5LB (0,005 ед/мл) и *Lactobacillus rhamnosus* 11LB (0,005 ед/мл), активность супероксиддисмутазы (% ингибирования) лизатов клеток определена в пределах 6,0–52,7 %. Самая высокая степень ингибирования реакции восстановления нитросинего тетразолия в формазан обнаружена у *Lactobacillus paracasei* 13LB. В результате изучения железо-восстанавливающего потенциала лактобацилл в динамике, нами установлено, что только у 3-х (*Lactobacillus brevis* 4LB, *Lactobacillus pentosus* 14LB, *Lactobacillus fermentum* 16LB) штаммов в течение 12, 18 и 24 часовой инкубации наблюдается повышение значений относительно отрицательного контрольного образца. У 2 штаммов (*Lactobacillus paracasei* 1LB, *Lactobacillus fermentum* 9LB) повышение значений относительно отрицательного контрольного образца наблюдается в течение 12 и 24 часовой инкубации. Железо-восстанавливающей способностью большинство культур лактобацилл обладают после 12 ч. культивирования. В результате скрининга отобраны 5 пробиотически активных штамма бактерий рода *Lactobacillus* с антиоксидантной активностью. Пробиотически активные культуры депонированы в Республиканской коллекции микроорганизмов Республики Казахстан.

### Библиографический список

1. Краткий определитель Берги / под ред. Дж. Хоулта. – М. : Мир, 1980. – С. 287–294.
2. Ускова М. А. Изучение свойств пробиотических молочнокислых бактерий как биологически активных компонентов пищи: Автореф. дисс. ... к. б. н. – Москва, 2010. – 28 с.
3. Bartosch S., Fite A., Macfarlane G.T., McMurdo MET. Characterization of bacterial communities in faeces from healthy elderly volunteers and hospitalized elderly patients by using realtime PCR and effects of antibiotic treatment on the faecal microbiota // *Appl. Environ. Microbiol.* 2004. – Vol. 70(6). – P. 3575–3581.
4. CLINICAL AND LABORATORY STANDARDS INSTITUTE (CLSI) (2006c). Document M45-A. Methods for Antimicrobial Dilution and Disk Susceptibility of Infrequently Isolated or Fastidious Bacteria; Approved Guideline. CLSI, 940 West Valley Road, Suite 1400, Wayne, Pennsylvania 1987–1898, USA
5. Hedges A. J. Estimating the precision of serial dilutions and viable bacterial counts // *Int. J. Food Microbiol.* 2002. – Vol. 76(3). – P. 207–214.
6. Kushugulova A., Kozhakhmetov S., Baiskhanova D., Tynybayeva I., Kakimova A., Khassenbekova Z., Saduakhasova S., Shakhabaeva G., Nagyzbekkyzy E., Nurgozhin T., Marotta F. and Zhumadilov Z. Gut microbiome diversity in Kazakhstani women of different age groups // *Int. J. Probiotics and Prebiotics.* 2015. – Vol. 10(2/3). – P. 133–144.
7. Parvez S., Malik K. A., Ah Kang S., Kim H. Y. Probiotics and their fermented food products are beneficial for health // *Journal of Applied Microbiology.* 2006. – Vol. 100(6). – P. 1171–1185.
8. Strus M. A new method for evaluation of the antagonistic action of bacterial lactic acid (LAB) on selected pathogenic indicator bacteria // *Medycyna doswiadczalna i microbiologia.* 1998. – Vol. 50(1-2). – P. 123–130.
9. Weisburg W. G., Barns S. M., Pelletier D. A., Lane D. J. 16S ribosomal DNA amplification for phylogenetic study // *Journal of Bacteriology.* 1991. – Vol. 173 (2). – P. 697–703.

# СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКАНСКОЙ БОЛЬНИЦЕ № 2 – ЦЕНТРЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

**В. Г. Бегиев,**

*Доктор медицинских наук, профессор,  
Северо-Восточный федеральный  
университет, Медицинский институт,*

**Б. В. Андреев,**

*кандидат медицинских наук, доцент,  
главный врач,*

**Н. С. Петрова,**

*заместитель главного врача  
ГБУ РС (Я) «РБ 2- ЦЭМП»,*

**А. Н. Москвина**

*старший преподаватель,  
Северо-Восточный федеральный  
университет, Медицинский институт,  
г. Якутск, Республика Саха (Якутия),  
Россия*

---

**Summary.** The quality of medical care to the population of the RS (I) is a priority goal of the state budgetary institution Republic of Sakha (Yakutia) "Republic of Belarus № 2 – camp". The object of control are events when emergency medical care. In the dynamics of the volume of inspections increased and amounted to 44,3 % in the examination of temporary disability and 30.7 % at the time of examination of quality of medical care. Much attention is paid to the organization of the admission Department. In 2014, 30 % of patients among emergency patients were hospitalized, refused hospitalization, 12.9 % of patients. Monitoring of admission of patients, improving the system of quality management.

**Keywords:** center of emergency medical care; quality of medical care; assessment of quality of care, monitoring.

---

Оказание качественной медицинской помощи населению является главной целью работы медицинского работника лечебно-профилактического учреждения и системы здравоохранения РФ в целом. Это определено федеральным законом [2; 3], нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения РФ.

Обеспечение качества медицинской помощи населению Республики Саха (Якутия) является приоритетной целью деятельности Республиканской больницы № 2 – Центра экстренной медицинской помощи РС (Я) [1].

Деятельность по обеспечению качества медицинской помощи в Республиканской больнице можно разделить по времени на несколько этапов: I этап – организация и совершенствование контроля качества медицинской помощи (2000–2003 гг.); II этап – внедрение управления качеством медицинской помощи (2004–2005 гг.); III этап – с 2006 года – непрерывное повышение качества.

Обеспечение качества медицинской помощи в больнице осуществляется в нескольких направлениях: клиничко-экспертная работа, стандартизация, лекарственное обеспечение, информатизация.

В процесс повышения качества медицинской помощи в ГБУ РС (Я) «РБ № 2 – ЦЭМП» вовлечены все работники больницы, проводится непрерывный процесс обучения персонала больницы вопросам качества медицинской помощи, разработаны и реализуются общебольничные программы.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится в соответствии с ч. 1 ст. 64 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 – ФЗ [1], внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в соответствии с ст. 90 данного закона в порядке, установленном руководителем ГБУ РС (Я) «РБ №2 – ЦЭМП».

За 2011–2014 годы проверено всего первичной медицинской документации – 37455, из них 73,3 % – медицинские карты стационарных больных и 23,7 % – амбулаторных больных. За этот период количество проверенных историй болезни увеличилось в 3,6 раза, амбулаторных карт в 1,9 раза. За 2011–2014 год возрос удельный вес проверенных историй болезни с 55 % до 69,4 % соответственно. Средний УКЛ за этот период составил соответственно 0,9 и 0,95.

В целях совершенствования анализа качества оказания медицинской помощи в ГБУ РС (Я) «РБ №2 – ЦЭМП», улучшения организации и повышения качества медицинской помощи, приказом главного врача от 30 мая 2013 года № 174п утверждено «Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУ РС (Я) «РБ № 2 – ЦЭМП».

Объектом контроля является медицинская помощь, представляющая комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, проводимых при оказании экстренной медицинской помощи в ГБУ РС (Я) «РБ № 2 – ЦЭМП», с целью достижения конкретных результатов.

Внутренний контроль качества и эффективности медицинской помощи осуществляется методом экспертной оценки, проводимой с применением оценки качества медицинской помощи и выставлением УКЛ в карте оценки уровня качества лечения.

Отделом управления качеством медицинской помощи проводятся проверки первичной медицинской документации пациентов, обратившихся за медицинской помощью и получивших стационарное лечение в ГБУ РС (Я) «РБ №2 – ЦЭМП». В динамике объем проверок увеличился. В период проведения экспертизы временной нетрудоспособности проверено 44,3 % общего объема медицинских карт. При экспертизе качества медицинской помощи проверено 30,7 % историй болезни, в ходе подготовке к проверке страховыми медицинскими организациями проэкспертировано 24,0 % историй болезни.

В 2014 году увеличилось количество проверок первичной медицинской документации пациентов обратившихся за медицинской помощью в приемное отделение или Центр амбулаторной хирургии. Проверено всего за год 4298 амбулаторных карт, из них 14,6 % амбулаторные карты паци-

ентов с повторным обращением, 58,0 % амбулаторных карт пациентов, отказавшихся от стационарного лечения или переведенных в другие медицинские организации.

На качество медицинской помощи в больнице большое влияние оказывает организация медицинской помощи в приемном отделении.

За медицинской помощью в приемное отделение в 2014 году обратилось 28294 человека, из них 30 % из числа экстренных обращений были госпитализированы. Повторно обратились 1,5 % (439 человек). При повторном обращении госпитализировано 49 % обратившихся пациентов, 12,9 % отказались от госпитализации или самовольно покинули приемное отделение, остальные получили необходимую медицинскую помощь, консультации и обследование в приемном отделении.

Анализ случаев повторных обращений граждан показал, что причинами повторного обращения являются: 41 % – «без дефекта» (течение заболевания); 37 % – «зависит от пациента» – отказы, самовольные уходы, несоблюдение рекомендаций; 20 % – «дефекты других МО» – непрофильное направление, отсутствие показаний; 2 % – «дефекты первичного обращения» – не проведено необходимое обследование, неверно поставлен диагноз.

При экспертной оценке качества медицинской помощи в приемном отделении отмечено, что 6 % пациентов покинули приемное отделение или заполнили отказ от госпитализации при первичном обращении, из них 6,7 % обратились в приемное отделение повторно и 42,8 % были госпитализированы для оказания экстренной медицинской помощи. Необходимо отметить, что отказы от госпитализации оформлены не должным образом: не указана причина отказа, нет подписи пациента, нет подписи врача. Отказавшиеся от госпитализации при повторном обращении были госпитализированы в экстренном порядке.

Анализ случаев повторных обращений с последующей госпитализацией показал, что для оказания экстренной медицинской помощи пациенты были госпитализированы в отделения хирургического (84 %) и терапевтического профиля (16 %). В хирургическом отделении госпитализированные при повторном обращении (20 пациентов) в 64 % случаев были экстренно оперированы, из них в 60 % случаев возникли осложнения, в 10 % случаев – летальный исход, в связи с поздней госпитализацией.

Из числа поступивших в приемное отделение пациентов, доставлены бригадами ССМП – 46 %, самообращения – 21,2 %, направлены из МО г. Якутска – 15,2 %, по направлениям других МО – 17,2 %.

В целях повышения качества медицинской помощи в приемном отделении в 2014 году начат мониторинг-анализ доставки пациентов бригадами ССМП и направленных медицинскими организациями города Якутска. Выявлено 359 «грубых» дефектов, непрофильные направления, направления без экстренных показаний, с целью проведения обследования и консультации узких специалистов (невролога, сосудистого хирурга).

Анализ результатов проводимого мониторинга поступлений пациентов в приемное отделение направлен в Управление здравоохранения г. Якутска и ССПМ, проведена встреча с главными врачами МО г. Якутска по вопросам экстренных обращений и направлений в приемное отделение ГБУ РС (Я) «РБ №2 – ЦЭМП». В результате в целом уменьшилось число экстренных направлений из МО г. Якутска и ССПМ, но вместе с тем, число необоснованно направленных пациентов остается на прежнем уровне.

При анализе случаев отказа пациентов от обследования и госпитализации выяснилось, что в 100 % случаев оформляется письменный отказ пациента, но в большей части случаев не указывается причина отказа. Анализ первичной медицинской документации показал, что основными причинами отказа или самовольного ухода пациентов являются: 90 % – состояние алкогольного опьянения, 10% – другие причины. До 40 % пациентов, отказавшихся от госпитализации, обращаются повторно.

В 2014 году 10 % пациентов, экстренно обратившихся в ГБУ РС (Я) «РБ № 2 – ЦЭМП», были переведены в другие медицинские организации.

Непрерывное совершенствование системы менеджмента качества в ГБУ РС (Я) «РБ № 2 – ЦЭМП», является гарантией устойчивости качественных показателей деятельности медицинской организации.

#### **Библиографический список**

1. Отчет о качестве медицинской помощи ГБУ РС (Я) «РБ № 2 – ЦЭМП», 2014.
2. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов, 2014.
3. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323 ФЗ, 2011.

# ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

О. В. Заслонкина,  
В. В. Зима

*Кандидат социологических наук,  
доцент,  
старший преподаватель,  
Российская академия народного  
хозяйства и государственной  
службы при Президенте РФ,  
филиал в г. Орёл, Россия*

---

**Summary.** The article shows that the formation of a healthy way of life of young people, as the Russian intellectual potential, is a priority of social development. The paper analyzes basic problems of the formation and development of a healthy way of life of young people, relevant activities and levels of system performance of public authorities are considered. The necessity of priorities to promote healthy lifestyles among young people is substantiated.

**Keywords:** youth; young; healthy lifestyles; the organization of a healthy lifestyle.

---

Сохранение и укрепление здоровья нации во многом определяется отношением каждого индивидуума к своему здоровью. В период выраженного демографического спада здоровье молодежи приобретает особую ценность, так как она представляет собой интеллектуальный, репродуктивный, экономический, социальный и культурный резерв государства, его стратегический капитал, а также «может рассматриваться как индикатор общественного развития» [7, с. 92]. Более того, одним из главных направлений молодежной политики в современной России обозначено формирование отношения к здоровому образу жизни как к личному и общественному приоритету, пропаганда ответственного отношения к своему здоровью.

Основу модели здорового образа жизни молодежи составляет синтез разных подходов, выделенных рядом специалистов. Академик Ю. П. Лисицын в конце прошлого столетия научно обосновал модель социальной обусловленности здоровья, которая получила одобрение и признание экспертов Всемирной организации здравоохранения [3, с. 12]. Согласно данной модели уровень здоровья населения более чем на 50 % зависит от образа жизни и условий жизни; по 15–20 % занимают наследственные факторы и состояние окружающей среды и около 10–15 % приходится на работу органов и учреждений здравоохранения.

Как социальное явление формирование ЗОЖ объединяет два направления. Первое – это отношение к собственному здоровью и образу жизни самого индивида. Второе направление включает формирование здорового образа жизни на государственном уровне и подразумевает соответствующую законотворческую деятельность, финансирование сфер здравоохранения, образования, культуры, досуга, окружающей среды [2, с. 28]. Успех этих внедрений и действий значительно зависит от наличия и широкой

пропаганды идеологии здорового образа жизни, направленной на сохранение здоровья и разумного к нему отношения [4, с. 53].

Сохранение здоровья, формирование здорового образа жизни молодежи – это межведомственная проблема, в решении которой участвуют множество структур: «государственных органов власти, органов местного самоуправления и молодежного правительства» [8, с. 85].

Так, структура процесса формирования здорового образа жизни впервые на законодательном уровне была обозначена в «Концепции развития здравоохранения до 2020 года» (2009). В ней отмечено, что наиболее важным является создание системы повышения мотивации всех членов общества (и граждан, и руководителей учреждений образования, и работодателей и др.) на ведение здорового образа жизни [9, с. 9].

Важной составляющей формирования ЗОЖ у молодежи является распространение моды на физически активный образ жизни, повышение интереса к систематическим занятиям физкультурой. Эти цели также определены в Федеральном законе Российской Федерации № 329-ФЗ от 04.07.2007 г. «О физической культуре и спорте в Российской Федерации». Для сохранения здоровья, повышение уровня знаний, информированности и практических навыков по ведению ЗОЖ у населения организованы и функционируют на базе региональных и муниципальных учреждений здравоохранения Центры здоровья.

На сегодняшний день, по нашему мнению, показатели состояния здоровья молодежи довольно адекватно характеризуют качество ее жизни. Однако все предпринимаемые меры могут оказаться неэффективными, если сами молодые люди не будут предпринимать усилий по поддержанию собственного здоровья. Результаты социологического исследования «Положение молодежи в Орловской области в 2015 году», проведенного в Орловской области в феврале-марте 2015 года, свидетельствуют о том, что, несмотря на неблагоприятную статистику, молодежь не вполне осознает значимость такой проблемы как состояние собственного здоровья [1, с. 37].

Негативные тенденции состояния здоровья населения Российской Федерации постоянно отмечаются в государственных докладах последних лет. Тревогу вызывает именно состояние здоровья детей, подростков и молодежи. По данным Минздрава России, общая заболеваемость подростков за последние годы увеличилась на 29,4 %. Молодые люди имеют более низкий уровень здоровья, чем их сверстники несколько десятилетий назад. Уровень психических заболеваний каждые десять лет увеличивается на 10–15 %. За последние 10 лет количество молодых людей, страдающих наркотической зависимостью, выросло примерно в 3,5 раза. Кроме того, постоянно растет число регулярно курящих молодых людей, свыше 90 % подростков в возрасте до 18 лет приобщаются к спиртному.

Об этом свидетельствует то, что для ее значительной части характерны вредные привычки, подрывающие здоровье. Наиболее распространенными среди них являются курение и злоупотребление алкоголем. По-

прежнему остро стоит проблема наркомании и токсикомании в подростковой и молодежной среде.

Необходимость привлечения детей, подростков и молодежи, употребляющих никотин, алкоголь, наркотики, к здоровому образу жизни усугубляется еще и тем, что большинство из них имеют слабое здоровье, различные сопутствующие заболевания, а также недостаточное физическое развитие. Многие их личностные свойства (социальный инфантилизм, комплекс неполноценности, отсутствие смысла и цели жизни или их извращенное понимание, несформированность понятий о добре и зле, цинизм, нежелание преодолевать трудности, замкнутость, робость, тревожность, страхи, нередко сочетающиеся с повышенной агрессивностью и т. д.) можно скорректировать посредством ряда мероприятий.

В Орловской области большое внимание уделяется программам, направленным на духовное и физическое оздоровление орловцев. Но для успешной из реализации необходима единая концепция формирования здорового образа жизни молодежи с учетом местной специфики. Несмотря на реализуемый комплекс профилактических и лечебных мероприятий в отношении молодежи, она находится в критическом состоянии, что выражается в значительном распространении в молодежной среде вредных привычек, ухудшающих здоровье, рост общей заболеваемости подростков и молодежи.

Реализация единой политики, направленной на формирование здорового образа жизни современной молодежи без учета местной специфики не достигнет значительного результата. Поэтому при ее воплощении необходимо учитывать местные факторы, что позволит сделать единую концепцию здорового образа жизни более действенной.

Постоянное внимание должно уделяться просвещению детей и подростков по вопросам здоровья, профилактики заболеваний. Фундамент здоровья и положительного отношения к физической культуре закладывается с раннего детства в семейном воспитании, после – в дошкольных и школьных учреждениях. Тем не менее, крайне медленно внедряется физическая культура и спорт в систему дошкольных учреждений. Планируемая работа требует опытных специалистов, что предусматривает систему переподготовки и повышения квалификации кадров.

Чтобы перестроить систему физического воспитания в учебных заведениях необходимо осознать, что урок физической культуры в школе – это не один из множества предметных дисциплин, конкурирующих между собой за дополнительное время в сетке часов. Наоборот, чем больше времени будет выделено на правильное, методически грамотное проведение уроков физического воспитания, тем более рационально и эффективно будет организован учебный процесс.

Изучение традиций русской народной культуры, текстов, учительной литературы Древней Руси может способствовать формированию духовной основы здорового образа жизни. С этой целью необходимо разработать

единую программу изучения русских народных традиций по формированию духовного и физического здоровья молодежи, охватывающую все ступени воспитания и образования. Программа может быть реализована через семинары, научно-практические конференции в школах, музеях, учреждениях дополнительного образования.

Необходимо использовать спортивную базу учебных заведений в течение всего дня, особенно в вечернее время, выходные и праздничные дни, а также во внеучебное время. Предоставление всем желающим возможности заниматься любимыми видами спорта в сопровождении с активной информационной поддержкой со стороны СМИ, наличием здоровой рекламы – лучшее средство уберечь подрастающее поколение от втягивания во всевозможные пагубные пристрастия. Нужно мобилизовать имеющиеся резервы и возможности, использовать инициативу всего населения на создание здоровых условий в каждой семье для воспитания здорового и счастливого ребенка.

Должно быть тщательно продумано информационное обеспечение. Оно включает в себя: оказание организационно-финансовой и научно-методической поддержки; проведение исследовательских работ в сфере государственной молодежной политики; научно-исследовательскую деятельность, сбор и обработку информации о вреде алкоголизма, наркомании; психологического и физического насилия.

Для этого имеет смысл организовать регулярную и целенаправленную работу, в основе которой лежит пропаганда здорового образа жизни, через СМИ, радиопередачи, информационные щиты, рекламу, массовые и зрелищные спортивные мероприятия.

Основными направлениями развития массовой физкультурно-оздоровительной работы среди населения является организация и проведение спартакиад школьников. Необходимо уделить внимание созданию спортивных секций по различным видам спорта, таких как шахматный, шашечный, лыжный, традиционных русских – городки, лапта под руководством квалифицированных тренеров-преподавателей.

Именно с помощью массового любительского спорта воспитывается здоровая нация. Важно дать человеку почувствовать радость движения и привить вкус к здоровому образу жизни. Научиться умению жить в обществе и ощущать себя неотъемлемой частью коллектива. Поэтому спортивные клубы, секции и кружки – еще и возможность для социализации. Необходимо продолжать развитие и максимально расширить сеть подростковых клубов, вести строительство спортивно-досуговых площадок по месту жительства, при этом укрепив их материальную базу.

Формирование здорового образа жизни осуществляется по двум направлениям: через информирование и посредством вовлечения молодежи в мероприятия, направленные на организацию здорового образа жизни. Для достижения данной цели необходима реализация ряда мероприятий, таких как: разработка системы ликбеза по формированию здорового образа жизни.

ни на предприятиях, в учебных учреждениях и организациях для детей, родителей, более старших поколений (бабушек, дедушек), преподавателей; укрепление института семьи и материнства; профилактика СПИДа, алкоголизма, наркомании, табакокурения, широкая пропаганда здорового образа жизни с привлечением средств массовой информации, развитие массовых и малозатратных видов спорта, таких как футбол, волейбол, баскетбол, лыжи и т. д., строительство спортивно-досуговых площадок, повышение эффективности работы кружков, секций и клубов по месту жительства, деятельности социально-педагогических, реабилитационных, психологических центров, предназначенных для организации труда и отдыха детей и молодежи, поддержка детских, юношеских и молодежных общественных организаций, совершенствование форм молодежного и семейного туризма, отдыха и оздоровления; внедрение в программы по формированию здорового образа жизни психологических аспектов, таких как: обучение позитивному мышлению, адекватному реагированию на ситуацию, методам самовнушения, релаксации, аутотренинга и пр.; активизация работы с молодежными организациями для привлечения большего количества подростков и молодежи в оздоровительные мероприятия.

#### Библиографический список

1. Дорохова Ю. В., Игнатова Т. В., Проказина Н. В. Молодежь Орловской области в 2015 году. Научное издание. Информационно-социологический бюллетень / под общ. ред. П. А. Меркулова. – Орел : Издательство Орловского филиала РАНХиГС, 2015. – 72 с.
2. Журавлева И. В. Почему не улучшается здоровье граждан // Вестник института социологии. – 2012. – № 6. – С. 163–176.
3. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.
4. Михайлова С. В., Садретдинова И., Федосеева Я. Здоровье студентов – социальная ценность государства // Современные научные исследования и инновации. – 2015. – № 4.
5. Петрушин В. И., Петрушина Н. В. Валеология : учеб. пособие. – М. : Гардарики, 2003. – С. 333–338.
6. Смирнов В. В. Концептуальные основы формирования культуры здоровья молодежи в сфере досуга // Вопросы современной науки и практики. – 2011. – № 3. – С. 333–338.
7. Харченко А. А., Заслонкина О. В., Дровникова О. Н. Экстремизм и ксенофобии как протестный механизм социального аутсайдерства молодежи // Среднерусский вестник общественных наук. – 2015. – № 2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/ekstremizm-i-ksenofobii-kakprotestnyy-mehanizm-sotsialnogo-autsayderstva-molodezhi> (дата обращения: 07.04.2016)
8. Харченко А. А., Заслонкина О. В., Дровникова О. Н. Социальное партнерство в сфере реализации государственной молодежной политики в субъекте РФ // Научные ведомости БелГУ. Серия: Философия. Социология. Право. 2014. №2 (173). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnoe-partnerstvo-v-sfere-realizatsii-gosudarstvennoy-molodezhnoy-politiki-v-subekte-rf> (дата обращения: 07.04.2016)

9. Шапошникова А. И. Перспективы финансирования системы здравоохранения в рамках концепции развития до 2020 года // Пространство экономики. – 2009. – № 2–3. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/perspektivy-finansirovaniya-sistemy-zdravooohraneniya-v-ramkah-kontseptsii-razvitiya-do-2020-goda> (дата обращения: 07.05.2015).

## СИСТЕМАТИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Д. Ж. Махамбетов

*Ph.D., докторант,  
Казахстанский медицинский  
университет «ВШОЗ»,  
г. Алматы, Казахстан*

---

**Summary.** Analysis of the literature showed that the health of Kazakhstan is subject to global trends of development. The process of evaluating the competitiveness should be a constant, and the use of appropriate methodologies to improve governance, both in the medical institution, as well as in the health system.

**Keywords:** competitiveness; medical organizations; health care system.

---

Современные экономические условия диктуют необходимость активного внедрения инструментов маркетинга и экономических методов управления в здравоохранение. На основе обзора научной литературы была проведена систематизация методов оценки конкурентоспособности в здравоохранении.

Основными критериями конкурентоспособности организации здравоохранения (ОЗ) являются: репутация и доходность организации, доступность и степень дифференциации услуг, наличие высококвалифицированных кадров [2].

В здравоохранении наиболее часто используются три конкурентные стратегии: стратегия обеспечения лидерства за счет экономии на издержках; стратегия дифференциации; стратегия специализации [1]. Конкурентоспособность ОЗ оценивается с двух позиций: сравнение с подобными организациями (конкурентами), а также в рамках внутренней среды самой организации [4]. Одним из ключевых элементов обеспечения конкурентоспособности ОЗ является организационная структура управления, основанная на структуризации целей и использовании индикативного подхода [3].

По данным многих экспертов отсутствие у медицинской организации прямых конкурентов на ее целевом рынке свидетельствует, о том, что этот рынок не обеспечивает достаточно высокой прибыльности. При этом имеет значение объективная оценка сильных и слабых сторон конкурентов, основанная на анализе информации об их деятельности (полученной, в результате общения с потенциальными клиентами). Информация о состоянии рынка и конкурентов способствует выявлению ошибок и недочетов в

работе, а также коррекции конкурентных стратегий. При расчете конкурентоспособности услуг и товаров медицинского назначения используются следующие методы: «жестких» и «мягких» параметров; квалитетрический; комплексный; дифференциальный и смешанный [1].

Несмотря на свою актуальность, вопросы конкурентоспособности медицинских организаций и медицинских услуг остаются малоизученными. Процесс оценки конкурентоспособности должен быть постоянным, а использование адекватных методик повысит эффективность управления, как в медицинской организации, так и в самой системе здравоохранения.

#### **Библиографический список**

1. Акопян А. С., Шиленко Ю. В., Юрьева Т. В. Индустрия здоровья: экономика и управление. – М. : Дрофа, 2003. – С. 448.
2. Локтева О. А. Оценка конкурентоспособности бренда платных медицинских услуг (на примере Санкт-Петербурга) // Проблемы современной экономики. – 2010. – № 3(35). – С. 260–261.
3. Терехова Е. Ю. Формирование конкурентоспособности медицинской организации : автореф. дис. ... канд. экон. наук : 08.00.05. – Сочи, 2004. – 150 с.
4. Тогунов И. А. Конкурентоспособность медицинской организации (врачебной практики): методологические подходы к оценке и управлению // Менеджер здравоохранения. – 2006. – № 4. – С. 34–37.



## II. SOCIAL TECHNOLOGIES OF HEAL SAVING AND ETHICAL ASPECTS OF MEDICAL PRACTICE



### РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО ФАКТОРА В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НА ТЕРРИТОРИИ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Г. В. Карпущенко,

*Кандидат медицинских наук,  
Управление федеральной службы  
по надзору в сфере защиты прав  
потребителей и благополучия человека  
по Ростовской области,*

Т. В. Жукова,

*доктор медицинских наук, профессор,  
ассистент,*

А. В. Моцкус,

С. Н. Белик,

*кандидат медицинских наук, доцент,*

И. М. Харагургиева

*кандидат медицинских наук, доцент,  
Ростовский государственный*

*медицинский университет,*

*г. Ростов-на-Дону, Россия*

---

**Summary.** The level of professional morbidity in the Rostov region not only characterizes a situation with conditions of the work in the previous years but also directly depends on the current economic situation in the region.

**Keywords:** occupational morbidity; social factor.

---

Длительное воздействие на работника вредного производственного фактора, в концентрациях и (или) уровнях превышающих гигиенические нормативы, приводит к развитию хронического профессионального заболевания, следовательно, уровень профессиональной заболеваемости ретроспективно характеризует состояние условий труда в предшествующие годы [1]. Основным «поставщиком» профессиональных заболеваний в Ростовской области традиционно является угольная отрасль, чей вклад в общую структуру превышает более 80 процентов. Технически-достижимые уровни воздействия вредных производственных факторов в угольной отрасли существенно превышают гигиенические нормативы [2]. Однако, сокращение работающих в данной отрасли неизбежно приводит к росту профессиональной заболеваемости, что позволяет предположить наличие не только производственного фактора.

Проведенный анализ 30-летнего периода показывает устойчивую зависимость уровня профессиональной заболеваемости в Ростовской области от социально-экономических факторов.

В конце 80-х начале 90-х годов, когда угольная промышленность работала «стахановскими» темпами, уровень профессиональной заболеваемости

мости был относительно невысоким и составлял в среднем от 1,99 до 3,4 на 10 тысяч работающих. Начиная с периода 1994 года, в Ростовской области началось массовое закрытие угольных шахт, рабочие остались без работы, что как следствие отразилось на значительном росте уровня профессиональной патологии. Показатель профессиональной заболеваемости увеличился в разы и регистрировался в пределах от 13,24 в 1994 году до 9,5 в 1997 году. Максимальное число случаев профессиональных заболеваний зарегистрировано в 1996 году – 1517. В дальнейшем данная ситуация несколько стабилизировалась.

Вместе с тем, до 2000 года был определен порядок регрессных выплат по профессиональным заболеваниям, когда указанные пособия производились на предприятиях, многие из которых к этому времени были ликвидированы, т. е. фактически не выплачивались. Потенциальные профессиональные больные не были мотивированы на профессиональную патологию не сопровождающуюся фактическими выплатами по утрате здоровья. В результате чего снижение уровня профессиональной заболеваемости достигло – 4,3.

С 1999 года с момента вступления в силу Федерального Закона «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ, контроль за назначением и выплатой пособий был возложен на Фонд социального страхования Российской Федерации.

К 2002 году страховые выплаты по утрате трудоспособности вследствие профессиональных заболеваний стали регулярными, и зачастую превышали среднюю заработную плату по тому или иному муниципальному образованию. В связи с чем, органами государственной санитарно-эпидемиологической службы в тот период был спрогнозирован ожидаемый рост уровня показателя профессиональной заболеваемости. Прогноз оправдался и, показатель профессиональной заболеваемости в Ростовской области вырос до 10, что в абсолютных числах составляло 1035 случаев.

К 2007 году показатель профессиональной заболеваемости стабилизировался на уровне 3,2, но экономический кризис 2008 года и его последствия, предопределили рост профессиональной заболеваемости в 2009 году до 4,3. При этом, в Ростовской области резко увеличилась категория профессиональных больных – стажированные летчики.

Нормализация социально-экономической ситуации снизила показатель профессиональной заболеваемости в 2012 году до 2,6, но с 2013 г. регистрируется стабильный рост и в 2015 г. уровень профессиональной заболеваемости составил 3,5.

На основании вышеизложенного можно предположить, что уровень профессиональной заболеваемости в Ростовской области не только характеризует ситуацию с условиями труда в предшествующие годы, но и напрямую зависит от текущей экономической ситуации в нашем регионе.

## Библиографический список

1. Пиктушанская И. Н. Особенности структуры профессиональной патологии в ростовской области // Медицина труда и промышленная экология. – 2015. – № 9. – С. 112.
2. Шпагина Л. Н. Заболевания у больных с профессиональной патологией // Медицина в Кузбассе. – 2010. – № S2. – С. 50–53.

## МОЛИТВА КАК ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ТЕХНОЛОГИЯ

**А. И. Меркулов**

*Кандидат медицинских наук, доцент,  
Кемеровский государственный  
университет, филиал,  
г. Прокопьевск, Россия*

---

**Summary.** Modern science substantiates and confirms the validity of prayers. People can pray for themselves and for others, even unbelievers patients. Religion plays no role, because God is one. Prayer should be widely used as a health-saving technology.

**Key words:** science and religion; religion; the efficacy of prayers; health-saving technologies.

---

Молитва — не праздное развлечение старушек. При правильном понимании и применении она является мощнейшим инструментом действия.

*Махатма Ганди*

Официальная медицина до сих пор не знает истинных причин заболеваний, остается сугубо симптоматической, лечит болезни, но не вылечивает — поэтому все заболевания хронические с периодами ремиссий и обострений. Наполняемость стационаров и посещаемость поликлиник к середине 1990-х годов в России снизилась на 50 %, то есть половина пациентов, разочаровавшихся в таблеточной медицине, стала обращаться к нетрадиционным целителям, на сеансах которых происходит замена одного заболевания на другое, вполне вероятно на более тяжелое, но развивающееся со временем, поэтому видимость пользы есть, а общее здоровье становится еще хуже. Поэтому сегодня большинство страждущих разочаровались и в нетрадиционном целительстве. Остается одна надежда на Бога.

Исследованиями американских ученых показано, что у людей посещающих церковь не менее одного раза в неделю заболеваемость на 29 % ниже по сравнению с теми, кто гораздо реже прибегает к услугам священнослужителей, то есть здоровье населения коррелирует с его уровнем духовности. Современная философия — Агни-Йога утверждает, что у людей нарушающих Космические Законы Гармонии (КЗГ: Вселенской любви ко всем и вся, Взаимопомощи, Обучения низшего высшим, Эволюции, Справедливости и/или Кармы и др.) неизбежно включаются программы само-

уничтожения, их физические тела вынуждены разрушаться, то есть травмироваться, болеть и умирать.

Причины всех заболеваний и травм находятся в сферах духовной и психической деятельности человека и являются нарушениями КЗГ и Заповедей Божьих. Отношение самости (эгоизма, совокупности отрицательных черт характера) к уровню духовности человека (добродетель, полезность для общества, набор положительных черт характера) прямо пропорционально его уровню и риску заболеваемости и травматизма. Первый порочный круг патогенеза находится на субмолекулярном уровне (духовные структуры – кармические структуры – биополе), эффективно воздействовать на который можно лишь посредством обращения к Богу. Кардинальным лечением является покаяние, исправление отрицательного мышления и поведения. А профилактикой – недопущение отрицательных мыслеобразов, несовершение зла, исполнение КЗГ и Заповедей Божьих [3].

Об этом же говорится и в Библии. При совершении грехов «оскудевший приток Божьей Благодати, питающей духовную ткань человека, делает его неспособным противостоять воздействию отрицательных энергий, что нарушает движение токов материальной жизненной силы на клеточном уровне физического тела и ведёт к развитию заболеваний» [4]. Значит, неизлечимых болезней нет, все заболевания и травмы являются психосоматическими. Причины их находятся в сферах духовной и психической деятельности человека и являются нарушениями КЗГ и Заповедей Божьих. Поэтому люди, не развиваясь Духовно, после пятидесяти лет имеют целые букеты различных заболеваний.

Церковь издревле знает об этиологии и лечении заболеваний, и использует это в целительской практике, ибо в храмах до сих пор периодически проводятся лечебные сеансы и акты экзорцизма. На сегодняшний день зарегистрировано более 500 случаев в мире пациентов, исцелившихся без медицинской помощи от различных форм рака, подтверждённых гистологически, серьёзно обратившихся к Богу, посредством глубокого покаяния, искренней молитвы, исправления своих отрицательных мыслей, черт характера, изменения стереотипов поведения и привычного пагубного образа жизни [3].

Молитва, идущая от сердца, усиливает связь с божественным эгрегором и приток Божьей Благодати, которая вытесняет собой отрицательную энергию злодеяний из духовных структур. В больнице Святого Луки в Канзас-Сити были проведены длительные клинические исследования, которые доказали, что пациентам помогает избавиться от болезней лечение молитвами, даже если кто-то молится за них, а не они сами. Причем делали это представители разных религиозных конфессий: христиане, буддисты, иудеи и другие. И самое интересное, что ни сам больной, ни лечащие врачи до окончания опыта не знали, о выздоровлении кого из пациентов верующие ходатайствуют перед Богом.

У пациентов группы, за которую молились, результаты операций были на 70 процентов лучше, чем у пациентов из контрольной группы. Лечение молитвами повышает шансы на успех искусственного оплодотворения в два раза [2].

Наука подтверждает вышеизложенное. Так, обнаружено неизвестное ранее состояние сознания, которое возникает во время общения с Всевышним и молитвы действительно приносят реальную пользу. В лаборатории нейро- и психофизиологии психоневрологического НИИ им. В. М. Бехтерева проводились уникальные эксперименты. Туда приходили православные священники, католические ксендзы, последователи ислама, дзен-буддисты, у которых снимали электроэнцефалограммы во время молитвы.

В моменты бодрствования кора головного мозга взрослого человека генерирует альфа- и бета-ритмы биотоков с частотой от 8 до 30 герц. Когда же обследуемые погружались в молитвенный экстаз, то происходило замедление ритма до частоты 3 герц. Сохранившиеся биопотенциалы имели столь малую амплитуду, что практически приближались к прямой линии. Эти медленные ритмы получили название дельта-ритмов и наблюдаются только у младенцев до 3–4 месяцев. То есть обследуемые люди становились в буквальном смысле слова как младенцы. А помолвившись, добровольцы возвращались к прежнему ритму электрических импульсов коры головного мозга. Эти нейрофизиологические процессы происходят одинаково вне зависимости от того, какую молитву читает человек – православную, католическую или мусульманскую.

Профессор В. Б. Слезин поясняет: «до сих пор наука знала три основных состояния головного мозга: бодрствование, «быстрый» и «медленный» сны. А проведенные опыты обнаружили еще одно, которое можно назвать «молитвенным» бодрствованием, которое необходимо нам так же, как и остальные состояния. Если оно отсутствует в жизни, то нарушается гармония в организме и появляются болезни» [6]. Наверное, именно поэтому Христос говорил: «Будьте, как дети, и спасетесь» [1].

Исследования проводились во многих странах мира на представителях самых различных возрастов и профессий, и во всех случаях результаты оказывались ошеломляющими. Прежде всего, следует отметить, что во время молитвы у человека заметно снижается потребление кислорода (примерно на 20 %, тогда, как во время сна – всего лишь на 8 %). Это говорит о том, что молитва, приводит к лучшей нормализации функционирования и восстановлению организма, чем даже сон.

В результате молитвенной практики от 2–4 недель до нескольких месяцев синхронизируются электрические ритмы обоих полушарий. Это делает человека более интеллектуально здоровым, энергичным, защищенным от стрессов, способным проявлять талант и интуицию. В течение двух-трёх месяцев происходит интенсивное увеличение биополя с изменением окраски в сторону светлых тонов (грязные оттенки обычно указывают на

патологические отклонения в психике человека и нарушение обмена веществ), а также гармонизация биополя.

Регулярное чтение молитв может оказать благотворное влияние на здоровье человека. К такому выводу пришли ученые из Университета Павии (Pavia, Италия), которые испытали эти методики на добровольцах. В ходе молитвы пульс, давление, состав крови и другие параметры организма нормализуются. Вечерняя молитва нейтрализует стрессы, переживания дня, успокаивает нервную систему, способствует хорошему и крепкому сну.

Группа исследователей из Университета Северной Каролины пришла к выводу: у больных, перенесших ангиопластику, за которых молились, осложнений было на 20–30 % меньше.

Исследования в отделении кардиологии одного из госпиталей в США: несколько монахов, сестер и священников молились за пациентов, страдающих различными сердечными недугами. «Пассивных участников» опыта было более семисот. Профессор Митчелл Крушофф, врач-кардиолог, сотрудник Герцогского Университета в Дареме, так прокомментировал результаты опыта: «Благодаря молитвам темпы выздоровления многих пациентов увеличились почти в два раза – примерно на 93 %» [5].

Также учёные выяснили, что молитва уничтожает болезнетворные бактерии не только в человеческом организме, но и в воде. Петербургский инженер-электрофизик из лаборатории медико-биологических технологий «НИИ промышленной и морской медицины» Ангелина Малаховская уже десять лет изучает свойства, казалось бы, ненаучных явлений: силу крестного знамения, слова Божьего и целебные свойства святой воды. Ею были проверены действия молитвы «Отче наш» и крестного знамения на патогенные бактерии. Для исследования были взяты пробы воды из различных водоемов: колодцев, рек, озер, в которых содержались кишечная палочка и золотистый стафилококк. Оказалось, что если прочесть молитву и осенить культуру крестным знамением, то количество вредных бактерий уменьшается почти в сто раз.

Итак, молится человек сам или другие за него – эффект одинаков. Человеку, живущему в гармонии с окружающей средой и обществом, страшиться нечего, ибо помните из Библии [1]: «Ни один волос не упадет с головы вашей без воли Отца вашего Небесного» (Мат., 10, 29–31). Но в беседах с Богом следует трезво оценивать, какие просьбы Он может исполнить. Некоторые просят денег и прочих богатств, что бы должники вернули долг, что бы обидчики были наказаны и т. п. Недаром один святой сказал: «Если бы Бог исполнил все просьбы, обращенные к Нему молящимися, то мир бы перевернулся».

Суть покаяния заключается в искреннем осознании злодеяния и твердом намерении в дальнейшем не поступать подобным образом. В таком случае можно просто после молитвенного обращения к Богу своими словами попросить прощения и оно будет. Даже не обязательно идти в храм исповедоваться священнику, потому что каждый человек напрямую

связан с Отцом Небесным посредством своей совести, и Он знает помыслы и чаяния всех своих детей. Каждый человек находится на ладони божьей под пристальным вниманием Его. Поэтому посредники пред Богом не нужны. А если кто-то решил откупиться исповедью и деньгами, но, не меня образа жизни, продолжать творить зло, то и церковь не поможет! Ибо нельзя купить индульгенцию в рай. Человек любого вероисповедания может посещать храмы других конфессий. Польза коллективного обращения к Богу возрастает не в арифметической, а в геометрической прогрессии от количества молящихся. А поскольку религии возникли разные, но из одного источника, то человек волен осознанно выбирать и менять вероисповедание по своему усмотрению – греха в этом нет.

Таким образом, молитва должна широко использоваться как здоровьесберегающая технология. Причем люди могут молиться как сами за себя, так и за других, даже неверующих больных. И вероисповедание не играет никакой роли, ибо Бог один, все религии давались из одного источника, но в разное историческое время и на разных языках, – Отцом Небесным.

#### **Библиографический список**

1. Библия. – М. : Всесоюзн. Совет евангельских христиан, 1985. – 1319 с.
2. Вересов С. Молитва сердце лечит. URL: <http://www.magichelp.ru/Molitva.html> (дата обращения: 12.01.2016).
3. Меркулов А. И. Религия о причинах заболеваний // Социальные проблемы регионов, нравственность и религия: сборник статей Всероссийской научно-практической конференции. – Пенза : Приволжский Дом знаний, 2013. – С. 60–64.
4. Последний Завет. – С-Пб. : Изд. Общ-ва Ведической Культуры, 1996. – 805 с.
5. Ученые пытаются понять: почему помогают молитвы? URL: <http://www.orel.kp.ru/daily/24038/97367/> (дата обращения: 20.02.2016).
6. URL: <http://radostysnami.ru/pravoslavnoe-lechenie/molitvyi-pri-zhenskih-zabolevaniyah.html> (дата обращения: 18.01.2016).



### III. PEDAGOGICAL BASES OF BUILDING A CULTURE OF HEALTHY LIFESTYLES



#### АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДПЕРСОНАЛА ПРОПАГАНДИРУЮЩЕГО ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

З. У. Адылова,  
Н. М. Адылова

*Ассистент,  
магистр,  
Ташкентская медицинская академия,  
г. Ташкент, Узбекистан*

---

**Summary.** Health of the population, its preservation and strengthening of the growth in life expectancy and reduced mortality have always been the focus of social policy. A healthy lifestyle, with the formation of the new general medical model of primary health care, is one of the main directions of reforming the healthcare system of Uzbekistan. The doctor is also a nurse of general practice must become the locomotive of the implementation of the ideology of a healthy lifestyle at the family level, taking into account its specific opportunities and living conditions.

**Keywords:** healthy lifestyles; promoting a healthy lifestyle; nurses.

---

Реформирование системы здравоохранения в Узбекистане предусматривает и реформирование образования, в том числе преобразований в системе профессиональной подготовки медсестер [3, с. 75–77]. По приказу Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 238 от 04.06.2008 г. в настоящее время каждый медицинский персонал (врачи, медсестры, фельдшера, лаборанты) в объеме ежемесячной работы должен выделять 4 часа на формирование ЗОЖ и пропаганду медико – гигиенические, экологические навыков среди населения [1, с. 16].

Медицинская сестра общей практики, выполняющая программу по защите и укреплению здоровья семьи, должна знать и уметь оценить семью как систему, ее культурные и этнические особенности, взаимоотношения ее членов, характер питания в семье, вредные привычки и факторы риска, определить влияние изменений в составе семьи на здоровье [2, с. 81–83].

**Цель исследования:** Оценка деятельности и организация обучения среднего медперсонала для создания постоянно действующей информационно-пропагандистской системы, направленной на повышение уровня информированности населения разной категорий.

**Материал и методы исследования.** Материалом исследования служили деятельность среднего медперсонала работающего в первичном звене здравоохранения города Ташкента. В ходе исследования использова-

ны современные статистические, социологические, социально-гигиенические методы.

**Результаты.** Проведено анкетирование у 68 медсестер работающих в первичном звене здравоохранения для изучения отношения, уровня знаний и объема деятельности по пропаганде ЗОЖ. В основной части опросника приведены пункты понятия о ЗОЖ самого медперсонала. По мнению участковых медсестер, в ЗОЖ входит рациональное питание 89 %, индивидуальная гигиена 43 %, занятие спортом 30 %, физическая активность, вредные привычки и правильный отдых 17–19 %, репродуктивное здоровье 13 %, также своевременное прохождения диспансеризации, повышение медицинской культуры, правильное ведение образа жизни, соблюдение режима дня, семейное благополучие, соблюдение чистоты 6–8 %.

На вопрос, «Какие функции возложены на средний медицинский персонал в области пропаганды ЗОЖ среди населения» получены следующие ответы. 26–30 % респондентов считают нужно проводить пропагандистские работы среди населения, повышать медицинская грамотность населения, проводить углубленные медосмотры, проводить разъяснительные работы. Также приведены варианты как, определение первичных заболеваний, своевременный патронаж, проведение диспансеризаций и быть ответственным являются задачами медперсонала в ФЗОЖ среди населения, считают 6–8 % из опрошенных.

При опросе как часто ведут патронаж среди населения с группами риска, медсестра ответили, 34 % опрошенных посещают пациентов каждый месяц, 26–28 % респондентов по плану и по состоянию заболевания. Также были варианты ответов как, часто, в месяц 4–6 раз – 2 %.

Исследование с какими основными трудностями сталкиваются медсестра в процессе работы с населением показало, 36 % респондентов ответили на это вопрос что, прикрепленное население не бывает дома во время патронажа, 2 % респондентам не хватает времени всех посещать и днем их население работает, а остальные 58 % ответили не чувствуют сложностей в процессе патронажа.

Данные собственного исследования показали, что более эффективными инструментами в пропаганде ЗОЖ, являются методические пособия включающие элементы ЗОЖ, ответили 23 % респондентов, также большинство опрошенных 41% считают, все инструменты эффективны, 6–8 % предпочитают беседу и применение брошюр и буклетов, в том числе приводились примеры как телепередачи и интернет 6–10 %.

При анализе исследования было выявлено удобные для медсестер санпросвет материалы: 26 % респондентов ответили, что пользуются буклетами, 23 % предпочитают книги и интернет информацию, 10–13 % брошюры и журналы и всего 4 % респондентам удобно использовать все виды. Важно отметить, что 6 % респондентов используют сестринские протоколы, и лишь 2 % респондентам удобно беседовать.

Также получены результаты часто обсуждаемых тем с населением и проанализированы следующие ответы: 58 % респондентов проводят беседы по рациональному питанию, 41 % беседуют на темы индивидуальная гигиена и применение контрацептивов, 30 % пропагандируют физическую активность, 21 % на репродуктивное здоровье, 15 % на отказ от вредных привычек и профилактика инфекционных заболеваний, 10 % профилактики сезонных заболеваний. 13 % отметили, что они беседуют на все темы и на темы ЗОЖ.

Исследования показали что, работа медсестер по пропаганде ЗОЖ среди населения оценивается в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в большинстве старшей медсестрой 84 % и главной медсестрой 67 %. Оценивает ВОП 19% респондентов, 32 % главный врач и 2 % заведующий отделением.

На вопрос «Что на Ваш взгляд необходимо предпринять для повышения медицинской грамотности и ФЗОЖ среди населения» 59 % респондентов ответили, что надо чаще общаться с населением.

При опросе как медсестры повышают свою квалификацию и опыт самостоятельно, независимо от планового повышения квалификации, ответили: в виде чтение журналов «Хамшира» – 59 %, медицинских книг – 35 %, посещение учебных семинаров – 33 %, ознакомление медицинских методичек – 11 %, обмен опыта с сотрудниками – 11 %, чтение газет – 7 % и просмотр телепередач основанных на повышение уровня медицинских знаний – 4 %.

**Вывод:** Обратить внимание на обучение и повышения квалификации медсестер по элементам ЗОЖ для правильного и эффективного, общедоступного понимания и внедрения пропаганды. Так как в плановых курсах после дипломного образования выделяется всего 4 часа (2,3 % из общей нагрузки) на предметы составляющие ЗОЖ.

#### Библиографический список

1. Приказ Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан от 4 июня 2008 года № 238 «О формировании здорового образа жизни среди населения Республики Узбекистан и мерах по дальнейшему совершенствованию системы статистики здравоохранения».
2. Искандарова Ш. Т. и др. // Роль медицинской сестры в пропаганде здорового образа жизни среди населения/Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – 2013. – № 1. – С. 81–83.
3. Маматкулов Б., Мирзабаева С. А. Анализ трудовых затрат времени главных медсестер в экспериментальных учреждениях первичной медико-санитарной помощи // Медицинский журнал Узбекистана. – 2012. – № 3. – С. 75–77.

# ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

П. Н. Медведев,  
Н. В. Медведева,  
А. С. Барсуков

*Кандидат педагогических наук,  
кандидат сельскохозяйственных наук,  
студент,  
Тульский государственный  
педагогический университет  
им. Л. Н. Толстого, г. Тула, Россия*

---

**Summary.** On the basis of theoretical analysis and practical work experience identified the main aspects of the implementation of health-technology in the learning process, presents the structure of educational organization's health-space.

**Keywords:** health-saving technologies; educational space.

---

Сохранение и укрепление здоровья участников образовательного процесса является одним из ключевых аспектов современной системы образования и находится в прямой зависимости от здоровьесберегающего пространства образовательной организации. Воздействие этого пространства осуществляется непосредственно в организации и служит началом процессов последующих изменений образовательного пространства и действующих в нем субъектов [2].

В структуре здоровьесберегающего пространства образовательной организации целесообразно выделить некоторые его составляющие: экологическая среда, эмоционально-поведенческая среда, вербальная среда, культурологическая среда (см. рис.) [1].



*Рис. Структура здоровьесберегающего пространства образовательной организации*

Экологическая среда обусловлена совокупностью факторов окружающей среды, воздействующих на обучающихся и педагогов в организации.

Одним из элементов экологической среды является воздушная среда. Ее воздействие не ограничивается закрепленными положениями санитарных правил и норм. Влияние на настроение и здоровье оказывают, в частности, запахи. Растения – хороший источник гармоничных и приятных ароматов. Растения в помещении создают дополнительный психоэмоциональный комфорт. Однако выращивание в учебных аудиториях растений должно быть связано не с задачами лечения, а нацелено на сохранение и укрепление здоровья.

Еще одним компонентом экологической среды является его видеоэкологическая составляющая. Видеоэкология изучает влияние визуальной среды на психику человека, а через нее – на его физическое здоровье. Однообразие кабинетов, преобладание прямоугольно-квадратных форм, дисгармония цветового решения являются факторами отрицательного воздействия на психику, длительное влияние которых постепенно вызывает эффект накопления.

Эмоционально-поведенческая среда опосредована совокупностью поведенческих действий, эмоциональных проявлений обучающихся и педагогов. Детерминантами этой среды могут служить уровень коммуникативной культуры обучающихся и педагогов; особенности эмоционально-психологического климата; стиль общения на занятиях; внимание обучающихся и педагогов к психологическим результатам своего воздействия на других в процессе общения.

В психофизиологии доказана связь между характером напряжений различных групп мышц тела человека и его работоспособностью, утомляемостью, эмоциональным состоянием. Зжатость движений, однообразность поз свидетельствуют и являются одной из причин эмоционального напряжения, дезадаптированности. Длительное присутствие таких проявлений ведет к развитию нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата и других систем и органов. Умение управлять своей активностью и активностью обучаемых является показателем здоровьесберегательной эффективности используемых педагогических технологий.

Другая актуальная проблема – так называемая «канализация агрессии» обучающихся педагогическими средствами. Причинами появления агрессивности выступают стрессы, фрустрации, неудовлетворенность условиями жизни, агрессивность окружающей среды, потеря жизненных ориентиров и др. Проявления агрессивности на занятиях подрывают дисциплину, разрушают эмоциональный климат, изменяют ход учебного процесса. Все это, включая само агрессивное напряжение, влияет на здоровье проявляющего агрессивность субъекта и всех окружающих.

Эмоциональный климат также зависит от чувства юмора педагога и умения проявить его в определенный момент в адекватной форме.

Вербальная среда характеризуется проявлениями речевого поведения субъектов образовательного процесса. К ним относятся культура речи, четкость формулировок, последовательность и логичность изложения мысли, употребление отдельных типичных слов и слов-паразитов.

Сегодня возросло употребление ненормативной лексики подростками и молодежью. Эта тенденция отражает общее снижение уровня культуры, обеднение словарного запаса, ухудшение психологического и духовно-нравственного здоровья подрастающего поколения.

Культурологическая среда отражает феномены культуры и искусства, интегрированные в образовательные процессы и влияющие на здоровье обучающихся и педагогов.

Если внеучебная воспитательная работа обычно включает в себя деятельность театральных, хореографических, музыкальных студий и кружков, то часть учебного материала, преимущественно по гуманитарным дисциплинам, можно изложить в формах и методах, характерных для сферы искусства. При этом не только повышается интерес к занятиям и эффективность процесса обучения, но и достигается положительный для здоровья обучаемых результат. К психологическим эффектам, которые возникают при таких формах занятий, относятся эмоциональная разрядка, устранение напряжения и стресса, повышение коммуникативной адекватности при разрешении конфликтов, преодоление эгоцентрической позиции.

#### **Библиографический список**

1. Заёнчик В. М., Медведев П. Н. Принципы организации здоровьесберегающего образовательного пространства школы // Техносфера, безопасность жизнедеятельности, образование : межвуз. сб. ст. международ. науч.-практ. конф. 17 апр. 2013г. / отв. ред. Р. Г. Рябов. – Тула : Изд-во Тул. гос. пед. ун-та им. Л. Н. Толстого, 2013. – С. 32–41.
2. Малий Д. В., Медведев П. Н. Критерии и показатели оценки уровня профессиональной подготовки будущих учителей к проектированию психологически безопасной образовательной среды // Известия Тульского государственного университета. Гуманитарные науки. – № 4-2. – С. 126–133.

## ГТО – ПУТЬ К ЗДОРОВЬЮ

В. П. Трусова,  
С. Э. Нугуманова

Старший преподаватель,  
студентка,  
Омский государственный аграрный  
университет им. П. А. Столыпина,  
г. Омск, Россия

---

**Summary.** Sports are an integral part of every person's life. In order to give the population an incentive and interest to lessons of physical culture, March 24, 2014 Vladimir Putin signed a decree on the revival of the GTO program. This complex needs to change the overall picture of the health and fitness of the Russian population.

**Keywords:** physical culture; the norms of the GTO; sports; health.

---

Советское время привнесло в историю России много моментов. Это тяжелые послевоенные годы, во время которых народ пытался восстановить страну. Несмотря на то люди, переживали не лучшие времена, большинство из них были оптимистично настроены, активны, принимали участие, как в развлекательных мероприятиях, так и в спортивных. Это время, в котором спорт играл большую роль в жизни человека, люди добровольно занимались им с большим удовольствием, на мировой арене советские спортсмены показывали высокие результаты. Именно тогда, 17 января 1972 года постановлением Совета Министров СССР был введен всесоюзный комплекс «Готов к труду и обороне СССР». Эта система представляла собой уникальный спортивный комплекс, который мотивировал всё население, разных возрастных групп и половой принадлежности, заниматься спортом и быть здоровым.

ГТО (Готов к труду и обороне) – это специальная советская программа по развитию физкультуры и спорта среди детей и взрослых Советского Союза. Эта программа была направлена на вовлечение населения занятием физической культурой и спортом, и, в конечном счете, на оздоровление нации. Зарожденный по инициативе всесоюзной комсомольской организации комплекс ГТО живо стал жизнью нескольких поколений людей Советского Союза. Главными атрибутами ГТО являлись быстрота, ловкость, смелость, взаимовыручка.

Не так давно, идея воссоздать некогда существовавший комплекс возникла уже в России, и 24 марта 2014 года В.В. Путин подписал указ о возрождении программы ГТО. подобной той, что существовала в СССР. По новым понятиям, нормы ГТО – это научно обоснованные стандарты, которым должно соответствовать физическое развитие гражданина. Результаты после прохождения тестирования, показывающие уровень физической подготовки для учащихся пятой ступени, планируется вносить в аттестат. Они будут влиять на поступление в вуз. Корректировка некоторых моментов в структуре ГТО не меняет первоначального принципа данного

комплекса, а именно, вышеописанная система, как и раньше в первую очередь должна вносить изменения в общую картину здоровья и спортивной подготовленности российского населения.

Для того чтобы на реальном примере рассмотреть, как обучающиеся «Омского ГАУ» относятся к ГТО, было проведено исследование, которое представляло собой анонимное анкетирование. В него были включены 7 ключевых вопросов по рассматриваемой проблеме с различными вариантами ответа. Опрос проводился в одно и то же время, но на разных факультетах вуза, так данное мероприятие затронуло обучающихся таких факультетов как, экономический ИЭиФ, землеустроительный, технического сервиса в АПК, ВХС.

В анкетировании были задействованы обучающиеся 1, 2, 3 курсов. В общей совокупности количество ответивших составило 123 человека, из них 79 девушек и 44 юноши. Анализ анкетирования проводился следующим образом: по отдельности рассматривался каждый вопрос, затем просчитывалось количество ответивших по каждому варианту, полученные данные подсчитывались, затем производили перевод в процентном соотношении.

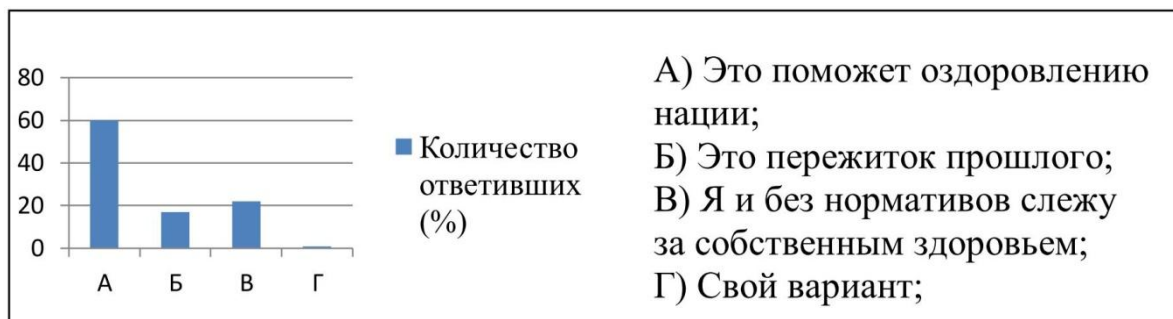


Рис.1 – Динамика ответов на вопрос «Как Вы относитесь к ведению норм ГТО?»

Рассмотрение любого перспективного мероприятия начинается с цели, а именно формулируется его предназначение, так и в данном вопросе обучающихся имеют правильное представление о нормах ГТО, ведь одна из первичных функций комплекса ГТО это оздоровление нации, сплочение населения, вовлечение в спорт и т. д.

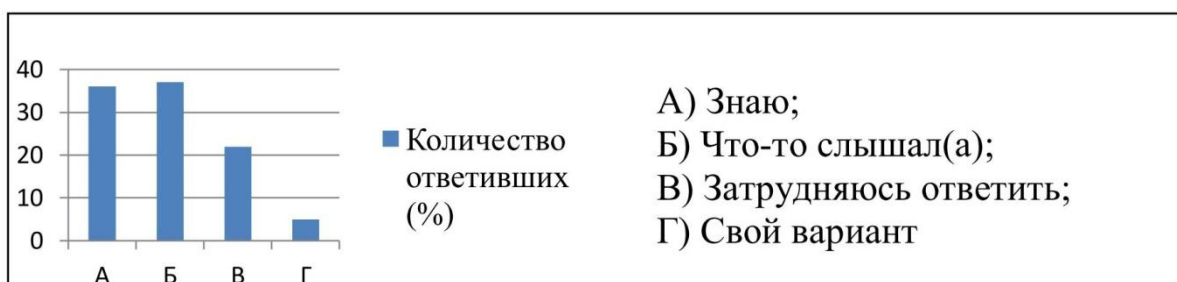
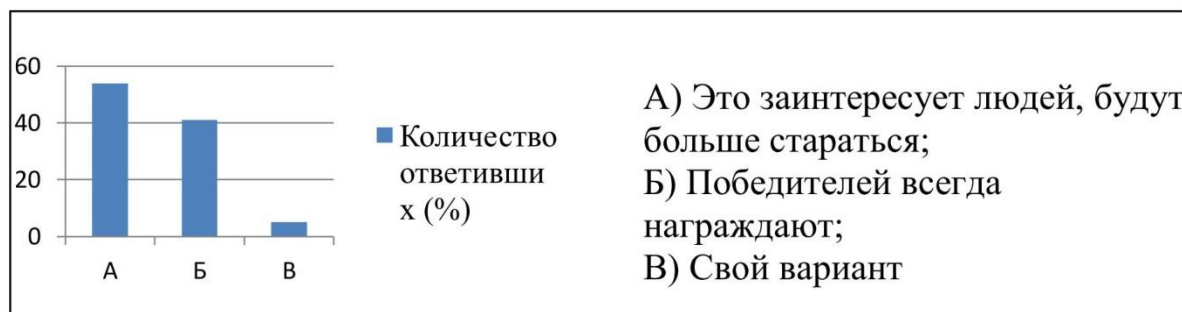


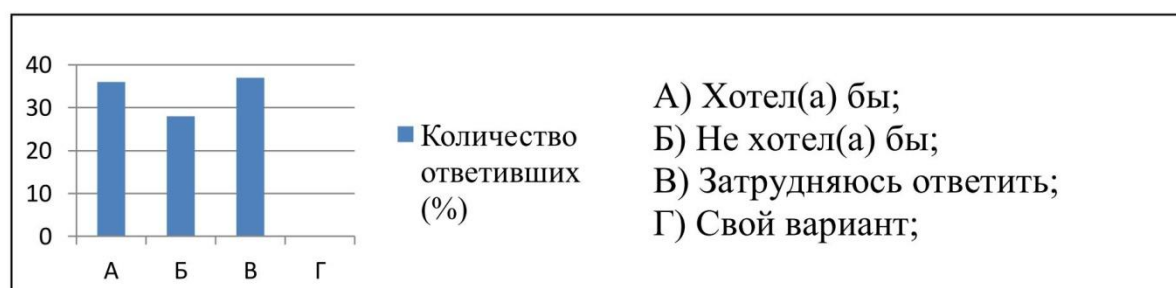
Рис. 2 – Динамика ответов на вопрос «Вы знаете, что такое ГТО?»

Большинство ответивших знают, либо имеют какое-либо представление о том, что из себя представляет комплекс ГТО, но есть и такие обучающиеся, которые даже приблизительно не могут дать характеристику данному комплексу. Скорее всего, к последней категории относятся студенты, с ограниченным кругозором, ведь грамотный студент должен быть эрудирован, так или иначе, во всех отраслях жизни.



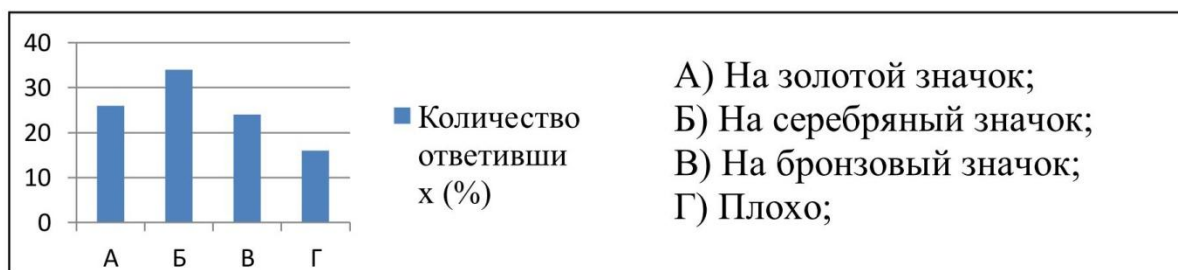
*Рис. 3 – Динамика ответов на вопрос  
«Нужно ли дополнительно поощрять значкистов ГТО?»*

Любое достижение должно быть поощрено. И дело касается не только денежного эквивалента в виде стипендиальных выплат, так же должны быть бонусы при поступлении на учебу и работу, создаваться дополнительные показательные мероприятия оценивающие результаты сдавших нормы ГТО. Это как минимум удовлетворит желания тех, кто уже сдал комплекс, и как максимум привлечет в него большое количество людей, которые хотят попробовать себя.



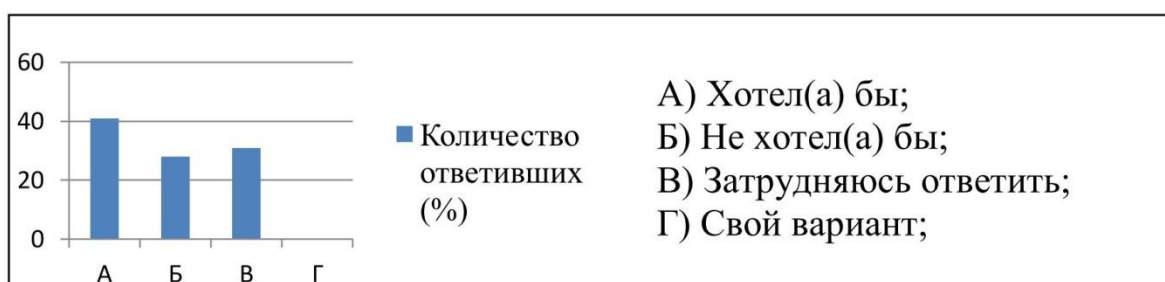
*Рис. 4 – Динамика ответов на вопрос  
«Вы бы хотели сдать нормы ГТО для своего возраста?»*

Для некоторых представителей нашего поколения ГТО советского времени это пережитки прошлого, а так как возрождение этого комплекса произошло сравнительно недавно, не все молодое население смогло ознакомиться с ним и оценить все его положительные и отрицательные стороны. Именно поэтому большинство обучающихся затрудняются ответить на поставленный вопрос, либо не хотят сдавать ГТО. Но есть и такие юноши и девушки, которым интересно что-то новое, и они не боятся попробовать испытать себя.



*Рис.5 – Динамика ответов на вопрос «Как Вам кажется, как бы Вы справились с нормами ГТО для своего возраста?»*

Многие обучающиеся уверены в своих силах и думают, что они бы смогли сдать нормы ГТО и получить заветный значок, но так ли это на самом деле, ведь зачастую люди переоценивают свои возможности. Но есть и такие, которые уверены что они бы сдали нормы ГТО плохо, в силу своей слабой физической подготовке или имеющихся проблем со здоровьем.



*Рис.6 – Динамика ответов на вопрос «Хотели бы Вы, что бы на базе нашего университета бы возможность сдать норы ГТО?»*

Самое главное, когда есть стремление и желание к чему-то новому и интересному, так и здесь радует то, что некоторые обучающиеся «Омского ГАУ» хотели бы, чтобы на базе института появилась такая возможность показать себя и сдать нормы ГТО. Но есть и такие пассивные студенты, которые сомневаются в своих силах либо категорично не хотят принимать участие в таких нововведений, стоит предположить что эта ситуация поправима стоит лишь показать положительный пример и заинтересовать такую категорию обучающихся, как они сами вовлекутся в данное мероприятие.

Таким образом, проведя анализ представленного анкетирования можно утверждать что обучающиеся «Омского ГАУ» заинтересованы в комплексе ГТО, а самое главное, что для этого есть физические ресурсы, желание и стремление. И основная задача государства создать все необходимые условия для развития имеющегося потенциала, а именно предоставить вузу спонсирование на ремонт спортивных залов, закупку необходимого инвентаря, подготовить преподавательские кадры которые корректно смогут заинтересовать обучающегося, при необходимости оказать ему

консультацию и квалифицированную помощь. Именно когда данные условия будут выполнены, комплекс ГТО начнет работать в полную силу, и до каждого представителя молодого поколения придет осознание всей важности и необходимости занятий физической культурой и спортом, ведь именно это является залогом нашего здоровья.

#### Библиографический список

1. История физической культуры и спорта: практикум / сост. Е. С. Иванова. – Ижевск : Издательство «Удмуртский государственный университет», 2009. – 55 с.
2. Курамшин Ю. Ф. Теория и методика физической культуры : учебник. – М. : Советский спорт, 2003. – 464 с.
3. Матвеев Л. П. Теория и методика физической культуры. Введение в предмет : учебник для высших специальных физкультурных учебных заведений. 3-е изд. – СПб. : Издательство «Лань», 2003. – 160 с.

### ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ СИСТЕМА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ВУЗЕ

**Н. В. Соколова,  
И. Г. Гончарова**

*Доктор биологических наук, профессор,  
старший преподаватель,  
Воронежский государственный  
педагогический университет,  
г. Воронеж, Россия*

---

**Summary.** Today a school teacher is not only an educational task, but the task of forming a space for the preservation of health. In a city with not very good ecological situation, the necessity of preserving and strengthening health of pupils, formation of healthy lifestyle of children, parents and teachers.

**Keywords:** health; lifestyle; risk factors; prevention.

---

Современные образовательные технологии направлены на интенсификацию процесса обучения, существенное увеличение часов самостоятельной работы школьника и студента, что приводит к умственному перенапряжению, нарушению режима труда, отдыха, гиподинамии и т. д. В условиях модернизации высшего педагогического образования возникает необходимость качественной перестройки профессиональной подготовки учителя, сочетающаяся с высоким уровнем культуры здоровья, когда здоровье человека рассматривается как целостное многомерное понятие, отражающее особенности соматического, физического и психического состояния организма, нравственные и социальные составляющие.

Сегодня перед школьным учителем стоит не только образовательная задача, но и задача формирования здоровьесозидающего пространства. В условиях города с не самой благополучной экологической ситуацией необ-

ходимость сохранения и укрепления здоровья учащихся, формирования здорового образа жизни детей, родителей и педагогов.

Оценка уровня здоровья и особенностей образа жизни студентов Воронежского государственного педагогического университета методом анкетирования свидетельствует о том, что большинство будущих педагогов (свыше 50 %) имеют низкий уровень знаний о здоровье и здоровом образе жизни (ЗОЖ), поэтому последний и не занимает первое место в иерархии потребностей и ценностей будущего педагога. Среди учащихся вуза, по сравнению с учениками школ выше на 19 % количество курящих, на 36,9 % – употребляющих алкогольные напитки и, что крайне беспокоит, на 25,3 % тех, кто употреблял или употребляет наркотические вещества ( $r < 0,05$ ). В качестве причин, которые привели к массовому распространению среди студентов вредных привычек, они, также как и подростки, при водят следующие: «Мне нравится курить» – 25,6 %, «Мне нравится выпить» – 39,3 %, «В нашей компании принято употреблять алкоголь» – 29 %, а также «Интересно было узнать, что собой представляют наркотики» – 16,2 % ( $p < 0,05$ ). Корреляционные зависимости между самооценкой состояния здоровья, качества жизни и вредными привычками в студенческой среде низкие ( $r = 0,15$ ) и не являются достоверными.

Результаты исследования показали, что учащаяся молодёжь не мотивированна на сохранение и укрепление своего здоровья, на ведение здорового образа жизни. Учитывая, что социально-значимые зависимости (табакокурение, употребление алкоголя, наркотических веществ) являются фактором риска развития серьёзных нарушений состояния здоровья, очевидна необходимость проведения эффективных профилактических мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни.

Вместе с тем главная задача педагога – забота не только о собственном здоровье, но и о сохранении здоровья школьника. На этой базе происходит сближение цели образования и здоровьесберегающей компетенции будущего учителя.

Отсюда вытекает необходимость создания в педагогическом вузе своеобразной здоровьесберегающей среды, основной задачей которой является оценка состояния здоровья студентов, изучение функциональных возможностей организма, психофизиологическая характеристика профилактической работы по повышению стрессоустойчивости.

В формировании здорового образа жизни участвуют все биологические кафедры, но основы теоретических знаний закладываются такими дисциплинами как «Возрастная анатомия и физиология», «Основы безопасности жизнедеятельности», а также спецкурсами и спецпрактикумами по вопросам здоровьесбережения для студентов биологической специализации.

Таким образом, современные условия диктуют необходимость непрерывной подготовки и переподготовки педагогических кадров по вопросам охраны здоровья школьников. Практический механизм реализации повышения компетентности учителя в этом направлении должен осуществ-

ляться через курсы повышения квалификации для педагогов всех профилей по теме «Здоровый образ жизни. Здоровьесберегающая деятельность учителя». Назрела необходимость включения в квалификационные характеристики учителей компетенций в области здоровьесберегающих технологий и просвещение родителей.

#### **Библиографический список**

1. Здоровье учащейся молодежи: подходы к оценке и совершенствованию/ В. И. Попов, Е. Н. Колесникова, Т. Н. Петрова // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2014. – № 58. – С. 60–63.
2. Есауленко И. Э., Попов В. И., Петрова Т. Н. Опыт организации здоровьесберегающей образовательной среды в вузе // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2014. – № 58. – С. 23–29.
3. Концептуальные основы охраны здоровья и повышения качества жизни учащейся молодежи региона / И. Э. Есауленко, В. И. Попов, А. А. Зуйкова, Т. Н. Петрова. – Воронеж : Издательско-полиграфический центр «Научная книга», 2013 –797 с.



## IV. PHYSIOLOGICAL AND SOCIAL FACTORS OF REPRODUCTIVE HEALTH



### МЕСТО СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ СРЕДИ ФАКТОРОВ РИСКА НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА МОЛОДЁЖИ

С. Н. Белик,  
И. В. Подгорный,  
Ю. В. Можинская,  
Т. В. Жукова,  
О. А. Свинтуховский

*Кандидат медицинских наук, доцент,  
ассистент,  
студент,  
доктор медицинских наук, профессор,  
кандидат медицинских наук, доцент,  
Ростовский государственный  
медицинский университет,  
г. Ростов-на-Дону, Россия*

---

**Summary.** Chronic fatigue syndrome (CFS) was diagnosed in 41 % of the girls, including patients with burdened general health, gynecologic anamnesis and disorders of menstrual cycle, students from single-parent families with low financial provision. It was installed a direct dependence between degree of severity of CFS and PMS. Our results confirm that CFS is one of the leading factors reduce reproductive potential in young people.

**Keywords:** medical students; reproductive potential; chronic fatigue syndrome.

---

Состояние репродуктивного здоровья современных девушек является определяющим фактором в обеспечении воспроизводства населения и в разрешении демографических проблем в стране. Реализация репродуктивной функции женщины напрямую зависит от репродуктивного потенциала, который закладывается ещё в детстве и юности.

Репродуктивный потенциал (РП) – это уровень физического и психического состояния отдельного человека, который позволяет воспроизводить здоровое потомство и обеспечивать баланс репродуктивного здоровья [6]. Для оценки репродуктивного потенциала необходимо учитывать медико-социальные факторы, распространённость патологии репродуктивной системы и состояние общесоматического здоровья, образ жизни и экологическую обстановку и др. [3; 5]. Мы считаем, что в юном возрасте важным фактором риска нарушения РП является синдром хронической усталости, что обусловлено характером занятости девушек (большинство юных девушек – это студенты и учащиеся).

Синдром хронической усталости (СХУ) – это распространенное заболевание, главным признаком которого является немотивированная выраженная общая слабость, на длительное время выводящая человека из активной повседневной жизни [1], а также другие симптомы, включая скелетно-мышечные боли, нарушение сна, нарушение концентрации и голов-

ные боли [4]. Ряд исследований подтверждают, что условия обучения в высших учебных заведениях способствуют росту частоты возникновения СХУ [4; 10], при этом не учитываются особенности распространения и течения синдрома в зависимости от курса обучения. Очевидно, что студенты 1 курса составляют особую группу риска. Это обусловлено спецификой довузовской подготовки; стрессом при сдаче единого государственного экзамена; адаптацией к условиям обучения после зачисления в вуз, связанными с новыми методами организации учебного процесса, высокими интеллектуально-информационными нагрузками, наличием сессий, протекающих в условиях дефицита времени и повышенной психоэмоциональной напряженности [1; 2]. Доказанность взаимосвязи дисфункций на уровне ЦНС с генезом нарушений регуляции менструального цикла и индуцированием ряда патологических состояний женской репродуктивной системы [7], определяет особый интерес к СХУ как фактору риска нарушения РП.

В связи с этим целью нашего исследования стало определение места СХУ в структуре факторов влияющих на репродуктивный потенциал у студенток-медиков 1-го курса.

Для решения поставленной цели решались следующие задачи: выявить факторы, являющиеся основой преморбидных состояний у студенческой молодёжи (условия и образ жизни); изучить распространенность общесоматической патологии; исследовать распространенность заболеваний репродуктивной системы; изучить распространённость СХУ и определить его значение как фактора риска снижения РП.

В исследовании приняли участие 230 девушек педиатрического и лечебно-профилактического факультетов РостГМУ, средний возраст которых составил  $18,7 \pm 1,4$  года. Для выявления факторов риска (образ жизни), признаков хронической усталости, сбора общесоматического, гинекологического и медико-социального анамнеза использовали анкетный метод. СХУ диагностировали по критериям Центра контроля за заболеваниями (США) – комплекс больших, малых диагностических и объективных критериев [4]. Условиями включения в исследование было добровольное согласие респондентов на участие в опросе, а также отсутствие в анамнезе черепно-мозговых травм, хронических заболеваний почек, заболеваний щитовидной железы, отсутствие применения гормональных контрацептивов в течение, как минимум, последних 3 месяцев до исследования. Цифровые данные были обработаны методами описательной статистики с использованием пакета программ Statistica 6.0.

На репродуктивный потенциал влияют условия и образ жизни. Низкий экономический статус семьи, неполноценное питание или его дефицит, тяжелые бытовые условия, нездоровый образ жизни способствуют росту неинфекционной и инфекционной заболеваемости, появлению хронических очагов инфекции, дефициту или избыточному весу, нарушениям менструального цикла [8].

Нами установлено, что доля девушек из семей с доходом ниже прожиточного минимума на момент исследования (IV квартал 2015 года – 9109 руб. на одного члена семьи) составила 14,3 %, такое финансовое состояние определяет их положение как бедность. Кроме этого установлено, что у 84,5 % студенток были полные, благополучные семьи, тогда, как 15,5 % девушек проживали в неполных семьях.

Анализ распространенности вредных привычек показал, что ежедневный прием алкоголя и курение отмечены у 6,5 % и 5,4 % студенток соответственно. Употребление биологических стимуляторов в виде чая и кофе более 3-х чашек в день выявлены у 20,5 % и 52,7 % соответственно. Выявлено, что 71 % студенток ежедневно употребляют фастфуд.

Снижение физических нагрузок также способствует росту гинекологической патологии и как следствие снижению РП. Нами установлено, что 85 % студентов проводят за компьютером до 5 часов в день, и более 5 часов проводят 15 % респондентов. Низкая физическая активность установлена у 41 % опрошенных. Исследование общесоматического анамнеза показало наличие у девушек аллергических реакций (12 %), частых простудных заболеваний (21%), ВСД (25 %) и заболеваний ЖКТ (17,5 %).

При изучении гинекологического анамнеза установлено, что средний возраст наступления менархе составил  $12,3 \pm 1,5$  лет. Регулярный менструальный цикл отметили 87,2 %, болезненные и обильные менструации 14,6 %. Наличие предменструального синдрома различных форм и степеней тяжести выявлено у 92 % девушек.

Гинекологическая патология выявлена у 12,2 % девушек, в её структуре ведущее место занимает эрозия шейки матки, которая встречается в 5,2 % случаев, синдром поликистозных яичников – 4,3 %, сальпингоофорит – 1,7 %, наличие одновременно аднексита и эрозии шейки матки наблюдалось у 0,9 % студенток.

При выявлении распространённости синдрома хронической усталости у 44,1 % опрошенных установлено наличие двух больших диагностических критериев. При выявлении 11 малых диагностических критериев, включающих физикальные, установлено, что беспричинное повышение температуры тела до  $37^{\circ}\text{C}$  отметили 25,8 %; до  $38^{\circ}\text{C}$  – 7,6 % опрошенных; небольшое увеличение шейных, затылочных и подмышечных лимфатических узлов определено у 9,7 %, боль в горле у 42 % респондентов. Частая головную боль и быстрая физическая утомляемость возникают у 61,3 % и 51,6 % студентов. Расстройство сна и снижение памяти отмечены у 61,2 % и 33 % опрошенных. Таким образом, нами установлено, что распространенность хронической усталости среди первокурсниц составила 44,1 %.

Таким образом, анализ факторов риска нарушения репродуктивного потенциала у студенток–медиков 1 курса показал широкую распространенность нарушений репродуктивного здоровья, среди которых существенное место занимают нарушения менструальной функции (до 92 %) и воспалительные гинекологические заболевания (12,2 %). Наиболее значи-

мыми факторами негативного влияния на показатели РП являются: общесоматическая патология (до 25 %); нарушения менструального цикла; качества питания (71 %) низкая физическая активность 41 %. Хроническая усталость является важным фактором риска снижения репродуктивного потенциала молодёжи. СХУ выявлен у 41 % девушек, в их число входят все обследуемые с отягощённым общесоматическим, гинекологическим анамнезом и нарушением менструального цикла, студентки из неполных семей с низкой финансовой обеспеченностью. Установлена прямая зависимость между степенью тяжести СХУ и степенью тяжести ПМС. Употребление биологических стимуляторов, гиподинамия и неправильное питание сопровождается развитием СХУ.

Полученные нами результаты подтверждают, что СХУ является одним из ведущих факторов риска снижения репродуктивного потенциала у молодёжи и являются основанием для оптимизации профилактических мероприятий и адекватного прогнозирования течения СХУ, направленных на своевременное оказание медицинской помощи девушкам в целях предотвращения возникновения и прогрессирования данного заболевания и сохранения их РП на высоком уровне.

#### Библиографический список

1. Белик С. Н., Дорохова И. М., Османова У. Ш. Синдром хронической усталости как основной признак дезадаптации у студентов первого курса медицинского университета // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2014. – № 43. – С. 201–206.
2. Белик С. Н., Подгорный И. В., Жукова Т. В., Квасов А. Р., Аветисян З. Е. Медико-социальная характеристика юных девушек с различными клиническими формами предменструального синдрома // В мире научных открытий. – 2015. – № 10.1 (70). – С. 2–414.
3. Кошкина В. С., Котляр Н. Н. Комплексное изучение факторов, влияющих на нарушение репродуктивного здоровья населения промышленных городов Южного Урала // Молодежь в современном обществе. – 2015. – С. 148–153.
4. Пизова Н. В. Клиника, диагностика и лечение синдрома хронической усталости // Медицинский совет. – 2015. – № 2. – С. 20–24.
5. Сергейко И. В. Медико-социальные факторы, влияющие на репродуктивное здоровье женщин // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – Т. 35. – № 1. – С. 11.
6. Сурмач М. Ю. Репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал: методология исследования и оценки // Медицинские новости. – 2007. – № 3. – С. 40–45.
7. Чеботарева Ю. Ю. Механизмы формирования синдрома поликистозных яичников в периоде полового созревания, клиническое течение, профилактика и лечение // Международный эндокринологический журнал. – 2011. – № 6 (38). – С. 105–114.
8. Чеботарева Ю. Ю., Яценко Т. А. Гинекология детского и подросткового возраста / под ред. В. П. Юровской. – Ростов н/Д., – 2004. – Сер. Высшее образование.
9. Fukuda K., Straus S., Hickie I. et al. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study // Ann. Intern. Med. – 1994. – 121. – P. 953–959.

# HEALTHY LIFESTYLE OF WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

E. V. Semeleva

*Candidate of Medical Science  
Mordovia National Research State  
University named after N. P. Ogarev,  
Medicine Institute,  
Saransk, Republic of Mordovia, Russia*

---

**Summary.** A healthy lifestyle is primarily the person's life philosophy, and its components focused on health strengthening and disease protection. The anonymous questionnaire survey was arranged among women of reproductive age and the further analysis of the results of the healthy lifestyle implementation survey was made.

**Key words:** health; women's reproductive age; healthy lifestyle.

---

People say differently about a healthy lifestyle and everybody has his own opinion on this topic. In fact, our health depends on ourselves for 50–55 % (on our lifestyle), on the environment (ecology) for 20 %, on the genetic predisposition for 18–20 %, and on the state healthcare system only for 8–10 %. Female health is the health of the nation, because the health of a child depends upon the health of a mother and on her genetic features which he will pass to his children and they will pass to theirs [3].

In October, 2015 the anonymous questionnaire social research was arranged among women of reproductive age followed up by doctors of the maternity welfare center № 1 of Saransk city.

The free-will consent was compulsory for the participation in the research. Totally 120 women were surveyed (including 84 married women), among them were 64 mothers with children under 2 years and 32 pregnant women. Their average age was 29,1 years old.

The survey defined that 8 % of married women had a history of induced abortion before their first child's birth, 38 % of married women terminated pregnancy after their first child's birth. Among single women 13 % of respondents had an abortion before their first child's birth and 17 % of them after their first child's birth.

Among contraceptive methods used by the respondents were mentioned: barrier – 51 %, hormonal – 30 %, intra-uterine – 17 %, nothing – 2 %.

Among non-pregnant women who were asked the question “how often do you visit your gynecologist?” only 27 % of the respondents replied “twice a year”, 31 % – “once a year” and others – “from time to time”. Only 64 % of women follow through all the prescriptions of their doctor, 34 % of the respondents – partially, and 2 % of women do not follow the doctor's advice at all (they visit their doctor only for examination).

The results of our previous survey revealed that 54 women smoked during their pregnancy (40,3 %); women of 24 years old and elder smoked half as rare as women under 24 years old (share of smokers 33,3 %); officially married

women smoked tree times as rare as unmarried women (share of smokers 21,4 %) [1].

62 % of the respondents drink alcohol (no pregnant women among them): 35 % of women drink alcoholic beverages more than once a week (including 17 % of those who drink them more than three times a week). 3 % of women use some “slight” drugs (smoking of a kalia), others reject using any drugs. Adverse situation in the family is the reason of 56 % of episodes of drinking alcohol, and problems at work – of 14 %.

45 % of non-pregnant women replied ‘yes’ to the question “do you control your weight and do you avoid eating of high energy food?”. The results of survey among pregnant women revealed that 25 % of them changed their food ration because of their pregnancy, excluded fats and carbohydrates and tried to eat only proper and wholesome food; 15 % of the respondents changed their ration partially; other 69 % of future mothers saw no need to make any changes in their food ration.

52 % of non-pregnant women marked the regular physical activity. The analysis of the lifestyle of pregnant women showed that 49 % of the respondents pursued an active lifestyle performing various physical exercises like fresh air walking, swimming, fitball training, etc.; 10 % of pregnant women performed some physical activity quite rarely, and the rest 41 % of the respondents had sedentary behavior during their pregnancy.

The female health is primarily the health of children and a family at a whole. The lifestyle of modern women does not help to preserve their health. According to numerous social studies [2] most of women have a nonrational daily regimen, a sedentary lifestyle, bad habits, and the most frightening is the fact that this situation suits most of the respondents and they do not want to change anything in their daily regimen.

### **Bibliography**

1. Семелева Е. В. Анализ распространенности курения среди беременных женщин и организации стоматологической помощи // Social and economic development and quality of life: history and modern times: materials of the V international scientific conference on March 15–16, 2015. – Prague: Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ». – P. 96–98
2. Семелева Е. В. Оценка качества медицинской помощи // Social and economic problems of modern society: materials of the V international scientific conference on June 1–2, 2015. – Prague : Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ». – P. 65–67.
3. Халикова Л. Проблемы охраны репродуктивного здоровья женщин. URL: <http://www.mfvt.ru/problemy-oxrany-reproduktivnogo-zdorovya-zhenshhin/> (дата обращения 19.09.2009 г.)



## V. THE FAMILY AS THE INSTITUTIONAL FRAMEWORK OF A HEALTHY UPBRINGING OF THE YOUNGER GENERATION



### РОЛЬ СЕМЬИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

З. И. Оташехов,  
Ю. Р. Бакаева  
М. А. Наримбаев

*Старший преподаватель,  
магистранты,  
Ташкентский педиатрический  
медицинский институт,  
г. Ташкент, Узбекистан*

---

**Summary.** This article describes the role of the family in shaping healthy lifestyles. Reveals the significance of the family for the comprehensive upbringing of healthy generation and its preparation for life in society.

**Keywords:** family; health; spiritual and moral education; healthy lifestyle.

---

Здоровье человека непосредственно формируется в семье. Формирование здорового образа жизни семьи приведёт к улучшению качества жизни населения, укреплению здоровья населения путём охраны материнства и детства, снижению детской и материнской смертности, что достигается при планировании семьи.

В Узбекистане на современном этапе развития национальной экономики и социального комплекса мероприятий огромное значение и особое внимание уделяется вопросом духовно-нравственного воспитания подрастающего поколения. Основным звеном в данной работе является семья, потому что, именно здесь человек формируется как личность, и семья является хранительницей многовековых национальных традиций, опыта народной педагогики. Здоровье человека формируется в семье и оказывает влияние на все стороны общества в целом. Для благополучного развития семьи необходимо, прежде всего, сохранение здоровья матери, обеспечение здорового интервала между родами и, в конечном счёте, рождение здорового ребенка. Для полноценного и эффективного роста развития детей на первом году жизни самое приемлемое питание – это грудное вскармливание. Кормление детей материнским молоком создаёт психоэмоциональную близость между матерью и ребенком, оказывая благоприятную среду для нормального физического и психологического развития ребенка.

Главной задачей общества и семьи в Узбекистане является всестороннее воспитание здорового поколения и подготовка его к жизни в обществе. Одним из важнейших задач развития молодого поколения является рациональная организация физической культуры и спорта, активизация

двигательного режима, начиная с раннего детского возраста на протяжении всей жизни [1, с. 133–137].

Семья является самой основной ячейкой при воспитании ребенка, потому что он значительную часть своей жизни ребенок проводит здесь. Духовно-нравственное воспитание детей в семье является главным фундаментом будущего. Поэтому у детей с малых лет необходимо формировать понятие о национальных традициях, обычаях и культуры поведения. Духовное развитие ребенка в основном зависит от спокойного и дружеского отношения в семье. Воспитывающийся в здоровой семье ребенок становится человеком духовно зрелым, здоровым и самостоятельно мыслящим. Основу духовно-нравственного воспитания у детей составляет приоритет любви и сопереживания в семье.

Духовно-нравственное воспитание ребенка может быть обеспечено при дружеской обстановке в семье, её продолжительности, от степени осознания личного «я» человеческих качеств, общего развития кругозора и своего самостоятельного мышления. Если мы взрослые берем на себя обязательство поддерживать душевную взаимосвязь с нашими детьми, мы должны осознать необходимость поработать над тем, чтобы перестать обращаться с малышами неуважительно. Именно уважение к ребенку позволит воспитать новое поколение лидеров, которые в будущем поведут нашу страну вперед, принесут новые победы и достижения, будут строить гуманное, справедливое, благополучное общество. Воспитание и обучение детей в семье как человеческую личность, развитие и него чувства достоинства, дружбы, гостеприимства, любви к труду, стремление к знаниям и овладение профессией, способствует развитию родственных и патриотических чувств, чувства справедливости и правила поведения в быту и в обществе.

На становление личности ребенка влияет не только семейное, но и взрослое окружение, общественность в дошкольном и школьном учреждении, на улице и в местах общественного развлечения. Самое важное здесь, чтобы от окружающих ребенок, получая положительные навыки жизни, познал азбуку чувства, меры. Важным является то, что и окружающие уважали бы ребенка как личность. При этом необходимо проявлять деликатность, тактичность в общении детьми. Уметь разговаривать с ним и выслушивать их, проявлять поддержку всегда, и когда детское непослушание, или невнимание вызывает раздражение, надо уметь выбрать способы и навыки воздействия на ребенка, уметь понять его и мотивы его поступков, встав на его место решать, как поступить с ним по справедливости [3, с. 366].

Самое главное при выборе способов воздействия опираться на все лучшие, что есть у ребенка. При воспитании ребенка нельзя не учитывать, что в каждом возрастном периоде он приобретает важные и серьезные человеческие качества и навыки жизни. Дети присматриваются к взрослым, они обладают такой необыкновенной способностью распознавать настроение старших и заражаться ими, они чётко улавливают, как к ним относятся взрослые люди. Маленькие дети обладают большей склонностью к подра-

жанию. Стремления детей подражать в большинстве случаев может помочь в воспитании, особенно если ребёнок возле себя видит положительные примеры поведения взрослых и старших его людей.

В различных жизненных ситуациях родители и другие окружающие люди должны считаться с чувством собственного достоинства ребенка, видеть в нем развивающуюся личность, стремиться к взаимопониманию, основанную на уважении и доверии. Воспитывать ребенка – великое искусство, так как сам процесс воспитания – это непрерывная работа души, разума, воля родителей и общественности [2, с. 95].

#### Библиографический список

1. Арзикулов Р. У. Основы здорового образа жизни : учебник. – Ташкент, 2005.
2. Иргашев Ш. Б. Медицинская валеология : учебник. – Ташкент, 2012.
3. Атабоев Ш. Т., Муминов Х. Основы здоровья : учебник. – Ташкент, 2008.

### ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАНЯТИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПРИКЛАДНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА» В СПЕЦИАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ВУЗА

**А. В. Скляренко,  
А. А. Сморкалова**

*Кандидат педагогических наук, доцент,  
студентка,  
Хабаровский государственный  
университет экономики и права,  
г. Хабаровск, Россия*

---

**Summary.** The inclusion in the educational process of gymnastic systems as the main form of physical education students of special medical department will eliminate the functional deviations and residual phenomena after the transferred diseases and will from the ability to individually select and execute the wellness complexes and adaptive orientation to ensure full social and professional activity.

**Keyword:** gymnastic systems; students; special medical department.

---

Согласно данным Госкомстата России в 2009–2010 гг. в системе высших учебных заведений на первый курс вузов России поступают здоровыми только 16 % студентов и около 80 % студентов имеют нарушения здоровья. Специальное медицинское отделение (СМО) увеличивается от первого курса к третьему.

Студенты, отнесённые к специальной медицинской группе, ощущают себя ущербными, так как показатели функционального состояния, физического развития, физических качеств ниже, чем у студентов основной группы, что отрицательно сказывается на их психическом состоянии и отражается на учёбе [1].

Актуальным сегодня остаётся вопрос о сложности формирования учебных групп специального медицинского отделения и подбора средств, используемых в учебном процессе, так как в него зачисляются студенты с самыми разными заболеваниями, а, следовательно, и с различными противопоказаниями к выполнению физических упражнений, объёму физических нагрузок. Как правило, у студентов фиксируют не одно заболевание, а два, реже три и более. Так, в 2014 году в «Хабаровском государственном университете экономики и права» 55 % студентов, отнесённых к специальной медицинской группе на первом курсе, имели одно заболевание, 39 % – два заболевания и 9 % – три хронических заболевания. Многие студенты с однородными заболеваниями имеют довольно значительное различие в функциональном состоянии организма и в уровне физической работоспособности. У данного контингента лиц различная степень адаптации к физическим нагрузкам (даже у студентов с одинаковыми заболеваниями). Все эти особенности характерные для студентов СМО затрудняют организацию занятий и выработку единой методики проведения занятий по физическому воспитанию.

С введением стандарта третьего поколения требования к уровню освоения содержания дисциплины «Прикладная физическая культура» для студентов направления 38.03.01, 42.03.01, 19.03.04, 38.03.03, 38.03.02 предусматривает овладение студентами *способностью использовать методы и средства физической культуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности* (ОК-8). Следовательно, процесс физического воспитания студентов СМО, должен быть нацелен на повышение оздоровительного эффекта у данного контингента лиц и удовлетворения потребностей студентов в двигательной активности, а также в умении индивидуально подбирать и выполнять комплексы оздоровительной и адаптивной направленности. Рассматривая оздоровительные гимнастические системы в качестве основной формы занятий с включением их в учебные планы, мы считаем одним из приоритетных направлений формирования и укрепления здоровья. По мнению Степановой О. Н. (2004), Складенко А. В. (2006) включение оздоровительных гимнастических систем в учебные занятия способствуют улучшению физических кондиций, положительно воздействуют на уровень физического здоровья и показатели общей успеваемости студентов.

К числу таких видов следует отнести фитбол (упражнения на больших мягко пружинящих мячах, главная функция которых – разгрузить позвоночник и суставы); танцевальная аэробика (включающая в себя восточные танцы, латину, риверданс, фанк-аэробику, хип-хоп и др.), оздоровительные методики (пилатес, калланетика, йога, боди-флекс, в основе которых лежит выполнение дыхательных и координационно несложных упражнений с акцентом на развитие силы и гибкости), босу-тренинг (занятия с использованием специальной платформы-полусферы, позволяющей

тренировать баланс и координацию движений в сочетании с развитием силы мышц).

Включение в учебный процесс гимнастических систем, как основной формы физического воспитания данного контингента лиц позволит устранить функциональные отклонения и остаточные явления после перенесённых заболеваний, а также сформирует умение индивидуально подбирать и выполнять комплексы оздоровительной и адаптивной направленности для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности.

#### **Библиографический список**

1. Складенко А. В. Физическое воспитание студенток специальных медицинских групп среднего профессионального учреждения на основе комплексного использования оздоровительных гимнастических систем: автореф, дис. ...канд. пед. наук 13.00.04. – Хабаровск, 2006. – 24 с.



## VI. AGE CHARACTERISTICS OF HEALTH PREVENTION AND TREATMENT OF DISEASES



### ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ТАНЦЕТЕРАПИИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ МОТОРИКИ И РЕЧЕВЫХ ДЕФЕКТОВ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

**З. Е. Аветисян,**  
**О. Л. Максимов,**  
**Я. В. Хомченко**

*Кандидат медицинских наук, доцент,  
кандидат медицинских наук, доцент,  
студентка,  
Ростовский государственный  
медицинский университет,  
г. Ростов-на-Дону, Россия*

---

**Summary.** Pupils of 1–4 classes (15 children of remedial classes with disorders of speech and behavior, and 45 children without such deviations from ordinary classes) which engaged in dancing 3 times a week were observed during 9 months. The results of psychological testing and observation of speech therapist revealed significant positive changes in psychoemotional state, pronunciation of sounds and physical fitness of pupils in remedial classes, making it noticeably on many indicators with pupils of ordinary classes.

**Keywords:** dance therapy; disturbance of psychoemotional state; general motor skills; anxiety level; speech defects.

---

Актуальность и научная новизна. Общая задержка развития детей с различной врожденной патологией является актуальной проблемой, поскольку у таких детей чаще формируются психосоматические заболевания, расстройства поведения и речи, затрудняющие социализацию и адаптацию ребенка [1; 2]. Между тем известен целебный эффект танцев [3], занятия которыми стимулируют развитие второй сигнальной системы и способствует совершенствованию управления речью, снижению психоэмоционального напряжения и гармонизации развития индивидуума [4]. Это определило актуальность выбранной темы и ее научную новизну.

Цель исследования – оценить влияние танцетерапии на психоэмоциональный статус, звукопроизношение и общую моторику детей 7-10 лет с речевыми и поведенческими нарушениями.

Материалы и методы. Обследовано 60 детей в возрасте 7–10 лет (1–4 классов) общеобразовательной школы г. Ростова-на-Дону. Основная группа: 15 человек коррекционных классов с расстройством поведения, речи (дизартрия, заикание) и нарушением психоэмоционального развития. Группа контроля: 45 практически здоровых школьников с нормальным психоэмоциональным статусом. Танцетерапия заключалась в посещении занятий танцами 3 раза в неделю на протяжении 9 месяцев учебного года. Психоэмоциональный статус у детей обеих групп в начале и в конце 9 месяцев

занятий оценивался в баллах по тесту Спилбергера (Ханина) «шкала тревожности», рисунку «Несуществующее животное» и «Лестнице самооценки». Также в начале и конце цикла занятий в обеих группах сравнения определялся уровень физической подготовленности школьников (по 5 двигательным тестам) и оценивалась логопедом выраженность дефектов произношения (по 5 показателям). Статистическая достоверность различий между показателями детей из групп сравнения определялась методами параметрической и непараметрической статистики в модулях программы Statistica 6.0.

Результаты. Установлено, что через 9 месяцев занятий танцами в обеих группах сравнения увеличились объем, амплитуда и пластичность движений, улучшилась общая моторика и ритмическая составляющая воспроизведения танцевальных упражнений. Однако, поскольку в контрольной группе неадекватных поведенческих реакций и речевых нарушений, а также заметных нарушений в моторике не отмечалось ни до, ни после проведения годового цикла танцетерапии, интенсивность изменений среди обычных школьников была менее заметной. Низкий уровень физической подготовленности среди обычных школьников до сеансов танцетерапии был у 4,5 %, средний – у 51,1 % и высокий – у 44,4 %; после 9 месяцев занятий детей с низким уровнем уже не было (0,0 %), со средним уровнем – 28,9 % и с высоким – 71,1 % ( $p < 0,05$ ). Вместе с тем в основной группе вдвое уменьшилась группа детей с низким уровнем физической подготовленности (с 46,7 % до 20,1 %) и вдвое увеличилась доля детей с высоким уровнем физической подготовленности (с 13,3 % до 26,6 %; все  $p < 0,05$ ). После цикла танцетерапии в психоэмоциональном состоянии детей обеих групп происходили позитивные изменения более заметные все же в основной группе. По тесту «Лесенка самооценки» у детей основной группы заниженная самооценка стала встречаться реже (с 17,7 % до 6,8 %), но увеличилась частота завышенной самооценки (с 22,2 % до 35,5 %) при практически неизменной доле детей с адекватной самооценкой (60,1 % и 57,7 %;  $p > 0,05$ ). В основной группе к концу цикла танцетерапии исчезла доля детей с крайне низкой самооценкой (с 13,3 % до 0,0 %), в 4,5 раза уменьшилась доля детей с заниженной оценкой (с 60,0 % до 13,3 %), почти в 2,5 раза возросла доля детей с адекватной самооценкой (с 26,7 % до 73,2 %) и даже появились дети с завышенной самооценкой (с 0,0 % до 13,3 %; все  $p < 0,05$ ).

До цикла занятий по тесту Спилбергера у 19 (42,2 %) детей контрольной группы выявлялся средний уровень тревожности, еще у 26 (57,8 %) – низкий уровень; в основной группе у всех 15 (100,0 %) детей был высокий уровень тревожности (различия в распределениях по всем тестам  $p < 0,05$ ). После 9 месяцев занятий в контрольной группе доля детей с умеренной тревожностью сократилась до 31,2 % и возросла доля детей с низкой тревожностью – до 68,8 %, а в основной группе только у 1 (6,7 %) ребенка тревожность осталась высокой, у 9 (60,0 %) – стала умеренной и у 5 (33,3 %) стала низкой (все сдвиги  $p < 0,05$ ). В основной группе к концу

цикла танцетерапии резко сократилось число истероподобных и неадекватных реакций в поведении детей коррекционных классов, и совершенствование общей моторики отразилось на улучшении почерка и звукопроизношения. Так, если в контрольной группе связность речи и грамматический строй были нормальными у 100,0 % детей и не претерпели каких-либо изменений, то в основной группе доля детей с отклонениями по этим показателям уменьшилась с 73,3 % до 20,0 % ( $p < 0,05$ ). Доля детей с нормальным употреблением предлогов в контрольной группе повысилась с 77,5 % до 100,0 %, тогда как в основной увеличилась в 3 раза – с 20,0 % до 66,7 %. Словообразование в контрольной группе почти не претерпевало изменений (от 97,0 % до 100,0 %); в основной группе нарушения словообразования встречались у 2/3 детей (66,7 %) до занятий, тогда как в конце наблюдений эта доля сократилась до 40,0 %. Доля детей с дефектами звукопроизношения сократилась вдвое – с 46,7 % до 20,0 %.

**Выводы.** Результаты анализа подтверждают научную гипотезу: танцетерапия способствует развитию общей моторики детей, уменьшению речевых дефектов и улучшению психоэмоционального состояния школьника, что проявляется в повышении самооценки и снижении уровня тревожности.

#### **Библиографический список**

1. Харламов Е. В. Сидоренко Ю. А., Сависько А. А. Проблема адаптации к учебной нагрузке в системе непрерывного образования // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI. – 2011. – Т. 13. – № 10. – С. 481–482.
2. Максимов О. Л., Квасов А. Р., Степаненко А. Ф., Аветисян З. Е., М.С. Машдиева Гигиеническая оценка адаптации учащихся к программам нового образовательного стандарта после первого года обучения // Human health as a problem of medical sciences and humanities: materials of the international scientific conference on April 20–21, 2015. – Prague : Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ». – P. 108–115
3. Ходоров Д. Танцетерапия // Танцетерапия и анализ. – 2008. – № 3. – С. 55–58.
4. Козлов В. В., Гиршон А. Е., Веремеенко Н. И. Интегративная танцевально-двигательная терапия // Интегративная танцевально-двигательная терапия. – СПб. : Речь, 2010. – С. 85–89.

## ЗАВИСИМОСТЬ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ОТ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА У СТУДЕНТОВ

С. Н. Белик,  
Т. В. Жукова,  
О. А. Свинтуховский,  
И. М. Харагургиева,  
З. Е. Аветисян

*Кандидат медицинских наук, доцент,  
доктор медицинских наук, профессор,  
кандидат медицинских наук, доцент,  
кандидат медицинских наук, доцент,  
кандидат медицинских наук, доцент,  
Ростовский государственный  
медицинский университет,  
г. Ростов-на-Дону, Россия*

---

**Summary.** The aim of our study was the comparison of indicators of level of adaptive potential at students with various body weights. 104 students of medical university aged from 18 to 21 took part in our research. Somatometric, physiometric indicators, Quetelet index and the adaptive potential (AP) (by R. M. Bayevsky's technique et al.) were estimated. It is established that at most of girls with deficiency of body weight the value of adaptive potential was satisfactory whereas at 30 % of students with normal body weight the adaptation strain is noted. At young men with normal body weight the strain of adaptive reactions was observed in 27 % of cases and with overweight – in 50 % cases.

**Keywords:** adaptive potential; body weight; young men; girls.

---

Проблема морфофункционального состояния студентов привлекает внимание большого числа специалистов. Особое значение изучение этой проблемы приобретает на фоне прогрессирующего ухудшения состояния здоровья студенческой молодежи. На сегодняшний день около 1,5 млн. студентов вузов имеют различные заболевания. В среднем у 20–40 % студентов имеются признаки различных хронических заболеваний, 40 % выпускников вузов заканчивают обучение с ослабленным здоровьем [1; 2].

В первые годы обучения адаптация к новым социальным условиям вызывает активную мобилизацию организма. Усвоение возросшего объема учебного материала в семестре и в период экзаменационных сессий в сочетании с эмоциональными переживаниями, недостаточные знания, умения и навыки здорового образа жизни, гиподинамия, слабое физическое развитие затрудняют адаптацию к учебному процессу и вызывают неблагоприятные сдвиги в организме, что приводит к ухудшению здоровья, снижению умственной и физической работоспособности студенческой молодежи [1; 3].

Своевременное выявление начальных признаков дезадаптации может позволить предупредить развитие патологии на соматическом уровне

В связи с чем, целью нашего исследования стало сравнить показатели уровня адаптационного потенциала у студентов с различной массой тела. Для реализации поставленной цели решались следующие задачи: оценить соматометрические и физиометрические показатели у студентов; определить значение уровня адаптационного потенциала; провести сравнительный анализ полученных результатов.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 104 студента медицинского университета в возрасте от 18 до 21 года. Оценивались: соматометрические, физиометрические, оценочные показатели: определяли индекс массы тела ИМТ (индекс Кетле) как отношение массы тела к двойному произведению роста (в м.), выраженное в %. ИМТ интерпретировали следующим образом:

- ИМТ < 20 – дефицит массы тела;
- ИМТ = 20 – 24,9 – нормальная масса тела;
- ИМТ = 25 – 29,9 – избыточная масса тела (1 степень);

Исходя из полученных данных, вся выборка была разделена на 4 группы по гендерным признакам и в зависимости от индекса массы тела: 1 группа – девушки с нормальной массой тела; 2 группа – девушки с дефицитом массы тела; 3 группа – юноши с нормальной массой тела; 4 группа – юноши с избыточной массой тела. Адаптационный потенциал (АП) определялся по методике Р. М. Баевского с соавт. в баллах и рассчитывался по формуле:

$$\text{АП (в баллах)} = 0,011 \times (\text{ЧП}) + 0,014 \times (\text{АДсист.}) + 0,008 \times (\text{АДдиаст.}) + 0,014 \times (\text{В}) + 0,009 \times (\text{МТ}) - 0,009 \times (\text{Р}) - 0,27,$$
 где

АП – адаптационный потенциал,

ЧП – частота пульса в мин.,

АДсист. – систолическое артериальное здоровье,

АДдиаст. – диастолическое артериальное здоровье,

В – возраст (число лет),

МТ – масса тела (кг.),

Р – рост (см.).

С помощью этой формулы обеспечивается распознавание функционального состояния в 71,8 % наблюдений. Уровень функционального состояния оценивался по шкале:

- удовлетворительная адаптация – не более 2,1 балла;
- напряжение механизмов адаптации – 2,11–3,2 балла;
- неудовлетворительная адаптация – 3,21–4,3 балла;
- срыв адаптации 4,31 балла и более.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программ Statistica 6.0.

В результате исследования установлено, что все группы в зависимости от гендерных признаков были сопоставимы по возрасту, весу/ИМТ и росту. Оценка физиометрических показателей выявила более высокое диастолическое давление у юношей с избыточной массой тела, разница с юношами с нормальной массой тела составила 8 %.

Девушки исследуемой выборки по ИМТ распределились следующим образом: с нормальной массой – 62 %, с дефицитом – 37 %. Среди юношей 86 % – с нормальной массой, 13 % – с избытком массы тела.

В результате изучения значений адаптационного потенциала было установлено, что 69% девушек с нормальной массой тела характеризуется удовлетворительным АП, тогда как у 30 % отмечается напряжение адаптации.

Примечателен тот факт, что у 92 % девушек с дефицитом массы тела адаптация расценивается как удовлетворительная и всего у 7 % выявлены признаки ее напряжения. Среди юношей с нормальной массой тела у 69 % отмечается удовлетворительная адаптация и у 31 % – ее напряжение. Юноши с избытком массы тела разделились поровну – у 50 % адаптация удовлетворительная, у 50 % напряжённая.

Выводы: Для девушек исследуемой выборки характерны признаки нормальной массы тела и ее дефицита, тогда как для юношей – признаки нормальной и избыточной массы тела; удовлетворительное значение адаптационного потенциала наблюдается у большинства девушек с дефицитом массы тела, по сравнению с девушками с нормальной массой тела. Разница составила 34 %; у юношей с нормальной массой тела удовлетворительные значения адаптационного потенциала наблюдаются в 69 % случаев, что было выше, чем у юношей с избыточной массой тела на 19 %.

#### **Библиографический список**

1. Белик С. Н., Дорохова И. М., Османова У. Ш., Сайпуллаева М. М. Синдром хронической усталости как основной признак дезадаптации у студентов первого курса медицинского университета // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2014. – № 43. – С. 201–206.
2. Соловьёв В. Н. Умственная и физическая работоспособность студентов как фактор адаптации к учебному процессу: материалы конференции «Успехи современного естествознания». – 2004. – № 8. – С. 69–72.
3. Белик С. Н., Подгорный И. В., Жукова Т. В., Квасов А. Р., Аветисян З. Е. Медико-социальная характеристика юных девушек с различными клиническими формами предменструального синдрома // В мире научных открытий. – 2015. – № 10.1(70) (Естественные и технические науки). – С. 414–424.

# ГОМЕОПАТИЯ – АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

С. Н. Белик,  
Т. В. Жукова,  
О. А. Свинтуховский,  
И. М. Харагургиева,  
А. В. Моцкус

*Кандидат медицинских наук, доцент,  
доктор медицинских наук, профессор,  
кандидат медицинских наук, доцент,  
кандидат медицинских наук, доцент,  
ассистент,  
Ростовский государственный  
медицинский университет,  
г. Ростов-на-Дону, Россия*

---

**Summary.** Modern homeopathy is based on four main principles. They are the principle of similarity, the principle of inversion and Paracelsus and also Burgi's Law. Pharmacodynamics of most homeopathic drugs currently is not understood, and the testing of standardized clinical trials of homeopathic medicines is not possible because of the characteristics of the homeopathic method (impermanence doses of a substance, and sometimes its absence, individual approach to each patient). At the same time this method has several advantages (safety, absence of addiction and possible overdose of drugs, affordability, and efficiency) which allow using it widely in pediatric practice.

**Keywords:** homeopathic method; pediatric practice.

---

Метод гомеопатии в настоящее время становится всё более актуальным и востребованным. При условии точного индивидуального подбора гомеопатические препараты можно успешно использовать для лечения самой различной патологии, даже при условии неэффективности традиционной медицины. Всё это обуславливает постоянное расширение ассортимента гомеопатических лекарственных средств, повышение доли препаратов отечественного производства [2; 5]. Гомеопатический метод лечения официально разрешён для применения в практическом здравоохранении Российской Федерации с 1995 года [8].

Гомеопатический метод является универсальным, и практически нет заболеваний, при которых он не мог бы обеспечить излечение, длительную ремиссию или облегчение симптомов неизлечимых болезней [17]. Эффективность применения гомеопатических лекарственных средств не зависит от возраста пациента. Вместе с тем, особо отмечают возможности метода для пациентов детского возраста. Большинство врачей, применяющих гомеопатический метод в своей практике, отмечают высокую эффективность данного метода лечения применительно к заболеваниям органов дыхания, мочеполовой системы, аллергических и других групп заболеваний [5; 7; 17].

Отцом классической гомеопатии является Самуил Ганеман (1755–1843). Ганеман являлся одновременно врачом, химиком и фармацевтом, что было обычным для того времени. Основной принцип подобия в гомеопатии был постулирован им как «*similia similibus currentur*», что означает «подоб-

ное можно вылечить подобным». Его основной работой в гомеопатической литературе является «Органон», опубликованный впервые в 1810 году.

Гомеопатия является холистическим медицинским подходом, в котором используются медикаменты, имеющие растительное, животное и минеральное происхождение. Подобное необходимо лечить подобным – это является этимологической трактовкой слова «гомеопатия». Истоки гомеопатии уходят гораздо глубже эпохи Ганемана. Гомеопатические основы были упомянуты ещё Гиппократом, Цельсием и Парацельсом, использовавшими в лечебной практике принцип подобия [6]. Ганеман установил связь между интоксикационной картиной и образом лечения у пациентов. При помощи такой взаимосвязи он определил основной принцип гомеопатической медицины – для сопоставления симптомов, вызываемых присутствием патогена или токсиканта, используются разведённые вещества, которые в высокой концентрации вызывают у здоровых людей подобную интоксикационную картину.

В современной гомеопатии используются и другие принципы воздействия, основанные на том, что незначительные дозы оказывают регуляторное воздействие путем стимуляции специфических механизмов, что приводит к активизации или подавлению секреции различных медиаторов. В результате к настоящему времени определены четыре принципа гомеопатии – это принципы подобия, инверсии и Парацельса, а также Закон Бюрги [6].

Сущность принципа инверсии заключается в том, что вещество, которое в высокомолекулярных концентрациях вызывает у здоровых людей интоксикационные проявления, в незначительных концентрациях может вылечить пациента с подобными симптомами заболевания. Принцип инверсии тесно связан с дозой вещества и дополняет принцип подобия. У здорового человека, ужаленного медоносной пчелой, можно наблюдать различные клинические симптомы: очаговый отек, боль, покраснение и т. д.

Для лечения пациента с симптомами, как если бы он был ужален медоносной пчелой (чего в реальности не было), используется разведение *Apis mellifica* (или медоносная пчела), чтобы снять данные симптомы. Принцип подобия и воздействие инверсионных доз являются основными принципами в гомеопатии.

Принцип Парацельса (1493–1541) – «Всё – яд, всё – лекарство; и то и другое определяет доза». Парацельс утверждал, что вещества нельзя называть ядовитыми лишь в силу их молекулярных характеристик, так как основным показателем токсикационной нагрузки является их доза. Мышьяк принято считать ядовитым, но данное утверждение верно лишь для его определенной дозы. Вещества, которые принято считать полезными, в больших дозах или концентрациях могут стать токсичными. Таким образом, токсическое воздействие может иметь не молекула вещества, а их число в определенной дозе. Только в этом случае можно наблюдать эффект лекарственного вещества у здорового человека, а его инверсионные

дозы способны излечивать пациентов, у которых проявления заболеваний подобны интоксикационным проявлениям у здорового человека.

Закон Бюрги (1932) гласит, «Эффективность двух веществ, которые ведут к одному и тому же изменению в функции или избавляют от одинаковых симптомов, суммируется, если у них одинаковые фармакологические точки приложения, или усиливается, если эти точки приложения различны». Бюрги утверждал, что одновременное применение различных веществ с подобным терапевтическим воздействием способно создать синергетический эффект взаимоусиления, который является чем-то большим, нежели суммой отдельных эффектов отдельно взятых веществ.

Исключительно индивидуальный подход к пациенту, как к уникаму, делает почти невозможным создание сопоставимых экспериментальных групп. В силу того, что в гомеопатии заболевания не существуют (существуют только пациенты), в классической гомеопатии исследование невозможно, так как индивидуальность пациента является абсолютной. Это означает, что пациентов с одинаковой патологией нельзя классифицировать в одну группу, даже если по определению традиционной медицины у них одно и то же заболевание, так как это заболевание переживается каждым пациентом индивидуально.

Фармакодинамика большинства гомеопатических препаратов в настоящее время остаётся не изученной, и даже, несмотря на существование нескольких правдоподобных гипотез, объясняющих принципы воздействия единичного гомеопатического препарата, гомеопатия так сильно отличается от традиционного аллопатического подхода в медицине, что по-прежнему остается предметом споров в научных кругах. Кроме этого считается, что эффективность большинства гомеопатических препаратов не подтверждена в клинических испытаниях, поэтому они не могут быть признаны в качестве эффективных лекарственных средств. Действительно, сложность гомеопатического исследования заключается в следующем [6]:

- дозировочные образцы созданы для аллопатических лекарств, имеющих значительный вес, и их сложно применять для создания гомеопатических препаратов;
- в гомеопатии существует не заболевание, а больной человек;
- одно и то же заболевание лечится различными препаратами у различных пациентов;
- любой результат в гомеопатическом исследовании, превышающий число Авогадро, не принимается в мире традиционной медицины и науки;
- в слабых разведениях элементы, которые меньше молекул, или даже их электромагнитная индукция приводят в действие механизмы воздействия лекарственного препарата.

Несмотря на множество причин, объясняющих сложность проведения клинических испытаний гомеопатических препаратов классической гомеопатии, многочисленное исследование отдельных препаратов показали хорошие терапевтические результаты [15–17].

Таким образом, гомеопатия действует на организм в целом, прежде всего, оказывая общерегулирующее действие. Эффект гомеопатических препаратов направлен, в первую очередь, на восстановление собственных резервов организма, в то время как химические препараты просто убирают симптомы заболевания [11; 15].

Гомеопатические лекарства не вызывают ни аллергических реакций, ни привыкания. Это обусловлено особой технологией приготовления, в результате которой в само лекарство попадает микроскопическая доза исходного вещества. А некоторые гомеопатические разведения вообще не содержат первичных молекул, только информацию о них [15]. Безопасность гомеопатического метода обуславливает отсутствие противопоказаний к его применению.

Гомеопатия эффективна – об этом свидетельствуют результаты множества клинических исследований [13–16].

Гомеопатия доступна – гомеопатические лекарства отпускаются во всех аптеках без рецепта и зачастую стоят дешевле синтетических лекарственных средств.

Дети наиболее чувствительны к гомеопатическому лечению, так как, в своем большинстве, не отягощены грузом многочисленных хронических заболеваний и медикаментозным или пищевым эндотоксикозом.

Использование минимальных доз лекарственного вещества делает гомеопатическое лечение наиболее безопасным в любом возрасте, даже у беременных женщин и новорожденных. Следует отметить, что гомеопатическое лечение детей носит, прежде всего, профилактическую направленность, так как гомеопатический подход позволяет не только определить конституцию ребенка и установить наиболее уязвимые органы и системы, но и подобрать конституциональный препарат для преодоления этой конституциональной слабости [1; 4; 9; 11]. Знание конституционального гомеопатического типа ребенка позволяет подобрать для него наиболее оптимальный режим жизни, учебы, питания, а значит предупредить те стрессовые и неблагоприятные ситуации, которые могут вызвать нарушение здоровья [11].

Гомеопатия в педиатрии эффективна не только при лечении острых и хронических заболеваний, но и при коррекции эмоциональных и ментальных нарушений [10; 12]. Гомеопатическое лечение позволяет снять поствакцинальные осложнения и адаптировать ребенка к посещению детских дошкольных учреждений [3].

Все вышеперечисленные положительные характеристики метода гомеопатии делают его перспективным и широко востребованным в педиатрической практике.

#### **Библиографический список**

1. Воробьева В. А., Овсянникова О. Б., Селезенева А. Н., Кузоватова И. Б. Профилактика рецидивирующих ОРВИ у детей раннего возраста с atopическими заболеваниями

- ями с помощью комплексных гомеопатических препаратов // Медицинский альманах. – 2010. – № 2. – С. 131–133.
2. Глущенко А. Н., Полова Ж. Н., Хоменко С. Л. Сравнительный анализ ассортимента гомеопатических лекарственных средств на фармацевтическом рынке Украины, российской федерации и республики Беларусь // Научные ведомости БелГУ. – Сер.: Медицина. Фармация. – 2014. – № 24 (195). – С. 151–156.
  3. Ермилова Н. В., Радциг Е. Ю., Богомилский М. Р. Профилактика ОРВИ в организованных детских коллективах: способы и эффективность // ВСП. – 2012. – № 1. – С. 98–102.
  4. Коляденко В. Г., Головченко Д. Я., Попова Л. И. Терапия акне с применением гомеопатических средств // Альманах клинической медицины. – 2014. – № 34. – С. 91–95.
  5. Кривошанин Н. А. Приверженность пациентов гомеопатическому методу лечения и их оценка эффективности применения гомеопатических лекарственных средств // ВНМТ. – 2012. – № 2. – С. 166–167.
  6. Курс лекций по гомеопатии ИАН АС [электронный ресурс]: [http://www.biolojitababat.az/index.php?id=329&Itemid=92&lang=ru&option=com\\_content&view=article](http://www.biolojitababat.az/index.php?id=329&Itemid=92&lang=ru&option=com_content&view=article) (дата обращения 14.04.2015).
  7. Молочков В. А. Лечение псориаза гомеопатическими препаратами // Альманах клинической медицины. – 2014. – № 34. – С. 20–25.
  8. Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении: приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 29.11.95 г. № 335.
  9. Черненко Ю. В., Гуменюк О. И., Попова И. Ю., Раскина Е. Е. Комплексные гомеопатические препараты в лечении кашля у детей в амбулаторной практике // ВНМТ. – 2009. – № 4. – С. 84–85.
  10. Шанько Г. Г., Барановская Н. Г., Шанько В. Ф. Использование гомеопатических антигомотоксических средств в детской неврологии URL: [http://med.by/dmn/book.php?book=00-20\\_15](http://med.by/dmn/book.php?book=00-20_15) (Дата обращения 20.04.2015).
  11. Щеникова Е., Песонина С., Васильев Ю. Гомеопатия в педиатрической практике. – М. : Изд-во «Центр гомеопатии», 2010. – 168 с.
  12. Юсупов Г. А. Эффективность многокомпонентного гомеопатического препарата пассифлора эдас-911 при подборе тестированием // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – № 1. URL: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2013-1/4442>. (Дата обращения 20.04.2015).
  13. Bornhoft G., Wolf U., Ammon K. Effectiveness, safety and cost-effectiveness of homeopathy in general practice – summarized health technology assessment // Forsch Komplementarmed. – 2006. – № 13, Suppl. 2. – P. 19–29.
  14. Guthlin C., Lange O., Walach H. Measuring the Effects of Acupuncture and Homeopathy in General Practice: An Uncontrolled Prospective Documentation Approach // BiomedCentralPublicHealth. – 2004. – № 4.
  15. Marian F., Joost K, Saini K.D. Patient Satisfaction and Side Effects in Primary Care: An observational study comparing Homeopathy and Conventional Medicine // BMCComplementAlternMed. – 2008, Sep. 18. – № 8(1). – P. 52.
  16. Riley D., Fischer M., Singh B. Homeopathy and Conventional Medicine: An Outcomes Study Comparing Effectiveness in a Primary Care Setting // Journal of Alternative and Complementary Medicine. – 2001, Apr. 7. – № 2. – P. 149–159.
  17. Robinson T. Responses to homeopathic treatment in National Health Service general practice // Homeopathy. – 2006 Jan. – № 95(1). – P. 9–14.

## MEDICAL-SOCIAL ASPECTS OF CHILD DISABILITY

D. Kasimova,  
D. Alikulova,

*Ph.D., assistant professor,  
senior lecturer,  
Tashkent Medical Academy,  
Tashkent, Uzbekistan*

D. Hasanova

*Ph.D., assistant professor,  
Tashkent Institute of Postgraduate Medical  
Education of Ministry of Health  
of Uzbekistan, Tashkent*

---

**Summary.** Children's disability is a major problem today. Hundreds of thousands of disabled children need attention and support of society, social, medical and other assistance. The relevance of this issue indicates the quantitative growth of disability in childhood and adverse trends in its structure.

**Keywords:** child disability; risk factors for childhood disability; health care for children with disabilities.

---

Disability in childhood is not only a complex medical and social problem, but also brings significant economic loss to society from the sphere of public activity is excluded adult family members caring for a disabled person from childhood. Heavy moral and psychological climate in families where there are disabled from birth, as a rule, lower material wealth, cannot say a negative impact on quality of life of the family as a whole [1, c. 25; 2, c. 33].

In the Republic of Uzbekistan is one of socio-economic, medical and preventive measures to protect the health of mothers and children to their harmonious development [3, c. 10].

One of the priorities in health care reform is the prevention of disability in childhood development of medical and social assistance to families with children with disabilities. This is especially true for large cities, which is the Tashkent.

**The aim** of the study was to examine the age characteristics of childhood disability, identifying risk factors contributing to its formation.

**Materials and methods.** The prevalence of childhood disability in Tashkent studied a continuous method in dynamics over the period 2001–2010. Investigation of causes of disability, circumstances and lifestyles of children with disabilities and their families conducted in 2008–2010. Within the framework of a comprehensive program. The study included children up to age 16 who are on the dispensary in general practice family health centers of 4 districts of Tashkent, Mirzo-Ulugbek, Chilanar, Shayhontahur and Almazar. Collecting the material was carried out by polling interviews of mothers and vykapirovki data from the primary registration of medical records of the child with a disability. To unify the collection of information has developed a comprehensive questionnaire "Study of health and social care, environment and way of life of children with disabilities." Causes of disability studied almost 2000 children with disabilities, who constitute about 30 % of the total number of disabled children, born

and living in Tashkent. In the case study was included every fourth child, selected at random – a mechanical process (300 – the main group). To establish the underlying causes and risk factors for the prevalence of childhood disability similar mechanical random selection formed a group of healthy children (300 – control group).

Analysis of causes of disability was carried out by the main classes of diseases, according to the ICD 10th revision. The results are processed by modern statistical methods, the methodology of evidence-based medicine (random sample, the method of "case-control" cohort method), contributing to the elimination of systematic and random error reduction.

**Results of the study and discussion.** The study found that among children with disabilities make up 31,3 % of preschool children, 51,3 % of school-age children. Disabled children aged 15–16 years was 17,4 %. Consequently, 82,6 % of children disability has been established in pre-primary, secondary and primary school age. Among boys with disabilities was higher (54,8 %) than girls.

In general, Tashkent level of child disability varies from case to 98,1–105,6 10.tys. Children 0–16 – years old. In recent years the tendency to reduce child disability from 10,7 cases per 10.tys. 2004 BC to 98.1 cases per 10.tys. children in 2010. It is interesting to note that 67,6 % of children with disabilities are congenital, 32,4 % acquired a disability. In this age level with congenital disability is reduced, and acquired increased (Table 1).

Table 1.

**Contingent structure of disabled children, regarding to the nature of its origin  
and class of diseases**

| Age years | The nature of disability |          | Class of diseases              |                     |                                    |                  |                             |              |                                 |
|-----------|--------------------------|----------|--------------------------------|---------------------|------------------------------------|------------------|-----------------------------|--------------|---------------------------------|
|           | congenital               | acquired | diseases of the nervous system | congenital diseases | Diseases of musculoskeletal system | mental disorders | diseases of ear and mastoid | eye diseases | disease of the endocrine system |
| 0–2       | 89,0                     | 11,0     | 24,6                           | 43,8                | 20,5                               | -                | 2,7                         | -            | 2,7                             |
| 3–4       | 70,3                     | 29,7     | 29,7                           | 28,8                | 11,0                               | 1,7              | 6,8                         | 2,5          | 7,6                             |
| 5–6       | 27,5                     | 27,5     | 43,9                           | 20,9                | 6,6                                | 3,3              | 5,5                         | 4,4          | 6,6                             |
| 7–14      | 65,7                     | 34,3     | 28,2                           | 13,7                | 12,4                               | 11,9             | 10,6                        | 5,2          | 5,4                             |
| Total     | 69,6                     | 30,4     | 30,0                           | 19,9                | 12,2                               | 8,1              | 8,6                         | 4,2          | 5,6                             |
| 15–16     | 58,3                     | 41,7     | 23,7                           | 12,8                | 9,6                                | 7,0              | 7,0                         | 7,7          | 34,6                            |
| Total     | 67,6                     | 32,4     | 28,9                           | 17,9                | 11,8                               | 11,8             | 8,3                         | 4,8          | 8,0                             |

Among all the causes of childhood disability classes of diseases occupy the first place nervous system diseases, congenital anomalies second, the third disease of the musculoskeletal system, the fourth mental and behavioral disorders, fifth disease of ear and mastoid. These classes are made up of the disease 75,0–80,1 % of all causes of childhood disability over the years studied.

Table 2.

**Rasprostranennost childhood disability by disease classes**

| Class of diseases                             | For ten thousand children |
|-----------------------------------------------|---------------------------|
| Nervous system diseases                       | 19,4                      |
| Congenital anomalies                          | 12,0                      |
| Musculoskeletal System                        | 7,9                       |
| Mental and behavioral disorders               | 6,3                       |
| Diseases of ear and mastoid                   | 5,6                       |
| Endocrine, nutritional and metabolic diseases | 3,2                       |
| Diseases of the eye and adnexa                | 4,0                       |
| Other                                         | 8,6                       |
| Total                                         | 67,0                      |

Established that 45,4 % of children treated in hospital, 38,7 % of children were followed on an outpatient basis, i.e. treatment was reduced to the observation of experts in the clinical examination, 12,3 % were treated in hospitals at home and only 3,7 % for regenerative therapy using specialized health centers and rehabilitation centers.

Of children with disabilities who need to study more than half (53,9 %) receive education in schools, 24,9 % are trained in specialized boarding schools, 8,0 % of study at home, and 13,3 % never attend.

Of great importance for health, social adaptation and integration and the formation of the child is his family. Families with disabled children are classified as high social risk. This is due, above all, a large number of negatively affecting the child's socio-hygienic, medical and demographic and psychological factors.

Our results suggest that in families with disabled children is relatively high proportion of mothers all older – 19,1 % versus 6,7 % in the controls ( $p<0,001$ ); of every three women at the time of birth (33,9 % ) had a history of gynecological and chronic extragenital pathology: 24,5 % of mothers (in control 10,0 %) with secondary special and higher education ( $p<0,001$ ), not forced to work in the profession, 36,0 % of mothers did not work, and are housewives and caring for a disabled child. In 34,0 % of families hold unstable psychological situation. Many families have no hope for a favorable outcome. Set relatively low activity of medical families raising a disabled child:  $\frac{3}{4}$  of the parents carry a doctor's prescription, nearly half of families continue to recommend rehabilitation treatment at home. Only 31,6 % of parents regularly engage with a child, instilling in him the development of necessary skills.

Study of awareness and health education of parents about the nature of the disease the child, how education and training revealed that most parents do not possess such knowledge. In addition, much of it ill informed about the causes, pathogenesis, and methods of secondary prevention.

All the above convinces us that the majority of families with disabled children disadvantaged by a number of medical and demographic and socio-psychological indicators.

Efficient operation of government services and NGOs to reduce child disability is represented as a coherent organism, the crucial issue at all stages of the health of children from prenatal period and ending the system of rehabilitation as a disabled child and his family.

1. Child disability in Tashkent have specific age-sex characteristics: one third of disability is established in the preschool years. With increasing age of child birth causes of childhood disability significantly reduced, and acquired increased: in all age groups takes place to identify children with congenital disorders.

2. The leading causes of childhood disability are diseases of the nervous system, congenital anomalies, diseases of the musculoskeletal and connective tissue disorders, diseases of ear and mastoid. These classes are 76,3 % of the disease causes of childhood disability.

3. Given the low activity of the medical family, home and brought up a disabled child, you need to improve the quality of support they health and social care by enhancing the integration of healthy lifestyle, enhancing preventative public health system.

## Библиографический список

1. Зелинская Д. И. Детская инвалидность как проблема здравоохранения // Здравоохранение РФ. – 2008. – № 2. – С. 23–25.
2. Свинцов А. А. Характеристика контингента инвалидов с детства // Здравоохранение РФ. – 1998. – № 2. – С. 31–33.
3. Асадов Д. А., Шарипова М. К. Значимость экономических потерь от инвалидности с детства и пути оптимизации медицинских мероприятий по их снижению // Педиатрия. Спец. вып. – С. 6–10.

## СОСТОЯНИЕ МАРКЕРОВ АКТИВАЦИИ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДОВ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА

Б. Т. Халматова,  
Н. Р. Сатиболдиева,  
Л. Г. Садыкова

*Доктор медицинских наук, профессор,  
кандидат медицинских наук, ассистент,  
врач,  
Ташкентская медицинская академия,  
г. Ташкент, Узбекистан*

---

**Summary.** The article presents data from a study of markers of activation of lymphocytes in children with asthma and bronchial hyper responsiveness. It is shown that the violation of the processes of apoptosis of immune cells leads to the development of immunosuppression, and contributes to the development of asthma in children with frequent episodes of bronchial obstruction.

**Keywords:** children; bronchial asthma; obstructive bronchitis; apoptosis.

---

В развитии аллергического воспаления в слизистой оболочке бронхов при бронхиальной астме и последующем персистировании, характеризующих тяжесть течения БА, определяющую роль играет не только функциональная активность, но и нарушение элиминации клеток участвующих в воспалении [1, с. 39; 2, с. 14].

Известно, что для любого воспалительного процесса характерно повреждение тканей, гибель клеток при этом происходит преимущественно по механизму некроза. Однако на завершающих этапах воспаления апоптозу принадлежит важная роль, поскольку в этот период происходит устранение активированных клеток иммунной системы, выполнивших свои функции.

Учитывая тот факт, что состояние клеточного иммунитета у детей с БА и БОС в основном изучены, мы поставили перед собой задачу изучить состояние маркеров активации.

В патогенезе аллергических болезней, в том числе БА, важное место занимает вторичная иммуносупрессия, в развитии которой предполагается нарушение апоптотических процессов, в частности связанная с эффектом негативной активации [5, с. 16].

Среди маркеров апоптоза наиболее изученным является клеточный рецептор CD95<sup>+</sup> (FAS), по которому судят об активации иммунных клеток и их готовности к FAS-индуцированному апоптозу, в том числе при аллергической патологии [4].

В доступной нам литературе мы не нашли данные, характеризующие состояние маркеров апоптоза у детей с повторными эпизодами бронхиальной обструкции в анамнезе.

**Целью** исследования явилось изучение состояния маркеров активации лимфоцитов у детей в зависимости от исходов бронхообструктивного синдрома.

**Материалы и методы.** В группу обследуемых были включены 146 детей в возрасте от 7 до 14 лет, которые в раннем возрасте неоднократно болели респираторными заболеваниями с обструктивным синдромом (ОРВИ, ООБ, рецидивирующий обструктивный бронхит).

В результате тщательного обследования все дети были разделены на 2 группы:

1-я группа – 33 детей с верифицированным диагнозом атопическая бронхиальная астма;

2-я группа – 113 детей с гиперреактивностью дыхательных путей при отсутствии симптомов бронхиальной обструкции;

Контрольную группу составили 20 условно здоровых детей аналогичного возраста.

Оценка иммунного статуса у детей включала тесты на изучения состояния клеточного и гуморального иммунитета. Фенотип иммунокомпетентных клеток (CD25<sup>+</sup>, CD38<sup>+</sup>, CD95<sup>+</sup>) определяли с помощью моноклональных антител (производства института иммунологии Москва, Россия).

Аллергологическое обследование включало определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом.

Степень сужения воздухоносных путей определяли с помощью пикфлоуметрического метода (ПСВ).

Полученные данные сравнивали как с контрольными значениями, так и между группами. Различия оценивались при помощи t-критерия Стьюдента. Для оценки статистической достоверности полученных результатов были приняты следующие уровни значимости:  $p < 0,001$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждения.** Как видно из данных табл.1. у детей 1-й и 2-ой групп имело место резкое снижение показателя CD95<sup>+</sup>, как процентного, так и абсолютного его значения.

У детей 1-й группы относительное количество CD95<sup>+</sup> в 2 раза было ниже контрольных значений, а абсолютное в 3,3 раза ( $p < 0,001$ ), тогда как у детей 2-ой группы относительное количество CD95<sup>+</sup> в 1,5 раза было ниже контрольных значений, а абсолютное в 2,1 раза ( $p < 0,05$  и  $p < 0,001$ ), соответственно.

У детей с БА, которые длительное время находились под нашим наблюдением, в анамнезе также отмечались низкие показатели  $CD95^+$  ( $p < 0,05$ ). У всех детей в анамнезе было увеличение вилочковой железы, по поводу которого получали иммунотерапию. Но проспективное наблюдение за этими детьми показало, что уровень  $CD95^+$  с возрастом не повысился. У 2 детей из наблюдавшихся было в дальнейшем отмечено развитие аутоиммунных заболеваний.

По нашему мнению, низкий уровень апоптоза у данных детей поддерживается другими механизмами, которые требуют специального генетического исследования.

Таблица 1.

Значения маркеров активации у обследованных детей

| Показатели                           | Контроль<br>n=20 | 1-я группа<br>n=33 | 2-я группа<br>n=113 |
|--------------------------------------|------------------|--------------------|---------------------|
| Лейкоциты                            | 6900±600         | 5100±100*          | 5600±170*           |
| Лимфоц, %                            | 32,9±2,01        | 27,0±1,0*          | 28,3±1,5            |
| Лимф, абс                            | 2270±211         | 1377±80**          | 1584±77*            |
| CD 25 <sup>+</sup> , %               | 25,6±1,9         | 32,2±1,26*         | 28,8±1,13°          |
| CD 25 <sup>+</sup> , абс             | 581±61           | 443±32*            | 456±28              |
| CD 38 <sup>+</sup> , %               | 26,4±1,7         | 18,2±1,03**        | 19,5±1,3**          |
| CD 38 <sup>+</sup> , абс             | 599±58           | 251±18**           | 309±12**°           |
| CD 95 <sup>+</sup> , %               | 23,6±2,2         | 11,8±0,94**        | 15,8±1,27*°         |
| CD 95 <sup>+</sup> , абс             | 536±49           | 162±12**           | 250±10**°°          |
| CD25 <sup>+</sup> /CD95 <sup>+</sup> | 1,08±0,08        | 2,7±0,15**         | 1,8±0,07**°°        |

Примечание: Достоверность различия от контроля (\*- $P < 0,05$ ; \*\*- $P < 0,001$ ), от данных 1 группы (°- $P < 0,05$ ; °°- $P < 0,001$ ) и от данных 2 группы (•- $P < 0,05$ ; ••- $P < 0,001$ ).

Из маркеров активации лимфоцитов нами было также изучено состояние  $CD25^+$  и  $CD38^+$ .

$CD25^+$ —маркер лимфоцитов, несущих рецептор к IL-2. IL-2 представляет собой неспецифический ростковый фактор Т-клеток, вызывает функциональную активацию Т-лимфоцитов. IL-2 является антагонистом IL-4. IL-2 стимулирует пролиферацию как Т-лимфоцитов-хелперов, синтезирующих его в ответ на антигенную стимуляцию, так и Т-лимфоцитов/ супрессоров ( $CD8^+$ ) и ЕКК ( $CD16^+$ ). Растворимый рецептор IL-2 может служить маркером активации лимфоцитов и всей иммунной системы, причем уровень экспрессии мембранной формы коррелирует с концентрацией растворимого рецептора [3].

Изучение  $CD25^+$  у обследованных детей выявило его повышение у всех детей. При этом у детей 1-й и 2-ой групп значения были достоверными по сравнению с контрольными значениями ( $p < 0,05$ ). При этом абсолютные значения  $CD25^+$  у детей 1-й группы в 1,5 раза ниже контрольных значений ( $p < 0,05$ ), тогда как у детей 2-й группы отмечено незначительное его снижение.

IL-4 – представляет собой неспецифический ростовой фактор Т-клеток, вызывает функциональную активацию Т-лимфоцитов.

На наш взгляд снижение абсолютного количества CD25<sup>+</sup> клеток у детей 1-й группы препятствует подавлению синтеза IL-4.

Известно, что рецепторы для CD38<sup>+</sup> несут на своей поверхности незрелые В- и Т- лимфоциты, активированные Т-лимфоциты, плазмоциты (клетки, секретирующие иммуноглобулины заданной специфичности) [6]. Снижение уровня данных клеток свидетельствует об истощении компенсаторно-приспособительных резервов иммунной системы.

Изучение CD38<sup>+</sup> клеток у обследованных выявило его резкое снижение (в 1,5 раза) у детей 1-й и 2-й групп ( $p < 0,001$ ) соответственно. При этом абсолютное его содержание было снижено у детей 1-й группы в 2,4 раза, а у детей 2-й группы в 1,9 раза в сравнении с контрольными значениями ( $p < 0,001$ ).

На наш взгляд у детей 1-й и 2-й групп резервные возможности организма истощены из-за повторных вирусных инфекций и частого назначения антибактериальных препаратов. Если своевременно не корректировать иммунологические нарушения у этих детей, может случиться срыв адаптационных возможностей организма.

Нами также было обращено внимание на коэффициент CD25<sup>+</sup>/CD95<sup>+</sup>, т. е. соотношение маркеров ранней и поздней активации, которое в норме составляет  $1,08 \pm 0,2$ .

У детей 1-й группы выявлено резкое увеличение коэффициента до  $2,7 \pm 0,15$  ( $p < 0,001$ ), а у детей 2-й группы до  $1,8 \pm 0,07$  ( $p < 0,001$ ).

Данный факт указывает на то, что у детей с бронхиальной астмой и гиперреактивностью бронхов преобладают маркеры поздней активации над ранними.

Склонность к частой заболеваемости респираторными инфекциями детей с БА объясняет развитие вторичной иммуносупрессии, в формировании которой существенное значение может принадлежать нарушениям процессов апоптоза иммунных клеток, выявленных у обследованных нами детей.

Снижение готовности клеток к апоптозу создает благоприятные условия для репродукции вирусов. Частые вирусные инфекции у детей раннего возраста на фоне сниженного апоптоза по нашему мнению способствует рецидивированию бронхиальной обструкции.

Дети, у которых значения апоптоза в анамнезе и при проспективном исследовании были в пределах нормы по истечении времени не наблюдалось проявлений БА, хотя у некоторых из них нами была обнаружена гиперреактивность бронхов.

По нашему мнению нормальные показатели маркеров активации, особенно апоптоза, а также отсутствие наследственной предрасположенности к аллергическим заболеваниям предотвратило трансформацию заболеваний осложненных БОС в бронхиальную астму.

Изучение показателей гуморального иммунитета у обследованных детей выявило, что у детей 1-й и 2-ой групп отмечено достоверное снижение IgA ( $p<0,001$ ) и IgG, IgM ( $p<0,05$ ) соответственно (табл. 2)

Уровень IgE в основном был повышен у детей 1-й группы как в сравнении с контролем, так и по сравнению со 2-й группой.

При этом нужно отметить, что исследования проводились в период ремиссии заболевания.

Таблица 2.

**Значение гуморального звена иммунитета у обследованных детей**

| Показатели | Контроль<br>n=20 | 1-я группа<br>n=19 | 2-я группа<br>n=25 |
|------------|------------------|--------------------|--------------------|
| IgA г/л    | 1,4±0,04         | 0,96±0,02**        | 0,96±0,04**        |
| Ig M г/л   | 0,97±0,05        | 1,08±0,02*         | 1,09±0,03*         |
| Ig G г/л   | 12,5±0,9         | 10,1±0,2*          | 9,82±0,32*         |
| Ig E, U/ml | <200             | 297±13,0*          | 213±15,02*°°       |

Примечание: Достоверность различия от контроля (\* - $P<0,05$ ; \*\* - $P<0,001$ ), от данных 1 группы (° - $P<0,05$ ; °° - $P<0,001$ ) и от данных 2 группы (• - $P<0,05$ ; •• - $P<0,001$ ).

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что у детей с бронхиальной астмой и гиперреактивностью бронхов имело место снижение показателей CD95<sup>+</sup>, CD38<sup>+</sup> и повышение уровня IgE.

**Библиографический список**

1. Балаболкин И. И. Вирусная инфекция и бронхиальная астма у детей // Российский медицинский журнал. – 2006. – № 3. – С. 38–40.
2. Бойчук С. В., Мустафин И. Г., Фассахов Р. С, Терещенко Д. В. Спонтанный и глюкокортикоидиндуцированный апоптоз лимфоцитов больных атопической бронхиальной астмой: роль митохондрий и CD 95 (FHL-1) // Аллергология. – 2002. – № 1. – С. 13–20.
3. Кузин М. И. Синдром системного ответа на воспаление // Хирургия. – 2000. – 2. – С. 54–59.
4. Порядин Г. В., Салмаси Ж. М., Журавлева Н. Е. и др. Интерлейкин-4 стимулирует индукцию апоптоза лимфоцитов больных бронхиальной астмой // 12 национальный конгресс по болезням органов дыхания : тезисы докладов. – М., 2002.
5. Сепиашвили Р. И., Шубич М. Г., Колесникова Н. В. и др. Апоптоз в иммунологических процессах // Аллергология и иммунология. – 2000. – № 1 (1). – С. 15–23.
6. Dakhama A., Park J. W., Taube C. et al. The enhancement or prevention of airway hyper-responsiveness during reinfection with respiratory syncytial virus is critically dependent on the age at first infection and IL13 production // Immunol. 2005; 175:1876–1883.



## VII. PROFESSIONALISM HEALTH PROFESSIONALS AS AN IMPORTANT FACTOR IN ENSURING STABILITY IN THE AREA OF HEALTH



### OVERVIEW OF CONTINUING PROFESSIONAL EDUCATION FOR NURSES

Z. Adilova,  
I. Urazalieva,  
Z. Risbayev

*Assistant,  
assistant,  
master,  
Tashkent Medical Academy,  
Tashkent, Uzbekistan*

---

**Summary.** The reform of nursing education has led to the creation of a multi-level system of training of nurses: at baseline improved training in medical schools and for higher nursing education in higher medical schools. Graduate nursing education is one of the stages of a multi-level training of nursing personnel. Currently, in the Republic of Uzbekistan is established and are successfully functioning educational institutions and educational process providing continuous nursing education from the basic nursing education up to master's degree, followed by further training. The two universities are engaged in the preparation of masters on specialty "Organization and Management in Nursing".

**Keywords:** Nursing Education; College of Medicine; College of nursing; bachelor; master; post-graduate education.

---

Transition of the health system to the new principles of medical care, the introduction and development of the principle of family health care, improving primary health care to the population requires new approaches to the training of medical personnel, including nurses [1, c. 14–17].

The purpose of continuing professional education of medical personnel is to improve the quality of care to the population. In this connection, in many developed countries (USA, UK, Canada, Sweden, Finland and others.) exists and operates a multi-level system of training and education of nurses [2, c. 11–13].

During 1928–1929, at the medical college (later Republican medical college named after Yuri Akhunbabayev) was a branch of health care technicians, in 1929–1930 – Department of Medical Technicians of motherhood and childhood protection. Further training and personnel reserve sisters "Red Crescent" were opened in 1929, and in the years 1929–1930 – courses of nurses' Commissariat. In 1926–1927, the "Tashkent" medical school was opened in Fergana and Samarkand. From 1951–1952's training of nurses was conducted at seven secondary medical schools. In 1993 there were already 44 secondary medical schools in the Republic, and at the beginning of 2002 in Uzbekistan functioned 53, and since 2009, 73 secondary medical schools, medical colleges, which are organized in accordance with the requirements of the National Training Pro-

gram, and the Law "On education "of the Republic of Uzbekistan. As we know, the nursing training in Uzbekistan, after nine years of basic education, is carried out in vocational colleges with medical focus. The current system is preparing nurses in areas of "nursing", "paramedic medical business", "laboratory work" and "pharmacy".

In Tashkent in 1995 was held the first meeting of head nurses with the participation of representatives of the WHO, which addressed the priority issues on the development of regulatory and legislative framework of nursing, review of professional structures of mid-level personnel with clarification of roles and responsibilities at each level, the reform of education, the creation of the Standard of nursing services. To perform the tasks for the preparation of nursing care provided in the Republic of phased transfer of existing medical schools to medical colleges – schools and a new type of academic lyceums, special departments were opened in medical schools [3, c. 71–74].

In September 1999 in Bishkek with the support of the American International Health Alliance delegation of nurses and nursing managers of Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan and Uzbekistan, there was an opportunity to exchange information on the problems and achievements in this field. Common opinion of the participants was that the Central Asian countries launch the reform of nursing and nursing education. As a result of the conference, Coordinating Council for Nursing was supposed to be established; and the "Bishkek Declaration" was supposed to be adopted [3, c. 71–74].

The first organizational meeting was held on February 3–4, 2000 in Almaty at the National College of Medicine, in the course of which was adopted the Regulations on the Coordinating Council with definition of its objectives, tasks and functions.

The demand of modern society for quality nursing care leads to the need for training of nurses to gain knowledge on pedagogy and psychology for nursing work in the area of human health protection. Pedagogical and psychological knowledge give an idea of the methods of carrying out preventive work with the population.

Based on the Decree of the President in the 1999–2000, schools for the first time carried out a set of Higher Education nursing sessions (CSE faculty) to this date. Preparing nurses with higher medical education (within the specialty "Nursing", qualification manager) have been conducted since 1999. During this period, the structure and content of educational programs in the health system were formed and worked out; so have been identified positions that graduates can take up higher nursing education departments.

The reform of nursing education has led to the creation of a multi-level system of training of nurses: in the basic training, the increased level of medical colleges and nursing for higher education in higher medical schools.

Graduate nursing education is one of the stages of a multi-level training of nursing personnel. Currently, in the Republic of Uzbekistan is established and are successfully functioning educational institutions and educational process

providing continuous nursing education from the basic nursing education up to master's degree, followed by further training. The two universities are engaged in the preparation of masters on specialty "Organization and Management in Nursing".

Postgraduate education system is going through a period of active development. The main objective of postgraduate education is training of specialists with advanced scientific knowledge, broad vision, organizational skills, ability to solve both standard and non-standard tasks in a constantly changing environment.

Measures to improve the professionalism, quality of care, on the implementation in nursing of new organizational forms, training of nursing staff contributes to the formation of experts with a new style of thinking, motivation for active professional work and self-improvement.

### **Bibliography**

1. Баранова Н. А., и др. Постдипломное обучение: преемственность и инновационный подход // Медицинская сестра. – 2012. – № 6. – С. 14–17.
2. Кондратович В. В. Сестринское дело в XXI столетии // Медицинские знания. – 2001. – № 2. – С. 11–13.
3. Урунова Д. Т., Салиходжаева Р. К и др. Особенности организации работы в патронажных медицинских сестер в сельских врачебных пунктах // Медицинский журнал Узбекистана. – 2012. – № 3. – С. 71–74.

# CONTEMPORARY CHALLENGES OF MEDICAL EDUCATION

**Z. P. Zheleva,  
S. N. Toshkova-  
Hristozova**

*Lecturer of English for Medical Purposes,  
lecturer of Bulgarian Civilization  
and History of Medicine  
Department of Languages  
and Specialized Training,  
Medical University, Plovdiv, Bulgaria*

---

**Summary.** The article discusses some of the contemporary challenges of education at the medical university. The three most current issues in higher education are internationalization, technologization and interculturality which are also current problems and phenomena at the medical university.

**Keywords:** medical education; internationalization; technologization; interculturality.

---

Globalisation of higher education has led to the introduction of various new policies and methodologies in the process of education at the medical university. The adoption of universal standards and application of guidelines have led to fundamental changes and innovations in higher education. The whole process has outlined several issues as challenges of contemporary medical education. To cope with these challenges means to manage university education successfully. Therefore, the discussion and identification of these problems have become necessary since the quality of education depends on them.

## **1. Internationalization of higher education in Europe**

Internationalization of higher education in Europe, including medical education, is among the topical educational issues and is among the most significant current challenges to the medical university.

Internationalization is a process of determination of common rules through the elaboration of a uniform legal framework according to which contractual relationships and procedures on decision making are regulated, appropriate financial tools are determined etc. If the contemporary medical university detains its inclusion in the internationalisation process, does not restructure its educational environment and does not reorganise its activities according to the educational standards, then it would easily be ignored on the international higher education market. "The successful university of the future possesses internationalisation as one of its characteristics" [1].

Internationalization of higher education in Europe has several important features:

- recognition of higher education degrees, specializations and grades;
- development of international forms for quality assessment of the educational process;
- student and teaching staff mobility;
- distance learning without boundaries;
- creating and active use of interactive networks;
- internationalization of curricula;

- increase in the influence of international professional unities on the structures and content of the curricula, as well as on the criteria for vocational training;
- common research activity and common development of international research projects etc. [2].

Internationalization also requires high qualification of the university staff-lecturers, professors etc. What is also important is the availability of financial resources, innovations, technological upgrading of the training environment etc. In addition, harmonisation of the national legislation and the common efforts exerted both by the university and by the institutions above it are significant.

The common efforts on adoption of international standards in higher education depend on two factors- compatibility and usefulness. The first refers to the compatibility of policies, goals, organizational principles etc. of the university. The second refers to the effectiveness of the adopted principles of internationalization and the manner in which they contribute to the institution's adaptation towards the challenges to higher education in the 21<sup>st</sup> century.

The goals of higher medical education on the national level are synchronized with the goals of the ongoing Bologna Process. They are directed at:

- increase in the physicians' competitiveness on the labour market;
- adequacy of education to the public needs;
- increase in academic and professional mobility;
- compatibility and comparability of diplomas, degrees and qualifications etc.

The resources invested in medical education play a key role in coping with the educational challenges. These resources include academic efforts for development, technological equipment and most of all – financial resources. Financial provision guarantees growth and competitiveness at the higher education market. In this sense, an important challenge and a problem for higher education is the stability of resource provision which, according to some economists, lies in the combination of public funding with alternative sources, such as the implementation of research projects, educational activities, student and staff mobility. It is the development and innovations of the university environment that makes education attractive for young people, and motivates them to study.

The international requirements to universities directly affect the requirements to the lecturers. Apart from the teaching, the lecturers' challenges include constant communication and participation in educational programmes and common activities with different universities with the aim of exchanging experience and good practices. This trend is global. Under the circumstances of easy access to information and effortless interinstitutional communication, UNESCO has determined several basic rules for the improvement of universities in the conditions of globalization:

- reduction in technological differences among universities;
- development of national communities through intensive contacts with the aim of unification of scientific potential for problem solving of universal significance;

- respect for cultural differences;
- changes in the teaching methods of specialists working in higher education, which would lead to changes in economies, policies and thinking [3].

A radical change in educational realities has come upon in the last decades, if, in the past, attention was paid to students as a whole community, now, attention is paid to the individual needs, adaptation and success of each individual student. Possibilities and opportunities are available for individual interests and development in the international higher medical education.

The concept of higher medical education follows the course of the global educational strategy and, along with it, proceeds from the behavioural educational paradigm through the conscious one, dependant on the student, to the creative one, created by him. The centre of education is the student with his educational needs. Knowledge is acquired from various sources and their finding and assimilation aim at developing critical thinking, decision making after doing a research, objectivism of the evaluation of the educational situation etc. Knowledge is practically oriented and developed throughout life.

## **2. Contemporary informational technologies as a challenge**

Informational technologies have been a challenge ever since their introduction in society. But with their introduction at the university several issues have come up- the competence of both students and lecturers to use IT in learning and teaching, the developing trend to adopt IT not only into using electronic textbooks and resources but also to take advantage of the new form of learning- ‘distance learning’ which without IT is simply impossible. And last but not least, all communication and exchange of information and experience between universities is also mainly web-based.

Contemporary society ‘exists’ and develops thanks to technologies whose technical parameters change and improve with each minute. Due to this dynamic change and also due to the variety of electronic means of information used, a necessity for improvement of technological knowledge and practical skills for work and use of these technologies has emerged. And in this sense, the technical aspect of medical education has proven to be a challenge not only for lecturers but also for students.

The term ‘technologized educational environment’ itself contains two components- introduction of new IT in the educational process and a change in teaching methods with a view to the technological innovation of the environment [4]. The technological aspect appears to be the greater challenge since it is related to the use and upgrade of the equipment used for training and teaching. The second aspect also presents difficulties since it is through the new equipment that training has to be performed. Therefore, a change in methods also needs to be made. But what is significant is to manage and achieve a balance between the two since they cannot exist and develop on their own.

Technological innovation of the environment of medical training is a prerequisite to set higher educational goals on the side of the university. Firstly, the

quality of the educational environment is improved, therefore, the competitiveness of the university and its rating also increase. Secondly, the nature of the training environment itself changes [5]. In this sense, is it highly important to evaluate and assess the micro- and macro-processes related to technological change in the medical university in order to prevent any anxiety on the side of the institution's staff and students.

Five basic groups of managerial activities are directed at improving the quality of the training environment:

- Prognostic – the concerning the future development of IT in education and adaptation to contemporary changes
- Informational – the constant provision of electronic resources required by the technologized educational environment – the availability of consumables and equipment.
- Functional – related to acquiring skills for information processing, for research work, learning to perform collaborative team activities etc.
- Organisational – introduction of new forms of education – e-learning, web-based learning, distance learning etc., as well as restructuring of educational activities and curricula according to the requirements of technologies.
- Control – both institutional – concerning the institution itself and educational-concerning the education at the institution.

In this sense, it is a challenge to every medical university is to supply all departments with the necessary equipment which is to be used for training and knowledge acquisition. This raises the question on the technical competence of the participants in the process of training. On the one hand we have the lecturer who organises and conducts training in the technologically changing environment and on the other is the student who should possess the computer competence in order to adequately the electronic informational resources at the university.

The question on the technical competence and the level of computer literacy is significant, since the medical specialists who work in different fields of medicine are not necessarily computer specialists. In this sense, the development of computer software, intended for the educational process, is a collaborative team work. At the same time, allocating expenses for technical equipment is unjustified unless the university management is concerned about upgrading the technical skills and improving the competencies of its teaching staff. The practical orientation of medical education stimulates additionally the motivation for improving technical competence since the development of contemporary medicine is based on technical novelties and innovative therapeutic techniques.

Communication in the process of learning is altered to a significant extent through the introduction of informational technologies. It also alters the roles of student and lecturer in the educational process. From a trainer and an organiser of the educational process, the lecturer also assumes the role of a consultant and a mediator [6]. The lecturer's position as a person who spreads knowledge and motivates for learning acquires a new significance which is due to the change in

teaching technology and acquisition of knowledge in the lecture hall and outside it. The writing of textbooks and reference books, which guide the student in his work with educational and scientific literature in the virtual environment, is a specific pedagogical activity which develops critical thinking and critical comprehension of information available online. In this sense is the motivating role of the lecturer is significant, expressed in support of independence, analytical thinking and creativity of the student. The controlling role of the lecturer is exhibited in the choice of training methodology, time for activities, pace of performance of an educative task, the amount of the educational content etc. [7]

### **3. Interculturality – yet another challenge**

Apart from standards and technologies we have to bear in mind the fact that the university is comprised of student with their own origin, upbringing, preferences and identity. Researchers such as the English professor Peter Scott [9], claim that universities can be defined partially as objects and even victims of globalization, and partially as subjects in global society. Others perceive of the university as a place for spiritual development to where everybody should have access. This humane and social approach is also adopted by UNESCO.

UNESCO is the first international organization which poses the question on the challenges of education in the 21<sup>st</sup> century [8]. Delors discusses ‘the four pillars of education in the 21<sup>st</sup> century’ which include-‘learning how to acquire knowledge’, ‘learning for life’, ‘learning to how to act’ ‘learning to live together’,. All of them include the different aspects of education, the latter, though directs our attention to a comparatively new aspect of education. Following globalisation and internationalisation of education – ‘learning to live together’ fully describes interculturality, i.e. respect for traditional culture and linguistic diversity. It has been a new characteristic of university education ever since different cultures started interacting in the university environment.

Delors’s four pillars determine the reference points in educational policies of the national educational systems and are applied through regional programmes and resolutions, which unify the criteria and introductory quality standards in higher education. Trends for binding with these principles are the Treaty of Lisbon and the development of the so-called Bologna Process in Europe.

EU’s motto “United in Diversity” (2000) is the attempt of European policy to understand, respect and unite the different cultures in one. That is why Europe’s integration and higher education internationalization generate cultural and educational priorities. These values are the guiding principles in university management. A priority in the field of education is the social integration of a representative of different nationalities and cultures in the host society.

Interculturality is an important educational issue and is among the basic challenges in the processes of European integration. It has a direct relation with the question on reproduction of ethno cultural models and traditions. The classical understanding of interculturality is training with a view to the integration of immigrants and their children. However, interculturality is among the guiding

principles of contemporary education, including higher education. The demographic state of 'The Old Continent', including that in Bulgaria, and the growth of mass higher education are grounds for the 'opening' of the medical university for education of students from EU and other countries. A process of 'co-existence' of several cultures develops at the university. Cultural differences are registered which implies the necessity for overcoming historically rooted prejudices, focus on the development of academic culture, ethnic and religious tolerance etc. Therefore, we can consider the challenge interculturality a new characteristic of the contemporary educational environment at the medical university. It is not conventional for education in the non-humanitarian university since it is based on the problem culture. Interculturality occupies a place among the competencies of the lecturer and is in the core of communicative competence of the lecturer and student in medicine.

The outcome from the intercultural dialogue in the university environment is the accomplishment of understanding as an optimally favourable interpersonal environment to develop and to acquire knowledge in medicine. A characteristic of the intercultural dialogue in the university environment is bilingualism. The introduction of two languages as language codes for interpersonal communication and language of the university subject is a major challenge for the lecturer and administration. Language, intergroup cooperation, tolerance etc. should be accepted as new types of indicators, which should be indicative for the state of the medical university environment. They are among the new factors of influence on linguistic communication at the university, i.e. they affect directly satisfaction development.

In the circumstances of global change, the role of languages as an essential aspect of culture provokes the development of new models of communicative behavior. The communicative role of language as a means for transfer of knowledge, socialization and social integration has changed. The circle of artificial languages and mainly the computer one, as a contemporary means for communication, has broadened.

Interculturality in the medical university environment is a very complex cultural, educational and social phenomenon. On the one hand, it is another educational challenge and a micro stressor; however, on the other hand, it is an activator of the institutional change in the context of internationalisation. Handling various communicative situations, as well as enhancing linguistic competence in the four basic skills- listening, reading, speaking and writing- has its practical reasons and emphasizes on pragmatics as an element of the contemporary educational environment in medicine.

These challenges affect all higher education institutions but they are clearly distinguishable in medical education since medical education is a priority of every country's educational system. This is not only due to the nature of the specialty students are learning at this university, but also because medical education should at all costs keep up-to-date and follow the latest developments in education. Just like the development of new treatments, tests, innovations in

equipment and surgery, the education of the future specialists need to follow the global trends. Facing the challenges of internationalization, technologization and interculturality and coping with the issues they raise would mean that the medical university will achieve higher rating and perform its mission as a place to educate the specialists in human health.

### **Bibliography**

1. Blagoeva-Hazurbasanova,  
[http://www.nbu.bg/PUBLIC/IMAGES/File/CPA/Monography\\_Presentation\\_Elena.pdf](http://www.nbu.bg/PUBLIC/IMAGES/File/CPA/Monography_Presentation_Elena.pdf).
2. Tuzharov, H.(2009) E Learning, <http://www.tuj.asenevtsi.com/EL09/EL04.htm>
3. Penerliev, [http://litenet.bg/publish11/m\\_penerliev/globalizaciata.htm](http://litenet.bg/publish11/m_penerliev/globalizaciata.htm)
4. Pavlov, D. (2001). Educational informational technologies, Module One, Sofia.
5. Leask, M (2012), Issues in teaching using ICT, RoutledgeFalmer, New York. Leask.
6. Kalesnikienė, D. Tteacher's role in applying ICT in Primary school, Journal of International Scientific Publication: Educational Alternatives, Volume 11, Part 1, p. 76.
7. Scot, P. (2000). Globalisation and university, Alma mater, Moscow, N 4.
8. Delors, Zh. (1995). UNESCO. Neuwied; Kriftel; Berlin: Luchterhand, 1997, p. 83.

# СИНДРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ-ТРАВМАТОЛОГОВ ПО ОКАЗАНИЮ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ

А. В. Лядова,

М. В. Лядова

*Кандидат исторических наук,  
Московский государственный  
университет им. М. В. Ломоносова,  
кандидат медицинских наук,  
Городская клиническая больница № 1  
им. Н. И. Пирогова,  
г. Москва, Россия*

---

**Summary.** The article is devoted to the problem of the “burning out” syndrome among doctors for emergency aid. The article presents the results of studying features of this syndrome and its connection to the working conditions as a key factor that influences on the amplification of this syndrome.

**Keywords:** the “burning out” syndrome; doctors for emergency aid; sociological research; influence; working conditions.

---

Психическое здоровье работников любого предприятия может оказывать такое же важное влияние на эффективность работы предприятия, как и производственные взаимоотношения или качество подготовки кадров.

*Howard Davies,  
Генеральный директор  
Конфедерации британской промышленности*

Благополучное состояние психического здоровья человека является одним из ключевых индикаторов здорового общества в целом, и как следствие, показателем удовлетворенности качеством жизни отдельно взятого его индивида. Ежедневно психика человека подвергается как позитивному, так и негативному воздействию. Источников формирования стрессового состояния достаточно много. Одним из них является профессиональная деятельность человека. Как отмечают эксперты, влияние работы на психическое здоровье носит комплексный характер. Однако за последние годы по данным исследований, проведенных Всемирной организацией здравоохранения (далее – ВОЗ), люди все чаще указывают на негативное воздействие рабочей среды, которое приводит к формированию стрессового состояния, эмоциональному переутомлению и, как следствие, профессиональной деформации [8].

В исследованиях, посвященных проблеме стрессоустойчивости в условиях профессиональной среды, данное состояние с подачи американского психиатра Н. Freudenberger’a обозначается как “burnout” синдром или синдром «выгорания». В 1970-х годах Н. Freudenberger ввел этот термин для

обозначения особого психологического состояния людей т. н. «помогающих профессий» вследствие длительного воздействия на них стрессовых ситуаций, вызванных особенностями их профессиональной деятельности [12].

Современная историография этого вопроса представляет значительное число как зарубежных, так и отечественных исследований. Как показывает их изучение, расширились как подходы, так и направления при рассмотрении данной проблематики. Так, первоначально под синдромом выгорания понималось, прежде всего, состояние психической опустошенности, ощущение собственной бесполезности [2]. Уже на основе проведенных в 1970-х годах исследований стало очевидным, что природа «выгорания» многоаспектна. Так, ученые Б. Перлман и Е. Хартман предложили включить в понятие синдрома «выгорания» такие компоненты, как эмоциональное и/или физическое истощение, снижение рабочей продуктивности, деперсонализацию [15]. По мнению одного из ведущих специалистов в этой области К. Маслич, кроме указанных, важно учитывать и разрушительные симптомы «выгорания», а именно: негативное отношение к работе и утрату понимания и сочувствия (дегуманизацию) [14]. К. Кондо предложил рассматривать «выгорание» на работе как дезадаптированность к рабочему месту из-за чрезвычайной нагрузки и неадекватных межличностных отношений, указав тем самым на ключевую роль в его формировании организации и условий труда [13]. Согласно определению ВОЗ, «синдром выгорания» – это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе, усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям, употреблению алкоголя или других психоактивных веществ с целью получения временного облегчения, что имеет тенденцию к развитию физиологической зависимости и суицидального поведения [9].

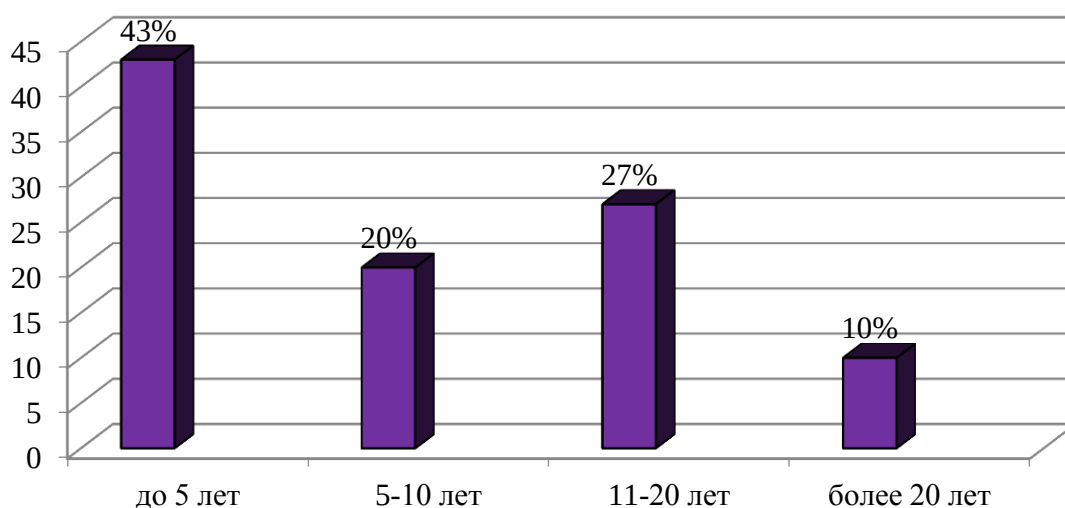
В целом, следует отметить, что с одной стороны, изучение синдрома профессионального выгорания является актуальной темой в связи с усилением тенденции возрастания неустойчивости психического здоровья населения в процессе профессиональной деятельности, с другой, становится очевидным, что среди исследователей нет единого подхода к его изучению, определению его структуры, особенностей формирования в разных профессиональных группах.

Хотя сегодня синдром профессионального выгорания используется для характеристики отклонений в психическом здоровье из-за негативного воздействия рабочей среды у представителей разных профессиональных направлений, тем не менее, профессии, относящиеся к системе «человек-человек», представляют в этой связи особую группу риска, так как рабочая жизнь их репрезентантов протекает в прямом контакте с людьми, что значительно повышает степень угрозы развития у этих работников синдрома «профессионального выгорания». В настоящее время достаточно подробно рассматриваемая проблематика изучена среди сотрудников социальных служб, педагогов, воспитателей, полицейских. Значительное число работ

посвящено и синдрому выгорания среди медицинских работников. Однако, несмотря на имеющиеся публикации, освещающие данную проблему в среде старшего и младшего медицинского персонала различного профиля, до сих пор мало изученной в этом аспекте остается категория медицинских работников по оказанию экстренной помощи. Исходя из актуальности представленной темы, цель данного исследования – определить степень распространения синдрома профессионального выгорания в указанной группе и установить взаимосвязь его формирования с особенностями профессиональной деятельности.

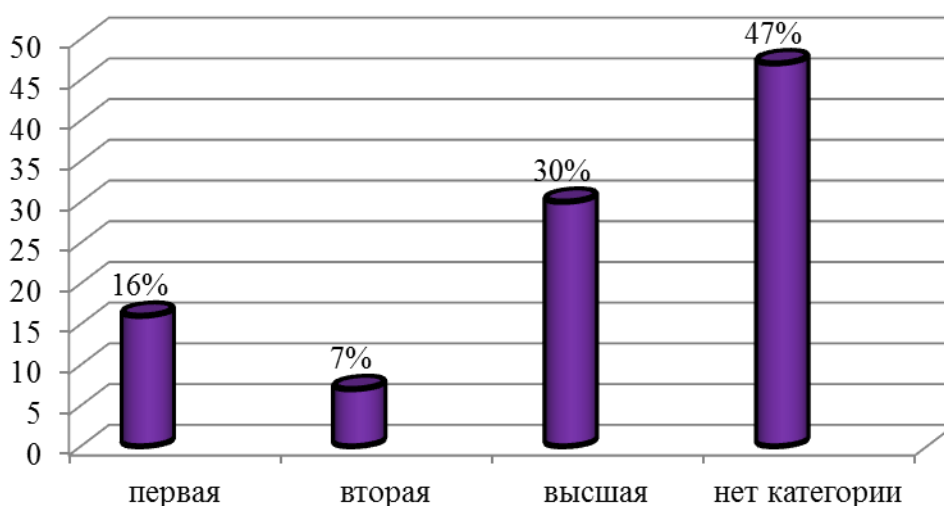
Для реализации данной цели в работе было проведено пилотажное социологическое исследование среди врачей-травматологов по оказанию экстренной круглосуточной травматологической помощи одной из ведущих клиник мегаполиса. В качестве методов были выбраны анкетирование (100 респондентов) и глубинное интервью [3].

Среди опрошенных большая часть работников – со стажем до 10 лет (43 % – до 5 и 20 % – до 10). Треть находится в профессии довольно длительное время, более 10 (27 % – от 10 до 20, 10 % – свыше 20) (Рис. 1).



**Рисунок 1. Распределение врачей-травматологов по оказанию экстренной круглосуточной помощи в зависимости от стажа работы по специальности**

Также большинство респондентов относится к высококвалифицированным специалистам, имеющим высшую, первую и вторую квалификационные категории, среди которых около трети с ученым званием кандидата медицинских наук (рис. 2), что указывает на их высокий профессиональный статус.



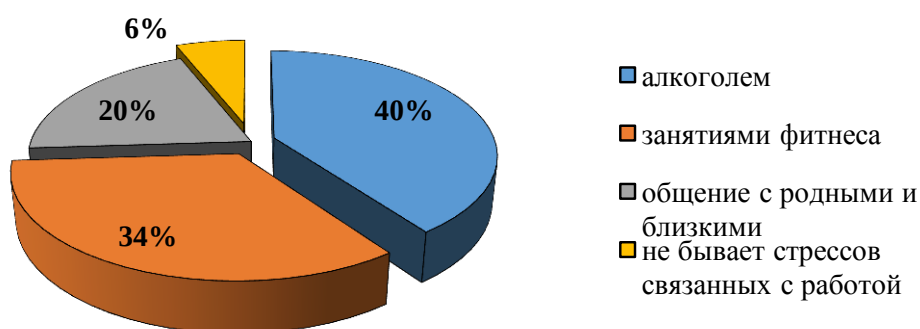
**Рисунок 2. Распределение врачей-травматологов по квалификационным категориям**

Как показали результаты проведенного исследования, рабочая среда врачей-травматологов по оказанию экстренной круглосуточной травматологической помощи оказывает негативное воздействие на психическое здоровье работников, вызывая синдром «профессионального выгорания». Так, при изучении поля конфликтности установлено, что пациенты вызывают негативную реакцию у большинства опрошенных вне зависимости от конфликтности, а именно: а) в 40 % случаев – когда имеется большой «поток» пациентов; б) в 20 % случаев – во время суточного дежурства. А 10 % респондентов ответили, что данное явление у них отмечается в последнее время постоянно, вне зависимости от нагрузок. Лишь треть респондентов указало, что не испытывает негативного отношения к пациентам вообще. Практически все опрошенные (96 %) связывают возникновение стрессового состояния с увеличением объема выполняемой работы, на фоне неудовлетворенности уровнем заработной платы. Также вызывает беспокойство, и как следствие, эмоциональное напряжение, осознание своей незащищенности в правовом аспекте [6].

Также по результатам глубинного интервью выявлено формирование чувства эмоционального истощения из-за трудностей в достижении желаемых результатов в своей работе, что зачастую вызвано степенью тяжести состояния пациентов (неадекватность, наличие хронических заболеваний, затрудняющих лечение), увеличением количества больных при уменьшении количества обслуживаемых их работников приемного отделения.

Как известно, стресс оказывает различное влияние на психику человека, вызывая раздражительность, депрессию, и т. п., что в конечном итоге может привести к значительным проблемам со здоровьем, и как следствие, профессиональной деформации. В зависимости от личностных качеств и установок, люди выбирают различные способы компенсации и нивелирования воздействия возникающего на фоне стресса состояния. Согласно ре-

результатам проведенного исследования, врачи-травматологи по оказанию экстренной круглосуточной помощи прибегают к таким способам снятия стресса, как: а) употребление алкоголя, б) занятия фитнесом, в) общение с родными и близкими (рис. 3).



*Рисунок 3. Способы снятия профессионального «стресса»*

В целом, лишь 6 % среди опрошенных может быть отнесено к категории стрессоустойчивых. Кстати, следует отметить, что полученные результаты совпали с данными исследования синдрома «профессионального выгорания» среди других категорий медицинских работников по методике В. В. Бойко [3].

Таким образом, можно сделать вывод, что проблема «профессионального выгорания» является крайне актуальной на современном этапе развития отечественной медицины, и в частности, необходимо ее изучение среди представителей такой группы риска, как врачи по оказанию экстренной помощи, среди которых, как показывают результаты проведенного пилотажного исследования на примере врачей-травматологов по оказанию экстренной круглосуточной помощи, прослеживается негативная тенденция приверженности данному синдрому, что, прежде всего, вызвано условиями и особенностями организации их профессиональной деятельности.

### **Библиографический список**

1. Бабанов С. А. Синдром эмоционального выгорания // Врач скорой помощи. – 2012. – № 10. – С. 59–65.
2. Балахонов А. В., Белов В. Г., Пятибрат Е. Д., Пятибрат А. О. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии // Вестник Санкт-Петербургского Университета. Серия 11. 2009. – Вып. 3. – С. 57–71.
3. Бердяева И. А., Войт Л. Н. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 117–120.
4. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: Диагностика и профилактика. – СПб., 2005. – 336 с.
5. Кайбышев В. Т. Профессионально детерминированный образ жизни и здоровье врачей в условиях современной России // Медицина труда и промышленная экология. – 2006. – № 12. – С. 21–26.

6. Лядова А. В., Лядова М. В. Роль правовой осведомленности врача в предупреждении конфликтов в системе «врач-пациент» // *Psychology of the 21<sup>st</sup> century: theory, practice, prospect : materials of the VI international scientific conference on February 15-16, 2016.* – Prague : Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», 2016. – С. 44–47.
7. Марченко-Тябут Д. А. Личностная и реактивная тревожность у врачей различных специальностей // *Медицина.* 2005. – № 2. – С. 79–81.
8. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. 2006. URL: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/96454/E87301R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/96454/E87301R.pdf)
9. Сазонов В. Я. Профессиональное выгорание у врачей-онкологов, особенности его формирования и психопрофилактика / Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – СПб., 2012.
10. Силкина А. А., Саншкова М. К., Сергеева Е. С. Синдром «эмоционального выгорания» среди врачей различных специальностей в России и за рубежом // *Бюллетень медицинских Интернет-конференций.* – 2014. – Т. 4. – № 11.
11. Хетагурова А. К., Касимовская Н. А. Социально-демографические и психологические факторы, влияющие на уход из профессии медицинских сестер на современном этапе // *Экономика здравоохранения.* – 2007. – № 2–3 (112). – С. 25–29.
12. Freudenberger H. J. Staff burn-out // *Journal of Social Issues.* – 1994. – Vol. 30. – P. 159–165.
13. Kondo K. Burnout syndrome // *Asian medical.* – 2001. – N 34. – P. 34–42.
14. Maslach C., Jackson S. E. Burnout Inventory (MBI): Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists press. – 1986. – 112p.
15. Perlman B., Hartman E. A. “Burnout”: summary and future and research // *Journal of Human relations.* – 1982. – Vol. 14. – N 5. – P. 153–161.



## VIII. PERSONAL FEATURES RESPONSIBILITY FOR THE PRESERVATION OF HEALTH



### ЛИЧНОСТНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

В. А. Карнаухов,  
Е. А. Евтушенко

*Кандидат психологических наук, доцент,  
ассистент,  
Белгородский государственный  
национальный  
исследовательский университет,  
г. Белгород, Россия*

---

**Summary.** This article discusses such a complex and multifaceted construct as a psychological health. The authors attempted to identify and describe its main predictors. A special role is given to the question of the close relationship between the components of psychological health.

**Keywords:** psychological health; self-regulation; social adaptation; self-actualization.

---

В настоящее время проблема психологического здоровья как одна из основных включена в проблемное поле, усиленно разрабатываемое психологией личности. Являясь одной из наиболее актуальных и злободневных тем в отечественной психологической науке, тема психологического здоровья личности продолжает порождать новые вопросы, накапливая внушительный пласт мнений и исследовательских позиций. Обсуждение ведётся по многим вопросам, в том числе по вопросам, касающимся определения основных составляющих психологического здоровья. Целью нашей статьи является теоретический анализ такого сложного личностного конструкта, как психологическое здоровье, определение его специфики, а так же установление основных детерминант, то есть сил, способствующих его становлению и поддержанию на высоком уровне функционирования.

С точки зрения экспертов всемирной организации здравоохранения, здоровье представляет собой состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие каких-либо болезней и дефектов [6, с. 99]. Энциклопедический справочник по психологии Б. Г. Мещерякова и В. П. Зинченко указывает, что здоровье, представляет собой «естественное состояние организма на фоне отсутствия патологических сдвигов, оптимальной связи со средой и согласованности всех функций [4, с. 224]». Наконец, толковый словарь психологических и психоаналитических терминов говорит о здоровье как о «относительно устойчивом состоянии, в котором личность хорошо адаптирована, сохраняет интерес к жизни и достигает самореализации» [1, с. 9]. Действительно, сегодня здо-

ровые рассматривается как комплексный, многомерный феномен, имеющий неоднородную структуру и включающий в себя качественно различные по своему содержанию компоненты.

Однако прежде чем углубляться в сложную гетерогенную структуру рассматриваемого феномена, обозначим, что среди множества имеющихся подходов по рассмотрению психологического здоровья, мы придерживаемся интегративного подхода, вследствие характерной ему доли эклектичности. Данный подход признаёт возможными при изучении здоровья любые адекватные концептуальные модели и объяснительные принципы, а так же предоставляет свободу для построения новых схем и интеграции уже существующих моделей.

Далее рассмотрим некоторые взгляды отечественных исследователей на проблему психологического здоровья личности. При этом особое внимание будем уделять компонентам психологического здоровья, его основным предикторам и психологическим составляющим, представляющими собой структуру рассматриваемого феномена.

Согласно представлениям О. В. Хухлаевой психологическое здоровье представляет собой сложную динамическую совокупность психических свойств: 1) способствующих поддержанию гармонии, как между различными сторонами личности человека, так и между человеком и обществом; 2) содействующих обеспечению полноценного функционирования человека в процессе жизнедеятельности [5]. Одной из основополагающих характеристик психологического здоровья является саморегуляция. Она способствует обеспечению гармонии как внутри самого человека, так и между ним и окружающей социальной средой. Саморегуляция подразделяется на внутреннюю и внешнюю составляющие. Внутренняя составляющая регулирует различные аспекты личности, а так же обеспечивает плавный переход от одного функционального состояния к другому. Внешняя составляющая способствует адаптации человека, как к благоприятным, так и к неблагоприятным средовым условиям, предполагая не только сохранение здоровья, но и возможность использования получаемого стресса для личностного роста и саморазвития.

Помимо способности к саморегуляции для поддержания психологического здоровья необходим ряд прочих условий. Первым из них является наличие позитивного образа «Я», то есть абсолютное принятие самого себя, а также позитивного образа другого, другими словами принятие окружающих людей вне зависимости от культурных, гендерных и возрастных особенностей. Следующим условием выступает присутствие потребности в саморазвитии, выражающейся в желании человека стать полноправным субъектом собственной жизни, приняв на себя ответственность за всё происходящее с ним. Третьим условием становится владение рефлексией как средством самопознания, то есть возможность интерпретировать свои и чужие эмоциональные состояния, при этом понимая и с лёгкостью описывая причины и последствия своего поведения, а так же поведения окружающих

людей. Таким образом, психологическое здоровье включает в себя ряд стержневых характеристик, а именно: способность к саморегуляции, владение рефлексией как средством самопознания, потребность в саморазвитии, наличие позитивного образа «Я», а так же позитивного образа другого.

Помимо концепции психологического здоровья О. В. Хухлаевой так же стоит отметить модель психологического здоровья, предложенную известным отечественным психологом Б. С. Братусем. Акцентируя внимание на дихотомии «нормальное-аномальное» развитие личности, Б. С. Братусь в своей концепции исходит из представлений о нормальном развитии как о развитии, ведущем человека к обретению своей родовой сущности, в нашем понимании соответствующей понятию психологического здоровья личности. Детерминантами данного развития, или другими словами его предикторами будут являться следующие условия: наличие способности к самоотдаче и любви; возможность самореализации личности; стремление к самопроектированию своего будущего; вера в себя и свои возможности; способность к свободному волепроявлению; поиск и обретение сквозного смысла жизни; творческий характер жизнедеятельности; внутренняя ответственность перед собой и другими, прошлыми и будущими поколениями [2, с. 128].

Аномальным, или же способствующим психологическому нездоровью, с точки зрения Б. С. Братуса, следует считать развитие, склоняющее человека к отрыву от родовой сущности и препятствующее его самореализации. Предпосылками данного развития служат: эгоцентризм и неспособность к самоотдаче и любви; неверие в себя и свои возможности; ситуативный характер жизнедеятельности; неспособность проектировать собственное будущее; отсутствие стремления к поиску и нахождению смысла жизни; отсутствие внутренней ответственности перед собой и другими, прошлыми и будущими поколениями. Человек, живущий такой жизнью, вероятно, будет признан здоровым в соответствии с традиционными критериями психического здоровья, однако утверждать при этом, что он будет психологически благополучен, не приходится [3, с. 97].

Помимо выше приведённых точек зрения касательно рассмотрения психологического здоровья личности так же стоит отметить концепцию социокультурных представлений о здоровье человека, отражённую в работах Ф. Р. Филатова и О. С. Васильевой. В их трудах психологическое здоровье личности преломляется сквозь призму устойчивых социокультурных эталонов, в рамках каждого из которых предложено своё, отличное от других понимание феномена здоровья.

Античный эталон уделяет особое внимание вопросам, посвящённым эффективной саморегуляции, так как именно она служит необходимым условием установления равновесия и порядка во внутреннем мире. Человек, способный навести порядок в своём внутреннем мире, согласно представлениям данного эталона, наделён всем необходимым для построения здоровой и полноценной жизни. Рассмотрение психологического здоровья

личности сквозь призму адаптационного эталона подразумевает ощутимую зависимость здоровья от ряда внешних факторов и условий. В результате чего собственная активность индивида перестаёт играть решающую роль, а основным критерием здоровья становится степень успешности социальной адаптации. Наконец, в контексте антропоцентрической модели психологическое здоровье раскрывается перед нами как эффективная самореализация, предполагающая собой непрерывное самосовершенствование и саморазвитие личности. Любой психологически здоровый человек, согласно соображениям данного эталона, испытывает потребность в свободном самоопределении и творческом созидании себя и своей собственной судьбы.

Однако в отдельности ни один из рассмотренных нами эталонов, несмотря на всю свою убедительность и практическую значимость, не может быть признан исчерпывающим, так как для психологического здоровья человека недостаточно отличной работы лишь одной из представленных составляющих, необходимо чтобы каждый из описанных выше компонентов работал согласованно и координированно. Умеренность и гармония как основные критерии античного эталона, биологическая и социальная адаптация как ценности адаптационного подхода, свобода и творчество как высшие идеалы антропоцентрической модели, в одинаковой мере значимы для понимания происхождения психологического здоровья. Эти три параметра представляют собой три самостоятельные и дополняющие друг друга измерения, совмещение которых создаёт целостную картину психологического здоровья.

Обобщив вышеуказанные подходы, мы можем утверждать, что психологическое здоровье представляет собой сложносоставной и комплексный феномен, с развёрнутой и многогранной структурой. В его состав входят следующие составляющие:

1. Эффективная саморегуляция. Она отвечает за установление гармонии и равновесия во всём внутреннем мире, а так же способствует обретению баланса между человеком и окружающей социальной средой.

2. Успешная социальная адаптация. Предполагает лёгкую адаптацию к общественным нормам и ценностям. Включает в себя не только возможность приспособления к трудным жизненным ситуациям без ущерба для своего здоровья, но и вероятность извлечения из любого события, в том числе стрессогенного, опыта, полезного для своего дальнейшего жизненного развития.

3. Всесторонняя самореализация. Другими словами стремление к самосовершенствованию и саморазвитию предполагает: наличие потребности в свободном самоопределении; готовность к самопроектированию своего собственного будущего; веру в себя и свои возможности; наличие позитивного образа «Я»; овладение рефлексией как средством самопознания; присутствие творческого характера жизнедеятельности; способность к самоотдаче и любви.

Кроме того, стоит отметить такие немаловажные слагаемые как: принятие своего социального окружения и наличие позитивного образа другого; присутствие общей интернальности локуса контроля при наличии внутренней ответственности перед собой и другими; стремление к поиску и обретению смысла жизни.

Данные компоненты психологического здоровья тесно переплетены между собой, и рассогласование хотя бы одного из них может сказаться на функционировании остальных составляющих. Таким образом, их сонастроенная и координированная работа является предпосылкой стабильности и сохранности психологического здоровья личности. Являясь важными взаимодополняющими, они представляют собой части единого механизма, от исправной работы которого всецело зависит как текущее состояние человека, так и обеспечение его полноценного функционирования в течение всего процесса жизнедеятельности.

### Библиографический список

1. Васильева О. С., Филатов Ф. Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М. : Изд-во «Академия», 2001. – 352 с.
2. Евтушенко Е. А. К вопросу рассмотрения проблемы психологического благополучия личности в отечественных и зарубежных психологических исследованиях // Научная дискуссия: вопросы педагогики и психологии: материалы XLVII междунар. научн.-практ. конф. № 2 (47). – М. : Изд-во «Интернаука», 2016. – С. 124–133.
3. Карнаухов В. А. Психология здоровья. Тексты. – Белгород : Изд-во «Белгород», 2013. – 200 с.
4. Мещеряков Б. Г., Зинченко В. П. Большой психологический словарь. – М. : Изд-во «АСТ», 2009. – 816 с.
5. Хухлаева О. В. Классификация нарушений психологического здоровья дошкольников и младших школьников // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2013. № 5. URL: <http://psyedu.ru/journal/2013/5/Huhlaeva.phtml> (дата обращения: 30.03.2016)
6. Чернакова М. С. Психологическое здоровье личности // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – Новосибирск, 2010. – № 16 (1). – С. 97–103.

# ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА

В. П. Трусова,  
Я. В. Задворнова

Старший преподаватель,  
студентка,  
Омский государственный аграрный  
университет им. П. А. Столыпина,  
г. Омск, Россия

---

**Summary.** This article notes, when and as the birthplace of the gymnastic exercises. Reflect the groups to which they belong or other type of aerobics.

**Keywords:** gymnastics; recreational gymnastics.

---

Гимнастические упражнения появились в Древнем Море. 4000 лет до нашей эры в Китае, Индии и других народов гимнастические упражнения применялись в лечебных целях. В Китае гимнастикой занимались дома утром и вечером, в Индии занимались йогой.

*Гимнастические упражнения* – это физические упражнения, позволяющие осуществлять регулирование мышечной нагрузки, избирательно влиять на отдельные мышечные группы и суставы. Они подразделяются на спортивные, общеразвивающие и специальные. К спортивным относят спортивную и художественную гимнастику, акробатику, атлетическую гимнастику. К общеразвивающим относят группу упражнений, направленных на воспитание силы, выносливости, ловкости и другое. Специальная гимнастика используется в физической культуре, где подразделяются на дыхательную, статическую и многое другое [1].

В настоящее время физическую культуру часто заменяют оздоровительной гимнастикой.

*Оздоровительная гимнастика* – это методика, которая позволяет поддерживать тело и организм в отличном состоянии [1].

Существует большое количество комплексов оздоровительной гимнастики, каждая из них имеет свою направленность, одни борются с болезнями, а другие предназначены для общего развития тела.

На сегодняшний день существует классификация, которая разделяет на три группы более тридцати видов оздоровительной гимнастики, они считаются эффективными и получили признание в последнее время:

1. В первую группу относят виды гимнастики, которые включают в себя танцевальные элементы. К ним относятся [1]:

- *Женская гимнастика* – это энергогармонизирующая оздоровительная система, которая быстро и приятно приводит тело в тонус, развивает и поддерживает его гибкость и изящность [2].
- *Ритмическая гимнастика* – это вид гимнастики оздоровительно-развивающей направленности, основой являются двигательные действия в ритм и темп музыкальному сопровождению [2].

- *Аэробика* – это комплекс оздоровительных упражнений, которые выполняются под музыку [2].  
Другие виды, которые используют элементы танцевального стиля.  
Такие виды оздоровительной гимнастики пользуются популярностью у женщин.

2. Ко второй группе относятся виды гимнастики, которые предполагают воздействие на развитие тела или функций организма. К ним относятся:

- *Фитнес* – это комплекс спортивных программ оздоровительного характера, которые основываются на использовании разнообразных упражнений [2].
- *Атлетическая гимнастика* – это силовые упражнения для развития мускулатуры тела, достижения физического совершенства [3].
- *Шейпинг* – это занятия на тренажерах в оздоровительных целях и улучшения фигуры [2].
- *Калланетика* – это спокойные занятия гимнастикой со статической нагрузкой, которая подтягивает мышцы и сжигает жир [3].
- Многие другие виды гимнастики.

К этому виду также относится оздоровительная гимнастика для позвоночника, она как и любая специализированная лечебно-оздоровительная гимнастика [1].

3. В третью группу входят виды гимнастики, которые образовались на основе восточных систем, с особой философией и отличаются тем, что совершенствование тела и укрепление духа происходят вместе, и это достигается при регулярном выполнении особых гимнастических упражнений. К ним относят [1]:

- *Йога* – это спорт, который включил в себя элементы ритмической гимнастики и аэробики [2].
- *Тайцзицуань* – это китайская оздоровительная гимнастика, упражнения которой имеют боевое происхождение и используется по сей день в спортивных спаррингах [3].
- *Цигун* – это дыхательная гимнастика в Китае [3].

Можно сделать вывод, что необходимо заниматься гимнастикой, она не только приводит тело и организм в тонус, но и оздоравливает его. Особое внимание следует обратить тем видам оздоровительной гимнастики, которыми можно заниматься не большое количество времени для появления результата и в любом возрасте. Это такие виды как: ритмическая гимнастика, аэробика, фитнес и калланетика.

#### Библиографический список

1. Гимнастические упражнения. URL: <http://psyoffice.ru>
2. Краткий энциклопедический словарь: Адаптивная физическая культура Вайнер Эдуард. URL: <http://log-in.ru>

## ВЛИЯНИЕ СБАЛАНСИРОВАННОГО ПИТАНИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Г. П. Старыгина,  
В. С. Старыгин,  
А. М. Камнев

*Доцент,  
старший преподаватель,  
студент,  
Бийский технологический  
институт (филиал),  
Алтайский государственный  
технический университет  
им. И. И. Ползунова, г. Бийск,  
Алтайский край, Россия*

---

**Summary.** The main factor for a healthy and fulfilling life is the proper balanced diet that provides physical, mental performance. To ensure the normal functioning of the body requires a balanced diet. Athletes important constant monitoring and the selection of the composition of foods in calories and nutrition.

**Keywords:** food; fats; carbohydrates; human organism; balanced diet.

---

Среди множества факторов, действующих на здоровье человека в целом, первое место принадлежит именно образу его жизни. Но этот образ жизни складывается из множества элементов: где человек работает, насколько активен он и подвижен в течение дня, недели, месяца, не случаются ли у него стрессы и эмоциональные перегрузки и, конечно же, что составляет его ежедневный рацион и каков режим его питания.

Не составляет сомнения тот факт, что именно питание человека имеет самое большое влияние на состояние его организма. Ведь с пищей человек получает огромное количество разнообразных веществ. Состав рациона определяет, какие именно получит организм и в каком количестве.

С едой в организм человека могут попасть как вещества полезные и даже необходимые для внутреннего обмена веществ, так и вредные, влекущие за собой самые различные последствия. Режим и рацион питания играют ведущий фактор в формировании фигуры и телосложения, нередко влияют на ход, течение и развитие болезнетворных процессов в организме.

Данная статья посвящена именно влиянию питания, его режима и рациона. В ней также будут освещены проблемы влияния состава рациона на течение каких-либо болезней и проблемы спортивного питания.

Общеизвестно, что правильное питание должно основываться на следующих принципах:

а) сбалансированность питания – должно выполняться определённое соотношение белков, жиров и углеводов; наилучшим соотношением для взрослого организма является 1:1:4;

б) правильный режим питания – суточный рацион должен быть приблизительно равномерно поделён на 3–4 приёма пищи;

в) учёт энергетических затрат – важно учитывать калорийность пищи, а также то, как тратятся полученные калории; в частности, известно, что при тяжёлом физическом труде тратится около 45 ккал/кг, при среднем и умственном труде – 35–40 ккал/кг, при лёгком труде – 30 ккал/кг;

г) учёт сочетаемости и несочетаемости продуктов, а также учёт необходимой сезонной коррекции питания (в частности, в связи с нехваткой витаминов в отдельные времена года).

Также необходимо знать, какие вещества и компоненты необходимо включать в свой рацион. Помимо белков, жиров и углеводов здесь необходимо упомянуть о:

а) минеральных веществах: макроэлементах (кальций – необходим для строительства костей и зубов, фосфор – участвует в регуляции работы мышц и нервов, калий – обеспечивает передачу нервных импульсов, необходим для роста, натрий – участвует в поддержании солевого баланса в крови, магний – поддерживает работу мышц и участвует в формировании костей) и микроэлементах (железо – важная составляющая гемоглобина, медь – необходима для образования кожного пигмента меланина и др.);

б) клетчатке – опорном полисахариде клеточных стенок растений; клетчатка помогает выводить отходы пищеварения из организма, замедляет прохождение пищи через кишечник и облегчает абсорбцию питательных веществ из неё;

в) воды – составляет 2/3 массы организма, во многом является средой для прохождения биохимических реакций в организме, участвует в метаболизме и регуляции температурного режима тела; исследователи сходятся во мнении, что из-за большой роли воды в организме, а также её большого расхода и потерь (ежедневно с дыханием и выделениями теряется 2–3 литра), необходимо в качестве суточной дозы выпивать 6–8 стаканов воды;

г) витаминов – данные вещества активно принимают участие в процессах обмена, поскольку часто являются составной частью ферментов, при их отсутствии развивается болезненное состояние – авитаминоз [1].

Разумеется, в рационе должны присутствовать ингредиенты, богатые упомянутыми веществами.

Интересны результаты одного исследования о влиянии питания на ход и развитие ишемической болезни сердца. На его основании можно судить о том, какую значительную роль играет питание и на болезнетворные процессы, и на здоровье человека в целом.

Значительную роль в состоянии здоровья больного, страдающего ишемической болезнью сердца, играет масса тела и наличие той или иной

степени ожирения, причём данный фактор имеет негативное влияние. Исследования показали, что диета с высоким содержанием белков имеет большую эффективность в плане редукции (уменьшения) массы тела у лиц с избыточной массой тела и ожирения, и тем самым улучшает работу сердца. Также диеты с большим содержанием белка повышают эффективность снижения массы тела и улучшают липидный спектр крови, хотя этот эффект не является длительным. Ещё один фактор – определённые типы белка снижают риск развития ишемической болезни сердца; к источникам таковых относят домашнюю птицу, рыбу и орехи.

К продуктам, также положительно влияющим на снижение риска развития данной болезни, относят ингредиенты, содержащие в достаточном количестве пищевые волокна, витамины и антиоксиданты. Однако, БАД, содержащие витамины и антиоксиданты (в частности, витамин Е), не показали преимуществ в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

Негативно влияют продукты, имеющие большое количество насыщенных жирных кислот; наиболее предпочтительным ограничением на употребление таких продуктов в диетотерапии является квота до 30 % от общей калорийности [2].

Наконец, рассмотрим, каким образом питание влияет на физическое развитие и состояние, и какие рекомендации можно дать по составлению рациона людей, занимающихся тем или иным видом спорта. Широко известно, что на спортивную подготовку влияет именно режим питания, а неадекватное питание может повлечь ухудшение результатов.

В рационе спортсмена должны быть представлены все упомянутые выше классы пищевых соединений (белки, жиры, углеводы, минеральные вещества, вода, витамины). Стоит также заметить, что рационы людей, занимающихся различными видами спорта, также различаются.

Некоторые спортсмены питаются по определённым диетическим схемам. В частности, есть спортсмены, являющиеся вегетарианцами (или лактовегетарианцами – употребляющими помимо растительной ещё и пищу молочного происхождения; некоторые также употребляют в пищу яйца – лактоовоовегетарианцы). Однако важно учесть, что в этом случае очень важен подбор продуктов: необходимо потреблять растительные продукты, содержащие в достаточном количестве витамины А, D, рибофлавин, аминокислоты, и притом являющиеся достаточно калорийными. Вследствие неправильно подобранных продуктов многие отмечают снижение спортивных результатов после перехода на растительную диету. Наилучшим вариантом, однако, становится употребление в пищу помимо растительных ингредиентов яиц и молочных продуктов.

Не рекомендуется злоупотреблять пищей с высоким содержанием жиров (например, съесть бифштекс) за несколько часов до соревнований, поскольку в этом случае во время нагрузки пищеварительная система создаст конкуренцию мышечной в плане кровоснабжения. Пища, употребляемая в канун соревнований, не должна быть высококалорийной (до

250 ккал). Лучше всего подходят продукты, состоящие из быстро расщепляющихся и легко усваивающихся продуктов: зерновые, сок, гренки.

Проводилось исследование рациона питания бегунов во время тренировок и за три дня перед соревнованиями. Было выяснено, что он был близок к рекомендуемому: доля белков, жиров и углеводов составляла 14 %, 36 % и 50 %. Однако, общая энергетическая ценность пищи была весьма высокой: она оказалась на 50 % больше, чем у здоровых нетренированных людей с таким же строением и массой тела.

Напоследок следует немного сказать о спортивных напитках. Было выяснено, что адекватное употребление углеводов необходимо для поддержания энергетических уровней. Углеводы, содержащиеся в таких напитках, должны быстро расщепляться и выводиться из желудка; к таким относятся глюкоза и фруктоза. Другим фактором является концентрация углеводов в напитке. Большинство людей способны выпивать в течение 1 часа тренировки от 270 до 450 мл жидкости. Исходя из этого, рекомендуется принимать напиток, содержащий 11 г углевода на 100 мл жидкости. К сожалению, далеко не все коммерческие спортивные напитки отвечают этим требованиям [3].

Таким образом, мы можем сделать следующие выводы. Для обеспечения нормального функционирования организма необходимо сбалансированное питание, содержащее все необходимые ему вещества. В случае болезней (особенно, сердечно-сосудистых) необходима коррекция питания, в частности, направленная на уменьшение массы тела; особенно эффективны в этом плане высокобелковые диеты. Спортсменам же необходим постоянный контроль, а при больших физических нагрузках пища должна иметь несколько большую калорийность.

#### **Библиографический список**

1. Чуприна Е. В., Закирова М. Н. Здоровый образ жизни как один из аспектов безопасности жизнедеятельности : учебное пособие. – Самара : Издательство самарского государственного архитектурно-строительного университета, 2013. – 216 с.
2. Павлюк Н. Б., Шарафетдинов Х. Х. Особенности диетотерапии больных с ишемической болезнью сердца // Вопросы питания. – 2015. – Т. 84. – № 4. – С. 25–37.
3. Уилкмор Дж. Х., Костилл Д. Д. Физиология спорта и двигательной активности. – Киев : Олимпийская литература, 1997 – 504 с.

# ЦЕННОСТЬ ЗДОРОВЬЯ В РОССИЙСКОМ СОЦИУМЕ

Т. В. Фомичева,  
Г. С. Салистая

*Кандидат социологических наук, доцент,  
аспирант,  
Российский государственный  
социальный университет,  
г. Москва, Россия*

---

**Summary.** The article provides an overview of health issues as a value in the value consciousness of Russians (with the inclusion of socio-cultural position in the unit values and motivational approach to the study of values). The factors that shape attitudes to health, as a value. The importance of dissemination and promotion of the concept of self-preservation behavior of Russians.

**Keyword:** value; the value of health; value consciousness; the Russians.

---

Перемены в общественной жизни, прежде всего, влияют на изменение ценностных установок населения. Здоровье возможно и необходимо изучать в контексте ценностного сознания россиян, относя его к блоку социокультурных ценностей.

Рассматривая структуру ценностей, Н. И. Лапин выделяет следующие элементы: «ядро», «резерв», «дифференциал», «хвост». Здоровье как ценность часто фиксировалось в «ядре» ценностного сознания россиян. Ф. М. Бородкин в 1997 году определял показатель ценности здоровья у россиян на уровне 63 % [3]. Причем отмечалось, что ценность здоровья обратно пропорциональна размерам доходов граждан.

В 2012 году Р. Э. Абишев фиксирует данный показатель на уровне 98 % [1]. Что говорит, безусловно о положительной динамике, возрастании значения показателя во времени.

Научно-технический прогресс, технологические инновации, повышение уровня жизни, способствуют тому, чтобы ценность здоровья занимала достаточно высокое место в ценностной иерархии россиянина.

Здоровье как ценность осознается населением (к 40 годам женщинами, и к 50 годам мужчинами) и чаще отмечается в среде работников интеллектуального труда, причем имеет скорее инструментальный характер [4].

Многие авторы связывают качество жизни с ценностным отношением к здоровью [7]. Все чаще поднимается проблема «медикализации» – то есть возможности медицины контролировать состояние здоровья и болезни [7]. Проблема биоэтики как философии современной медицины [11] предполагает обсуждение новых возможностей медицины, связанных, зачастую с переоценкой устоявшейся иерархии ценностей.

Ценностно-мотивационный подход к изучению здоровья нашел отражение в публикациях А. И. Антонова, В. А. Зотина, В. М. Медкова и др. [2]. В 1980-х годах предложено одно из первых определений социологии здоровья [6]. Теоретическая социология изучает проблему здоровья населения чаще в ракурсе самосохранительного поведения личности.

Отмечается, что здоровье населения на 50 % определяется образом жизни, на 20 % – экологическими; на 20 % – биологическими (наследственными) факторами и на 10 % – медициной. Если индивид ведет здоровый образ жизни, то это может предопределить на 50 % высокий уровень его здоровья. И, наоборот, человек, ведущий нездоровый образ жизни, ухудшает свое здоровье, провоцируя преждевременную старость [5].

В теоретической и эмпирической отечественной социологии, здоровье изучается как на макроуровне (здоровье популяции), так и на микроуровне (индивидуальное здоровье личности). Интегральным показателем популяционного здоровья является «продолжительность предстоящей жизни (ППЖ)».

Круг индикаторов при оценке динамики популяционного здоровья дополняется также некоторыми показателями смертности, а именно: а) младенческая смертность (число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми); б) материнская смертность (число женщин, умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода на 100 000 родившихся живыми); в) умершие по основным классам причин смерти.

*Таблица 1*

**Динамика показателей продолжительности  
предстоящей жизни россиян  
(ожидаемая продолжительность жизни при рождении)  
(число лет) [9], [10]**

| Год           | 1990 | 1994 | 2003 | 2014 | Динамика,<br>число лет |
|---------------|------|------|------|------|------------------------|
| Все население | 69,2 | 63,9 | 65,1 | 70,9 | 1,7                    |
| Мужчины       | 63,8 | 57,6 | 58,8 | 65,3 | 1,5                    |
| Женщины       | 74,3 | 71,2 | 72,0 | 76,5 | 2,2                    |

Наблюдаемая динамика показателей (в таблице 1), говорит о повышательной тенденции в сторону незначительного увеличения продолжительности жизни россиян за последние 24 года. Одной из значимых общенациональных задач России на государственном уровне должно стать существенное увеличение продолжительности жизни населения.

За последние девять лет коэффициент младенческой смертности циклично дважды снижался (см. таблицу 2) – с 11,0 в 2005 году до 7,4 в 2011 и в 2014 г. В итоге, можно отметить существенное снижение показателя.

*Таблица 2*

**Коэффициент младенческой смертности  
(число умерших в возрасте до 1 года на 1000 родившихся живыми), Россия, [10]**

| 2005 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 11,0 | 9,4  | 8,5  | 8,1  | 7,5  | 7,4  | 8,6  | 8,2  | 7,4  |

Исходя из данных, (изложенных в таблице 3), можно отметить, что относительно благополучное положение в аспекте материнской смертности населения наблюдается в тех странах, где имеется наиболее высокий уровень ожидаемой продолжительности жизни населения (70–80 лет) и сравнительно высокий уровень подушевого ВВП, а также в тех странах, где доступно качественное медицинское обслуживание для широких слоев населения и уровень развития медицины в целом, достаточно высок; осуществляется борьба с массовыми инфекционными и эпидемиологическими заболеваниями. Существенно ниже данный показатель в сельских регионах, где качество родовспоможения ниже, чем в городах–мегаполисах.

Таблица 3

**Выдержки из сравнительной таблицы суммарных коэффициентов материнской смертности (страны мира 2009–2014 гг.)**  
**(число умерших женщин от осложнений беременности, родов и послеродового периода на 100 000 родившихся живыми) [10]**

| Страна                        | Год  | Суммарный коэффициент рождаемости | Страна                                   | Год  | Суммарный коэффициент рождаемости |
|-------------------------------|------|-----------------------------------|------------------------------------------|------|-----------------------------------|
| Россия                        | 2014 | 10,8                              | <i>Страны ЕС, из них:</i>                |      |                                   |
| <i>Страны БРИКС, из них:</i>  |      |                                   | Австрия                                  | 2013 | <b>1,3</b>                        |
| Бразилия                      | 2011 | 59,5                              | Болгария                                 | 2012 | 4,3                               |
| Индия                         | 2013 | <b>167,0</b>                      | Германия                                 | 2013 | 4,3                               |
| Китай                         | 2013 | 23,2                              | Италия                                   | 2011 | <b>2,6</b>                        |
| ЮАР                           | 2009 | <b>187,9</b>                      | Литва                                    | 2013 | 6,7                               |
| <i>Другие страны, из них:</i> |      |                                   | Нидерланды                               | 2012 | 3,4                               |
| Аргентина                     | 2011 | 42,0                              | Польша                                   | 2013 | <b>1,0</b>                        |
| Норвегия                      | 2013 | <b>3,4</b>                        | Румыния                                  | 2013 | 13,6                              |
| Республика Корея              | 2012 | 11,6                              | Соединенное королевство (Великобритания) | 2011 | 6,6                               |
| США                           | 2010 | 20,6                              | Финляндия                                | 2013 | <b>1,7</b>                        |
| Турция                        | 2013 | 23,5                              | Франция                                  | 2011 | <b>5,7</b>                        |
| Япония                        | 2011 | <b>4,1</b>                        | Швеция                                   | 2013 | 6,2                               |

Факторами и группами факторов, которые формируют здоровье россиян [8] можно назвать следующие: биогенетические, экологические, социально-экономические, социальные и другие.

Как мы видим, отмечается незначительный естественный прирост населения России, наметившийся с 2012 г. (см. таблицу 4), косвенно, этому способствуют специализированные федеральные программы: материнского капитала, создание перинатальных центров по всей России, «Здоровая Россия».

Таблица 4

**Коэффициенты рождаемости, смертности и естественного прироста населения  
(на 1000 чел. населения), Россия [10]**

| Родившиеся |      |      |      |      |      | Умершие |      |      |      |      |      | Естественный прирост населения |      |      |      |      |      |
|------------|------|------|------|------|------|---------|------|------|------|------|------|--------------------------------|------|------|------|------|------|
| 2005       | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2005    | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2005                           | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| 10,2       | 12,5 | 12,6 | 13,3 | 13,2 | 13,3 | 16,1    | 14,2 | 13,5 | 13,3 | 13,0 | 13,1 | –5,9                           | –1,7 | –0,9 | 0,0  | 0,2  | 0,2  |

Учитывая статистические данные, (изложенные в таблице 5), можно отметить, что относительно благополучное положение в сфере рождаемости населения в тех странах, где наиболее высокий уровень ожидаемой продолжительности жизни населения (70–80 лет) и сравнительно высокий уровень подушевого ВВП, а также ярко выражена значимость религиозной мотивации поведения населения, (в том числе такие страны, как Индия, Турция, Аргентина).

Таблица 5

**Выдержки из сравнительной таблицы суммарных коэффициентов рождаемости  
(страны мира 2011–2014 гг.) [10]**

| Страна                        | Год  | Суммарный коэффициент рождаемости | Страна                                   | Год | Суммарный коэффициент рождаемости |
|-------------------------------|------|-----------------------------------|------------------------------------------|-----|-----------------------------------|
| Россия                        | 2014 | 1,8                               | <i>Страны ЕС, из них:</i>                |     |                                   |
| <i>Страны БРИКС, из них:</i>  |      |                                   | Австрия                                  | 012 | 1,4                               |
| Бразилия                      | 2013 | 1,8                               | Бельгия                                  | 012 | 1,8                               |
| Индия                         | 2013 | 2,3                               | Германия                                 | 012 | 1,4                               |
| Китай                         | 2012 | 1,7                               | Италия                                   | 012 | 1,4                               |
| ЮАР                           | 2013 | 2,6                               | Литва                                    | 012 | 1,6                               |
| <i>Другие страны, из них:</i> |      |                                   | Нидерланды                               | 012 | 1,7                               |
| Аргентина                     | 2011 | 2,4                               | Польша                                   | 012 | 1,3                               |
| Норвегия                      | 2012 | 1,9                               | Румыния                                  | 012 | 1,3                               |
| Швейцария                     | 2012 | 1,5                               | Соединенное королевство (Великобритания) | 012 | 1,9                               |
| США                           | 2013 | 1,9                               | Финляндия                                | 012 | 1,8                               |

|        |      |     |         |     |     |
|--------|------|-----|---------|-----|-----|
| Турция | 2012 | 2,1 | Франция | 012 | 2,0 |
| Япония | 2012 | 1,4 | Швеция  | 012 | 1,9 |

Говоря об основных причинах смертности населения, необходимо отметить, что в нашей стране смертность среди мужчин традиционно выше, чем смертность среди женщин. Одной из основных причин смерти россиян выступают «внешние причины смерти», в частности алкоголизм (и его последствия), курение, отравления, дорожно-транспортные происшествия, смертность на производстве. В странах с относительно низким уровнем жизни высок риск смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний (Индия, Южно-Африканская Республика). В этих странах также высок показатель «внешние причины смерти» (см. таблицу 6). Региональный аспект (в частности, проживание в сельских регионах), также отмечается как фактор, косвенно снижающий продолжительность жизни россиянина [9].

Итак, выделим основные характеристики, значимые для продолжительности жизни россиян:

- 1) Пол: женский организм более устойчив, женщины менее подвержены стрессам, вредным привычкам, инфекциям; образ жизни менее подвержен «отклонениям»;
- 2) Регион проживания: отмечается приоритет городского региона (город-мегаполис, крупные и средние города), прежде всего, с точки зрения качества оказания медицинской помощи и более широких возможностей трудоустройства и повышения уровня жизни населения;
- 3) Образ жизни россиянина.

Таблица 6

**Выдержки из сравнительной таблицы «Смертность населения по причинам смерти» (умершие на 100 000 человек населения) (страны мира 2004–2014 гг.) [10]**

| Страна                       | Годы | Инфекционные и паразитарные болезни | Злокачественные новообразования | Болезни системы кровообращения | Болезни органов дыхания | Болезни органов пищеварения | Внешние причины смерти |
|------------------------------|------|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------|-----------------------------|------------------------|
| Россия                       | 2014 | 17,7                                | 114,8                           | 320,5                          | 31,5                    | 42,2                        | <b>102,4</b>           |
| <b>Страны БРИКС, из них:</b> |      |                                     |                                 |                                |                         |                             |                        |
| Бразилия                     | 2010 | 26,6                                | 99,5                            | 184,1                          | 66,5                    | 32,1                        | 71,8                   |
| Индия                        | 2004 | <b>175,2</b>                        | 100,4                           | 381,5                          | 107,5                   | 39,7                        | <b>116,4</b>           |
| Китай                        | 2004 | 35,6                                | 142,7                           | 279,5                          | 135,9                   | 25,1                        | 73,4                   |
| ЮАР                          | 2009 | <b>318,6</b>                        | 101,4                           | 285,2                          | 96,8                    | 38,4                        | <b>104,1</b>           |
| <i>Другие</i>                |      |                                     |                                 |                                |                         |                             |                        |

|                                   |      |      |       |       |      |      |      |
|-----------------------------------|------|------|-------|-------|------|------|------|
| <i>страны,<br/>из них:</i>        |      |      |       |       |      |      |      |
| Арген-<br>тина                    | 010  | 27,8 | 118,0 | 173,2 | 86,0 | 25,4 | 43,6 |
| Норве-<br>гия                     | 2012 | 8,5  | 115,4 | 106,4 | 35,7 | 12,2 | 30,7 |
| США                               | 2010 | 13,8 | 116,2 | 136,4 | 42,3 | 18,7 | 50,3 |
| Япония                            | 2011 | 7,0  | 105,1 | 83,7  | 41,5 | 13,2 | 43,2 |
| <i>Страны<br/>ЕС, из<br/>них:</i> |      |      |       |       |      |      |      |
| Австрия                           | 2011 | 4,1  | 118,2 | 143,0 | 19,6 | 17,9 | 31,6 |
| Герма-<br>ния                     | 012  | 8,5  | 118,2 | 142,6 | 26,1 | 20,9 | 23,1 |
| Италия                            | 2010 | 6,7  | 119,9 | 116,2 | 20,2 | 15,4 | 21,9 |

|                          |          |     |       |       |      |      |      |
|--------------------------|----------|-----|-------|-------|------|------|------|
| Вели-<br>кобри-<br>тания | 201<br>0 | 4,7 | 130,0 | 121,8 | 49,8 | 24,6 | 23,5 |
| Фин-<br>ляндия           | 201<br>1 | 3,4 | 102,9 | 149,4 | 16,2 | 24,7 | 50,0 |
| Фран-<br>ция             | 201<br>0 | 7,4 | 123,9 | 83,5  | 18,7 | 17,7 | 37,0 |
| Швеция                   | 201<br>0 | 7,8 | 107,4 | 132,2 | 20,2 | 12,5 | 30,4 |

Можно сделать вывод, что несмотря на результаты социологических исследований, фиксирующие здоровье как ценность в «ядре» ценностного сознания россиян, эта ценность остается декларируемой, номинальной. Реальное же ее положение, в ценностном сознании россиян значительно ниже, особенно среди молодежи и мужчин разных возрастов. Эмпирическое отражение и подтверждение этого вывода можно найти в описании статистических показателей.

Какие же меры можно предпринять для того, чтобы ценность здоровья входила в блок терминальных ценностей и была максимально значима на уровне ядра ценностного сознания россиян? Достаточно ли обеспечить пропаганду здорового образа жизни, самосохранения, прежде всего, среди молодых поколений россиян? Можно ли ожидать самосохранительного поведения от населения современной России? Думается, этому может помочь только комплекс мероприятий, максимальная концентрация общественных усилий.

### Библиографический список

1. Абишев Р. Э. Социальная ценность здоровья // Сборники конференций НИЦ «Социосфера». – 2012. – № 18. – С. 6–8.
2. Антонов А. И., Зотин В. А., Медков В. М. О первом опыте изучения самосохранительных установок : материалы Всесоюзной научной конференции «Проблемы демографической политики в социалистическом обществе». – Киев, 1982.
3. Бородин Ф. М. Ценности населения и возможности местного самоуправления // Социологические исследования. – 1997. – № 1. – С. 98–111.
4. Дробижева Л. М. Ценность здоровья и культура нездоровья в России // Безопасность Евразии. – 2004. – № 1. – С. 33–43.
5. Здоровье человека – большая ценность для общества. URL: <http://www.zdorlife.ru/page-id-221.html> (Дата обращения 07.03.2016)
6. Иванов В. М., Лупандин В. М. Исследованию проблем здравоохранения – социологический подход // Коммунист Украины. – 1984. – № 11. – С. 72–77.
7. Кашапов Ф. А., Терентьев О. В., Цейсслер В. Э. Здоровье как ценность: культура и биоэтика // Вестник ЮУрГУ, Серия «Социально-гуманитарные науки», Вып. 9. – 2007. – № 24(96). – С. 107–111.
8. Колударова С. В. Культура здоровья в межнациональном браке // Сборники НИЦ «Социосфера». – 2015. – № 11. – С. 10–12.
9. Римашевская Н. Здоровье человека-здоровье нации. Экономические стратегии. – 2006. – № 1. – С. 36–41.

10. Российский статистический ежегодник, 2015 : стат. сб. // Росстат. Р76. – М, 2015. – С. 669–672.
11. Хрусталеv Ю. М. Здоровье человека как проблема философии (социально-гуманитарный концепт здоровья) // Экономика здравоохранения. – 2003. – № 8. – С. 5–12.



## IX. «DISEASES OF THE CENTURY»: CAUSES, TYPES AND PUBLIC HEALTH AND PREVENTION MEANS



### QUALITY OF LIFE ASSESSMENTS OF PATIENTS WITH ASTHMA IN PRIMARY HEALTH CARE

D. Alikulova,  
D. Hasanova,  
A. Juraev,  
I. Urazalieva,  
Z. Adilova

*Senior lecturer,  
Ph.D., assistant professor,  
senior lecturer,  
asistant,  
asistant,  
Tashkent Medical Academy,  
Tashkent, Uzbekistan*

---

**Summary.** A study of the risk factors leading to the development of asthma, conducted in the form of a survey and interviews. 52 % of patients with a diagnosis of asthma noted the presence of the disease among close relatives. Among the risk factors that lead to bronchial asthma, the most common are pollen, tobacco (49.1 %). 59.2 % of patients with a diagnosis of asthma do not comply diet.

**Keywords:** bronchial asthma, nurses, primary health care, prevention, risk factors.

---

Bronchial asthma – a chronic condition that can lead to significant limitations in the physical, emotional and social aspects of the patient's life that can greatly reduce the quality of life of patients [1, p. 74–76, 2, p. 3–11].

**Objective of the research:** Study the quality of life in patients with bronchial asthma (BA). **Research objects:** Objects of research – patients with diseases of bronchial asthma (BA). Subject of research is quality of life and way of life of the patient with BA. Sociological; research of the quality of patients' suffering from asthma is held in the form of a survey and interviews with the help of a special questionnaire SF-36. In conducting the survey pays particular attention to physical activity, general health, sensitivity to pain, mental and physical stress. In order to study the quality of life study was conducted in Tashkent. 100 patients with bronchial asthma participated into the process of investigation.

**Results:** Among the surveyed 20.7 % were patients aged 20–39 years old, 40–49 year old patient – 34.4 %, over 50 years – 44.5 %. Among the studied patients 12.7 % had a university degree, 2.8 % – not a university, 46.0 % – the average, 28.8 % – secondary – special, 9.7 % – primary education.

**The physical and emotional state of the respondents in the past 4 weeks, %**

|                                                                                                                                              |     |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Have you had in last 4 weeks, so your physical and emotional condition caused difficulty in your work or other daily activities due to what? | Yes | o  |
| It was necessary to reduce the amount of time spent on work or other things                                                                  | 34  | 66 |
| Complied less than you like                                                                                                                  | 43  | 57 |
| You were limited in the performance of any particular kind of work or other activities                                                       | 37  | 63 |
| There were difficulties in the performance of their work or other matters (for example, they require extra effort)                           | 39  | 61 |

To the question: "How your physical or emotional state in the last time disturbed you from spending time with family, friends, neighbors, or in a team? 49 % of respondents answered that they did not disturb, 36 % somewhat, 14 % moderate, 1 % strongly. On the question: "How much physical pain you have experienced over the past 4 weeks" 49 % responded were not experienced, 19 % – mild, 25 % very weak 6 %, 1 % – moderate strong.

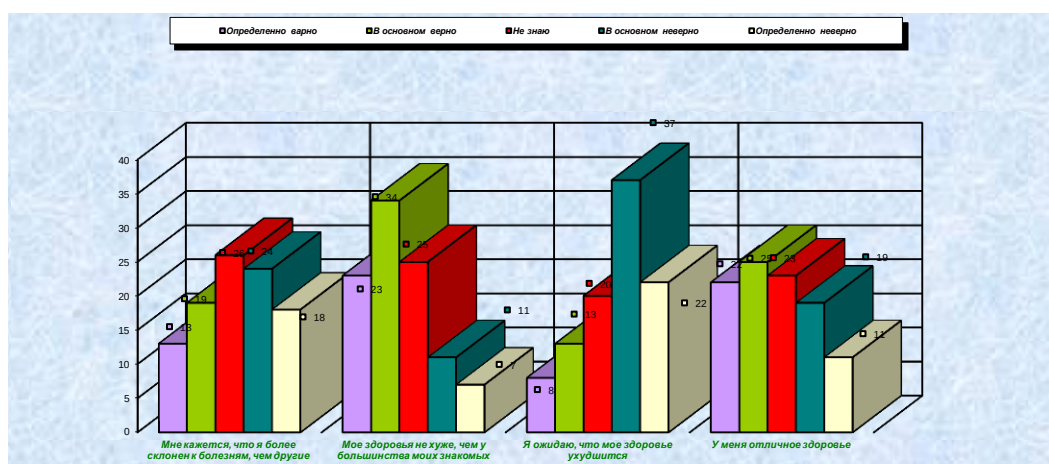
On the question: "to what extent the pain during the past 4 weeks prevented you deal with your normal work (including work outside the home and housework)" does not interfere, said 49 %, a little – 34 %, moderate – 12 % strongly – 5 %.

To the question: "How often during the past 4 weeks, your physical condition disturbed you from actively communication to people (to visit friends, relatives, etc.)?", The following answers all the time – 3 %, most of the time – 4 %, sometimes – 28 % rare – 30 %, never – 35 %.

Next, we analyzed the emotional state and psychological climate in the family, since these measures also affect health. On the question: "Are there any conflicts in your family" 66 % of respondents said that sometimes, 34 % responded that often.

As for the answer to the question: "How do you generally would assess the state of your health?" Consider their health excellent – 12 %, very good – 17 %, a good 20 %. Thus positive answers amounted to 49 %. At the same time 35% of respondents assessed their health as mediocre, and 16 % – as poor, i.e, 42 % of respondents are at risk group.

On the complex question: "How true or false is represented in relation to you, each of the following statements?"



**Fig. 3. Evaluation of health**

*It seems to me that I am more prone to diseases than others:* 13 % definitely true, mostly true 19 % do not know 26 %, generally 24 % incorrect, definitely not true 18 %.

*My health is no worse than most of my friends:* 23 % definitely true, mostly true 34 % do not know 25 %, generally 11 % incorrect, definitely not true 7 %.

*I expect my health to deteriorate:* definitely true 8 %, mostly 13 % true, I do not know 20 %, generally 37 % incorrect, definitely not true 22 %.

*I have good health:* 22 % definitely true, mostly true 25 % do not know 23 %, generally 19 % incorrect, definitely not true 11 %.

On the question: "Do you visit planned annual medical examination?" 48 % of respondents said that they had a complete medical examination, more than half of about 35 % only partially baseline medical examination, 17 % of respondents did not pass baseline medical examination, which also has a negative impact on the preservation of health.

Based on the responses to the previous question, we decided to find out how satisfied respondents and whether they are always the deterioration of his health to seek medical care in the family health center. Always seek medical help and satisfied 48 % of the respondents, 29 % direct, but not satisfied with the advice provided by health care professionals and help, 23 % do not seek medical help.

Today, the primary health care model of the existing general medical (family) practice, allows the most efficient and modern to provide medical care to patients with asthma. In conclusion, it should be noted that one of the leading areas should be planned strengthening of preventive care, the creation of a full-fledged "medicine of health" of the system that can reduce the risk of economic and social losses due to disease.

## Bibliography

1. Vahrushev Y. M., Zhukova I. V. Current recommendations for management of patients with bronchial asthma in ambulatory – polyclinic conditions // Pulmonology. – 2009. – № 2. – P. 74–76.
2. Chuchalin A. G., Belevsky A. S., Smolenov I. V. Factors affecting the quality of life of children suffering from asthma // Allergology. – 2003. – № 4. – P. 3–11.

## ПРОФИЛАКТИКА ГЕМОКОНТАКТНЫХ ИНФЕКЦИЙ У СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Л. А. Лазарева,  
Н. В. Дудинцева,  
И. Г. Овчинникова

*Кандидат медицинских наук, доцент,  
кандидат медицинских наук, ассистент,  
студентка,  
Самарский государственный  
медицинский университет,  
г. Самара, Россия*

---

**Summary.** Currently urgent problem of nosocomial infection of medical workers pathogens blood born infections – hepatitis B, C and HIV, due to the significant prevalence of these diseases among the population, and therefore among patients of health care organizations. Nurses belong to the category of persons with high-risk professional infection. The system of prevention of nosocomial diseases blood born infections among this group requires improvement.

**Keywords:** nurses, hemocontact infections; prevention.

---

Высокий уровень заболеваемости гемоконтактными инфекциями является особенностью эпидемиологической ситуации, как Российской Федерации, так и всего мира. К наиболее часто встречаемым формам инфекций с парентеральным механизмом заражения относятся вирусные гепатиты В, С и инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция).

Проблема вирусных гепатитов одна из самых значимых в современной медицине, решение которой имеет практическое значение для всего общества [1, с. 25]. В Самарской области сумма хронических парентеральных вирусных гепатитов в 2014 году составила 2021 случай или 59,31 на 100 тысяч населения, в 2013 году – 1907 случаев или 62,90 случаев на 100 тысяч населения. Рост уровня заболеваемости хроническими вирусными гепатитами составил 5,97 %, при этом данный показатель выше уровня по Российской Федерации (51,68) на 14,76 % и по Приволжскому федеральному округу (55,76) на 6,36 %. В общей структуре заболеваемости хронических вирусных гепатитов 82,74 % составляет хронический вирусный гепатит С, 17,26% – хронический вирусный гепатит В [2, с. 127–128].

По данным ГБУЗ «Самарского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» с начала наблюдения за ВИЧ-инфекцией (с 1989 г.) в области общее число лиц, в крови которых

обнаружены антитела к ВИЧ на 01 февраля 2016 года составило 60579 человек. Из них 19258 человек умерли от различных причин, в том числе от СПИДа – 2290. В 2015 году по пораженности населения ВИЧ-инфекцией Самарская область заняла четвертое место в Российской Федерации – 1377,9 на 100 тысяч населения. Наличие большого количества источников инфекции среди больных является фактором риска внутрибольничного инфицирования медицинских работников вирусами гепатитов В, С и ВИЧ-инфекций во время производственной деятельности.

Цель исследования заключалась в совершенствовании системы профилактики гемоконтактных инфекций у специалистов сестринского дела.

В исследовании приняли участие 50 специалистов среднего звена, работающих в должностях процедурной, перевязочной и палатной медицинских сестер, Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Самарской области «Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н. И. Пирогова» (ГБУЗ СГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова).

В результате исследования было выявлено, что 96,0 % среднего медицинского персонала получали травмы при выполнении своих профессиональных обязанностей. В 66,7 % случаев травма была нанесена при выполнении инъекций, работе с внутривенной системой, заборе крови, в 20,8 % – при проведении первичной хирургической обработки раны, в 12,5 % – ассистируя при выполнении пункций и перевязок.

Только 30,0 % среднего медицинского персонала знает алгоритм действий при возникновении аварийной ситуации и проводят сразу на рабочем месте мероприятия при порезах и уколах инструментами, контаминированными кровью и другими биологическими жидкостями, а также при попадании крови и других биологических жидкостей на слизистые ротоглотки, носа и глаз. 40,0 % респондентов, в полном объеме, овладели знаниями и осознали необходимость применения алгоритма на практике после обучения в учебно-методическом кабинете (УМК) ГБУЗ СГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова и оставшиеся 30,0 % специалистов сестринского дела, четко знают алгоритм действий медицинского работника при эпизоде травмы, но в трудовой деятельности в силу разных причин не применяют.

На вопрос о причинах возникновения в работе сестринского персонала аварийных ситуаций респонденты дали следующие ответы: 62,0 % считают, что к профессиональному травматизму приводит необходимость срочного выполнения инвазивных вмешательств; 54,0 % – работа с пациентами тревожного типа реагирования на болезнь; 42,0 % – большая нагрузка на специалистов среднего звена. Обращает внимание тот факт, что на последнем ранговом месте среди всех причин травм опрошенные отметили отсутствие индивидуальных средств защиты (36,0 %). Нами также выяснено, что 80,0 % медицинских сестер пренебрегают защитными очками, и 10,0 % – перчатками во время работы, что является не только грубейшим нарушением, но и фактором риска заражения гемоконтактны-

ми инфекциями. За 2015 год зарегистрировано 13 случаев обращения в отдел охраны труда ГБУЗ СГКБ №1 им. Н. И. Пирогова.

По мнению сестринского персонала (96,0 %), наряду с внедрением инновационных технологий важным направлением мер профилактики распространения инфекций от пациентов к медицинскому персоналу является обучение медицинских сестер. Нами проведено тестирование среднего медицинского персонала по основным разделам санитарно-эпидемиологических правил и нормативов: СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции», СП 3.1.1.2341-08 «Профилактика вирусного гепатита В», СП 3.1.3112-13 «Профилактика вирусного гепатита С» и СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» до и после обучения в УМК ГБУЗ СГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова (таблица).

**Уровень знаний среднего медицинского персонала  
до и после обучения в учебно-методическом кабинете (в %)**

| Нормативные документы                                                                                                  | Первичное тестирование | Тестирование после обучения в УМК |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»                                                                           | 60,0 %                 | 90,0 %                            |
| СП 3.1.1.2341-08 «Профилактика вирусного гепатита В» и СП 3.1.3112-13 «Профилактика вирусного гепатита С»              | 44,0 %                 | 66,0 %                            |
| СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» | 54,0 %                 | 86,0 %                            |

Результаты первичного тестирования показали дефицит знаний среднего медицинского персонала по разделам нормативной документации обеспечения инфекционной безопасности, особенно по вопросам профилактики вирусных гепатитов (44,0 %). С медицинскими сестрами были проведены теоретические и практические занятия, направленные на формирование общепрофессиональных и профессиональных компетенций, по темам: «Эпидемиологические особенности вирусных гепатитов В и С», «ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и профилактика», «Причины возникновения и характеристика аварийных ситуаций у медицинских работников», «Постконтактная профилактика парентеральных инфекций среди медицинского персонала» и др. Тестирование после обучения в УМК привело к увеличению правильных ответов в 1,5 раза.

Для минимизации риска заражения гемоконтактными инфекциями в ГБУЗ СГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова издан приказ главного врача № 156 от 24.05.2013 года «О профилактике заражения ВИЧ-инфекцией и паренте-

ральными вирусными гепатитами». Данный распорядительный документ объединяет вышеперечисленные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы, и регламентирует порядок действий медицинского персонала, получившего травму и контактировавшего с биологическими жидкостями пациента:

1. При возникновении аварийной ситуации использовать аптечку, в состав которой входят: спирт этиловый 70 % (хлоргексидиновый) – 50 мл, спиртовой раствор йода 5 % – 5 мл, стерильный перевязочный материал (салфетки, шарики), лейкопластырь бактерицидный, раствор калия перманганата 5 % – 2,0 мл, очищенная стерильная вода – 200 мл.

2. Случай травмы, полученной средним медицинским персоналом при выполнении инвазивного вмешательства, регистрируется в журнале учета аварийных ситуаций повреждений (загрязнений) кожных покровов и слизистых биологическими жидкостями, который находится в лечебных отделениях ГБУЗ СГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова.

3. Заполняется акт о повреждении (загрязнении) кожных покровов и слизистых биологическими жидкостями с последующим своевременным информированием в течение суток после травмы врача здравпункта, начальника отдела по охране труда, врача-эпидемиолога, главной медицинской сестры.

4. Медицинской сестре, получившей травму, обследоваться на ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты В и С (кровь в первые 24 часа после травмы, сыворотка в течение 72 часов).

5. В течение первых 2-х часов после травмы, но не позднее 72-х часов после аварийной ситуации, в целях постконтактной профилактики заражения ВИЧ-инфекцией средний медицинский персонал должен начать прием антиретровирусных препаратов, которые на основании заполненной заявки, получают в приемном отделении лечебно-профилактической организации.

Для совершенствования профилактики гемоконтактных инфекций в медицинской организации, на наш взгляд, необходимым является:

1. проведение внутрибольничных конференций для медперсонала с целью восполнения дефицита знаний по вопросам профилактики внутрибольничного инфицирования гепатитами В, С и ВИЧ-инфекцией;

2. ежеквартальная проработка нормативной документации с акцентом на инструкцию «Действия медицинского персонала при состоявшихся аварийных ситуациях по предупреждению заражения ВИЧ и парентеральными гепатитами на рабочем месте» со сдачей зачета менеджеру низового звена;

3. отработка на фантомах технологий выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств;

4. проведение старшими медицинскими сестрами постоянного контроля за использованием средств индивидуальной защиты, безопасных приемов работы, технических средств, снижающих вероятность травм острым инструментом во время производственной деятельности;

5. продолжение внедрения наставничества и «Школы молодого специалиста» для повышения профессионального уровня и адаптации молодых сотрудников в ГБУЗ СГКБ № 1 им. Н. И. Пирогова.

#### **Библиографический список**

1. Дудинцева Н. В., Лазарева Л. А., Лотков В. С. Социологическое исследование, как способ оценки информированности о профессиональной безопасности студентов медицинских вузов // Сборник статей ЦНС «Международные научные исследования» по материалам IV международной научно-практической конференции: «Проблемы и перспективы современной науки», Часть 2, г. Москва: сборник статей (уровень стандарта, академический уровень). – Москва : «ISI-journal», 2016. – С. 25–30.
2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия в Самарской области в 2014 году. Государственный доклад. – Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Самарской области, 2015. – 202 с.

## RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASES AMONG YOUNG PEOPLE (18–30 YEARS)

B. M. Mamatkulov,  
Z. U. Adilova,  
F. S. Azimova

*Professor,  
assistant,  
master,  
Tashkent Medical Academy,  
Tashkent, Uzbekistan*

---

**Summary.** The main cardiovascular risk factors in young people are leading factors, such as hereditary abnormalities, obesity, sedentary lifestyle, stress, adverse psychological climate in the family, poor and insufficient sleep, various addictions, such as smoking, frequent consumption alcohol and carbonated sugary drinks. Even though patients with CVDs know about the risk factors that lead to the development and worsening of their disease, but still most of them continue to smoke and consume alcohol and carbonated sugary drinks, do not engage in physical activity and had a sedentary lifestyle.

**Keywords:** cardiovascular diseases; coronary heart disease; risk factors; young people.

---

Despite the continuous improvement of diagnosis and treatment of cardiac patients, cardiovascular diseases (CVDs) remain the most urgent health problem in most countries in the XXI century, claiming 17.5 million lives each year.

One of the most urgent and difficult problems of health practices currently are incipient unfavorable tendency to "rejuvenation" of coronary heart disease and significantly grown the incidence and mortality of young people of working age [1, p. 1421]. When carrying out a number of countries of long-term epidemiological observations revealed a close correlation between the spread of CVDs and certain external and internal environment factors, which are called "risk factors" [2; 3].

**Objective:** To study the risk factors for CVDs in people aged 18–30 years, and to develop evidence-based recommendations for reduction of prevalence of CVDs.

**Material and methods.** The material of the study is based on survey data of 120 patients (study group) aged 18–30 years, with coronary heart disease (in particular with angina pectoris), who appealed to the outpatient clinics of Tashkent. For comparing and identify the main risk factors of CVDs for the study were taken 160 healthy respondents (control group) of the same age.

For the survey we used different methods, such as anamnestic, socio-hygienic, medical-statistical and analytical methods.

**Results.** In the experimental group besides angina pectoris and almost every fourth patient (26.7 %) had the background disease, such as arterial hypertension II and essential hypertension II, 6 patients (5 %) had diabetes mellitus type 1, 6 patients (5 %) were obese, 4 patients (3.33 %) had myocarditis and 2 patients (1.7 %) had paroxysmal tachycardia.

The survey showed that 80 % of respondents of experimental group have close relatives, who suffered from CVDs and in control group this kind of respondents was almost lower by 2.5 times (31.25 %).

It was found that more than half of respondents (56.7 %) of the experimental group are overweight, and 6 patients (5 %) suffer from Obese Class I (Moderately obese). In control group were overweight 18.75 % of respondents and absent respondents with obesity.

The survey showed that more than half of the respondents of experimental group (55 %) do not engage in physical activity at all. Just 5% of respondents engaged regularly in physical activity. Engage in physical activity sometimes 40 % of respondents. In contrast to the main group in control group, one in five respondents (20 %) regularly engaged in physical activity, 62.5 % of respondents are engaged sometimes and the rest (17.5 %) do not engage at all.

72 % of men-respondents in experimental group are smokers, as opposed to 25.7 % in control group. The amount of women-smokers was much less: in experimental group 5.7 % women are smokers, while absent smoker women in control group.

In the analysis of the data revealed that 40 % of respondents of experimental group consume alcohol in contrast to respondents of control group almost less by 2 times (22.5 %).

It turned out that almost half of respondents (43.6 %) of the main group consume carbonated sugary drinks every day, while in control group, the proportion of respondents (13.5 %) was almost less by 3 times.

Every third respondent (35 %) of experimental group have "favorable" psychological atmosphere in the family, more than half (53.4 %) "satisfactory" and almost one in ten (11.6 %) "bad". In control group, 88.75 % of respondents have "favorable", while the remaining part (11.25 %) – "satisfactory" and no one "bad".

On the question: "Have you a lot of stress in your life?" 63.3 % of respondents from the experimental group answered "yes", 26.7 % – "sometimes" and 5 % answered "no". In the control group, the distribution of responses developed quite differently. Not surprising, the fact that 35 % of respondents from control group answered "no", a significant number of respondents answered "sometimes" (43.75 %) and almost one in five respondents said "yes" (21.25 %).

Analysis showed that almost half of respondents (45 %) of experimental group have sleep "bad", as opposed 10 % of respondents in control group. A "good" sleep have the largest number of respondents in control group (47.5%) and the most smallest amount of respondents in experimental group (16.7 %). To the question "How many hours a day do you sleep?", More than half of respondents (55 %) of experimental group answered "5–6 hours", 21.7 % – "7–8 hours", 20 % – "4 hours" and only 8 % sleep "9 hours and more." The results of the calculation in the control group developed a little differently: almost half of the respondents (48.75 %) sleep "7–8 hours", 41.25 % – "5–6 hours", 5 % – "9 hours and more" and 5 % – "to 4 hours."

Analysis of patient awareness of the main cardiovascular risk factors showed, that more than half of patients (65 %) listed factors such as hereditary abnormalities, various addictions (smoking, alcohol consumption), sedentary lifestyle, stress and poor diet. The above appears to be the result of insufficient activity of health workers in matters of hygiene education and public awareness of a healthy lifestyle.

### **Conclusions.**

1. The main cardiovascular risk factors in young people are leading factors, such as hereditary abnormalities, obesity, sedentary lifestyle, stress, adverse psychological climate in the family, poor and insufficient sleep, various addictions, such as smoking, frequent consumption alcohol and carbonated sugary drinks. Even though patients with CVDs know about the risk factors that lead to the development and worsening of their disease, but still most of them continue to smoke and consume alcohol and carbonated sugary drinks, do not engage in physical activity and had a sedentary lifestyle.

2. To achieve the reduction of morbidity and mortality from CVDs, the main attention should be focused on a primary and secondary prevention of this group of diseases especially among young people. And also increase the activity of health workers in matters of hygiene education and public awareness of a healthy lifestyle.

### **Bibliography**

1. Guillot F, Moulard O. Epidemiological estimates of ischemic stroke and myocardial infarction // *Circulation*. – 1998. – Vol. 98(1). – P. 1421.
2. World Health Organization. Noncommunicable disease; WHO Global Report. World Health Organization, 2015.
3. World Health Organization. Preventing chronic diseases a vital investment; WHO Global Report. World Health Organization, 2013.

# ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Х. Н. Насрулаева

*Кандидат фармацевтических наук,  
доцент,  
Дагестанская государственная  
медицинская академия, г. Махачкала,  
Республика Дагестан, Россия*

---

**Summary.** Health always subtly react and respond to the socio-economic living conditions. Recent years in Dagestan and in Russia as a whole are characterized by socio-economic shocks that contributed to the deterioration of sanitary-epidemiologic situation in the Republic and growth of skin diseases.

**Keywords:** Republic of Dagestan; dermatological diseases; fungal infections; psoriasis; eczema; distribution; mountainous terrain.

---

Борьба с распространением дерматологических заболеваний является одной из актуальных и сложных медико-социальных задач. Часто малосимптомное течение и многоочаговость поражений при дерматологических заболеваниях приводит к тяжелым деструктивным процессам.

В связи с сохраняющимися в последние годы высокими показателями кожных заболеваний, как в мире, так и в нашей стране усилилось внимание к эпидемиологии этих заболеваний.

В 2015 году в России было зарегистрировано на 100000 населения 280,8 случаев микозов ногтей и кожи, 115,8 аллергических дерматитов, 80,5 экземы; 2,5 псориаза.

Наблюдаемый на сегодняшний день рост в России кожных заболеваний является следствием сложного социально-экономического положения, урбанизации и возросшей миграции населения, ухудшением экологической обстановки, приближенности к «горячим точкам», увеличения числа социально-неадаптированных граждан, многочисленных стрессовых ситуаций.

В тоже время считается, что в действительности заболеваемость кожными патологиями характеризуется более высоким уровнем, что объясняется с одной стороны, заниженной регистрацией случаев заболеваемости, а с другой – распространением среди населения практики самолечения дерматологических заболеваний. Однако уровень заболеваемости данными патологиями среди различных контингентов населения различен и отличается в отдельных группах.

В свете вышеизложенного безусловный интерес представляет изучение распространения течения и эффективности терапии кожных заболеваний в таком социально и природно-климатически – контрастном регионе, как Республика Дагестан. Как известно, значительная часть населения республики проживает в горной местности (примерно 50 % населения являются сельскими жителями) с суровыми природно-климатическими услови-

ями. Также сказывается отсутствие социально-бытовых условий в большинстве высокогорных сел и аулов

С целью изучения особенностей распространения дерматологических заболеваний проведен ретроспективный анализ 14200 историй болезни в стационаре Республиканского кожно-венерологического диспансера г. Махачкала за период с 2005 по 2015 гг. По поводу грибковых поражений поступило 11646 (82,0 %) больных; среди других кожных заболеваний 2104 человек (14,8 %) из которых дерматиты выявлены у 1165 человек (55,3 %); экзема и псориаз у 802 человек (38,1 %); другие кожные патологии 37 человек (1,7 %).

Отмечается рост экземы и псориаза, так среди больных данными патологиями в 2005 году выявлено у 1,4 %, а в 2015 году у 4,4 %. Зарегистрированный более чем двукратный рост заболеваемости экземой (от 32,5 % – 2005 г. до 83,2 % – 2015), возможно, связан с гипердиагностикой этого вида заболевания и тенденцией превалирования среди госпитализированных женщин (до 66,7 % в 2015 году).

Социальный анализ показал преобладание жителей города: 63 % над сельским 37 %. Среди них мужчины – 31,8 %, женщины – 38,1 %, дети – 40 %.

Таким образом, неоднозначность полученных данных, на наш взгляд, нуждается в дальнейшем изучении вопросов распространения, частоты заболеваемости, изучения влияния социальных условий на особенности течения кожных заболеваний в регионе.

Широкое распространение дерматологических заболеваний, отсутствие полноты регистрации, несовершенство диагностики, серьезные осложнения диктуют необходимость комплексного подхода и изучения данных патологий.

### **Библиографический список**

1. Павлова О. В., Кулагин В. И. Местная терапия микотической инфекции // Фарматека. – 2003. – № 9. – С. 53–55.
2. Саповский М. М. Актуальные проблемы лекарственного обеспечения в период формирования экономики в Российской Федерации // Фармация. – 1999. – Т. 48. – № 4. – С. 17.
3. Подлужная А. А. Определение стоимостной оценки курсового лечения больных дерматологического профиля в республиканском кожно-венерологическом диспансере // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции : сборник научных трудов. Выпуск 61. – Пятигорск, 2006. – С. 560–561.
4. Пархоменко Д. В. Аптека в рамках программы ДМС: опыт и перспектива // Новая аптека. – 2003. – № 3. – С. 65–67.
5. Пархоменко Д. В. Добровольное медицинское страхование как механизм повышения доступности лекарственной помощи // Ремедиум. – 2004. – № 3. – С. 24.

## НЕСКОЛЬКО СЛОВ ОБ АЛКОГОЛИЗМЕ (на материале художественной медицинской прозы)

Ю. Г. Фатеева

*Кандидат филологических наук,  
старший преподаватель,  
Волгоградский государственный  
медицинский университет,  
г. Волгоград, Россия*

---

**Summary.** The article examines the problem of alcoholism, analyzed the social and individual causes of the disease, ways to solve this problem. The material of this study is fiction (in particular narcologist A. Krylasova), in which the problem of alcoholism is transmitted through the perception of a medical professional.

**Keywords:** alcoholism; drug and alcohol abuse; illness; social factors; the causes of disease; addiction; treatments; doctor; patient; medical humor; linguistic techniques for creating comic.

---

В современном мире существует стереотип, что русские – самая пьющая нация в мире, и что водка – национальный русский продукт. Однако известно, что водка появилась в России в XVI веке, а до этого времени русские употребляли слабоалкогольный напиток на основе меда. Вкус этого напитка был очень сладким, и потому выпить много его было не под силу даже очень здоровому человеку. Парадоксально, но «сегодня Россия – один из крупнейших в мире потребителей алкогольных напитков – около 13,5 литров в год чистого алкоголя на душу населения, включая мужчин, женщин и детей» [3]. Таким образом, проблема алкоголизма переходит из национальной традиции в разряд национальной трагедии. Борьба с этим недугом ведется на уровне Правительства, широко используются суггестивные возможности средств массовой информации. Об актуальности данной проблемы свидетельствует также тот факт, что данное заболевание нашло отражение и в художественной прозе врачей.

Отметим, что образы нетрезвых граждан появляются на страницах практически каждого произведения о буднях медицинских работников. Иногда эти персонажи забавны, однако на страницах произведений врачей-наркологов, реаниматологов и врачей скорой помощи подобные пациенты редко вызывают незлую улыбку. Это объясняется, по-видимому, особенностями психофизического состояния пациентов, нуждающихся в медицинской помощи. В подобных ситуациях шутки нередко бывают обидными, а юмор становится циничным. Безусловно, медицинский юмор имеет ряд особенностей, но нередко через подобный, «черный», юмор писатели хотят обратить наше внимание на существующие проблемы, показать нам другой ракурс событий. Так, например, поступает А. Крыласов, врач-нарколог и автор книги «Дневник нарколога». Легкий, немного ироничный тон рассказов, в основе которых многолетние наблюдения за пациентами наркологического отделения, не мешает рассмотреть пугающую картину ежедневной борьбы с заболеванием под названием «алкоголизм».

Парадоксально, но многие жители нашей страны не готовы воспринимать алкоголизм как заболевание. Герой А. Крыласова в разговоре с пациентом пытается развенчать этот заблуждение: «Ты знаешь, что страусы никогда не прячут голову в песок? Никогда. Это чья-то шутка, растиражированная по всему свету и ставшая абсолютной истиной. <...> Так и в нашей жизни масса идиотских штампов, которые мешают воспринимать алкоголизм как заурядную болезнь» [4, с. 42]. Автор верит, что если воспринимать алкоголизм как болезнь, то и к лечению этого недуга пациент будет подходить со всей ответственностью.

Анализируя «алкогольную» ситуацию в стране, А. Крыласов отмечает некоторые социальные особенности данного заболевания. Так, он утверждает, что «холостые и одинокие практически не приходят лечиться. Они себе пьют и пьют, пока кеды в угол не поставят», или что «по статистике у холостых ремиссии качественнее, продолжительнее, зато женатые лечатся чаще» [4, с. 19, 20]. Среди социальных причин алкоголизма А. Крыласов отмечает не только семейное положение пациента, но и место работы. Например, автор небезосновательно полагает, что развитию алкогольной зависимости способствует коллегиальное употребление алкогольных напитков. Отметим, что данное «правило» нередко является своеобразным способом инициации, вхождения в коллектив. Достаточно вспомнить ритуал «проставления» перед коллегами за удачный карьерный ход, приятные события в семье и т. д. Жизнь непьющего человека, по мнению А. Крыласова, складывается нелегко, потому что, «если не пьешь – ты предатель, себе на уме, и карьера твоя не задается, потому что никто не хочет иметь с тобой дела. Все кругом пьют, празднуют, а ты как бирюк сидишь дома, чтобы не омрачать своей постной трезвой физиономией праздник души и тела» [4, с. 22]. Причина этого, как полагает автор в том, что «в коллектив нужно вливаться через горлышко. А кто не курит и не пьет, тот на органы пойдет» [4, с. 59].

Герой книги А. Крыласова специализируется на методе так называемого «кодирования». Видимо, поэтому в своей же книге автор прибегает к приему цветописи и натурализма при создании портретов пациентов. Так, например, однажды в больницу «...поступил больной багрово-синюшно-желтушного цвета. Глаза и нос у него были красные, а губы, наоборот, синие. Колбасило и плющило, долбило и трусило, сушило и вязало бедолагу так, словно в руках у него болтался невидимый отбойный молоток» [4, с. 7]. Или аналогичная ситуация: «...дяденька поступил после сорокадневного запоя. Ликом черен и прекрасен» [4, с. 11]. Использование жаргонизмов («плющило», «колбасило», «трусило») в сочетании с высоким стилем («ликом черен и прекрасен») не только придает ироничность повествованию, но и «рисует» живописные портреты больных.

Опираясь на свой многолетний опыт лечения зависимых пациентов, автор делится статистическими наблюдениями и выводами, основанными на «неумолимых» цифрах. Например, А. Крыласов, размышляя над фено-

меном снижения процентов больных алкоголизмом в зависимости от возраста пациента, пишет: «Испытанные бойцы, которые за один присест могли уговорить полтора литра водки, к пятидесяти годам подрастеряли свое богатырское здоровье. Сахарный диабет, инфаркт, инсульт, цирроз печени и др. – вот перечень болезней, которые мешают наслаждаться выпитым. <...> Наверняка вы встречали очень и очень пьющих людей, которые под старость лет угомонились. Думаете, они от алкоголизма излечились? Нет, у них просто здоровье кончилось» [4, с. 27]. Прием овеществления при употреблении слова «здоровье», перемещение его в разряд исчисляемых существительных не столько лингвистический эксперимент, сколько способ передать свое отношение к информации.

Основным препятствием к выздоровлению А. Крыласов считает нежелание пациента выздоравливать. Показателен с этой точки зрения диалог героя книги с визитером: «– Ну, ладно, завяжу, а что я делать буду? – А что хотите. Хотите – путешествуйте, хотите – дачу стройте, хотите – по бабам бегайте. <...> Мое дело – влечение к алкоголю снять, а все остальное от вас зависит» [4, с. 16]. Примечательно, что сам пациент воспринимает свою зависимость не как болезнь, а как хобби. Отсюда недоумение по поводу использования освободившегося после излечения свободного времени.

Отметим, что автору не чужда и самокритика. Так, один из диалогов героев-врачей дает нам пример профессионального, немного циничного, юмора: «Что ты миокард рвешь? Что ты на амбразуру кидаешься? ... Если люди перестанут пить – наркологи перестанут есть» [4, с. 182]. Или пример наркологического четверостишия: «Ведь этот мир, увы, не вечен, / Замрет улыбка на лице, Потухший взгляд, больная печень / Всех ожидают нас в конце» [4, с. 165].

Итак, обращаясь к проблеме алкоголизма, как одного из наиболее страшных заболеваний современности, А. Крыласов обращает внимание читателя на актуальность данной проблемы, потому уже на первых страницах автор пишет, что эту «...книгу желательно прочитать всем пьющим и созависимым: женам и тещам, мужьям и любовникам, а также детям младшего дошкольного возраста, включая младенцев» [4, с. 4]. Это шутливое, на грани абсурда введение в сочетании с игривостью и легкостью повествования свидетельствует об искренней заинтересованности в судьбе пациента.

#### Библиографический список

1. Ефремова Н. В. Диалогичность как один из механизмов текстообразования в процессе дискурсивной деятельности ученого // Известия Волгоградского государственного педагогического университета. – 2015. – № 2(97). – С. 138–145.
2. Ефремова Н. В. Фактор адресата – обязательный вектор дискурсивной деятельности адресанта медицинского текста // Филологические науки. Вопросы теории и практики. – 2015. – № 5-2(47). – С. 56–58.

3. Катыс М. Алкоголизм – национальная традиция или национальная трагедия. Интервью с А.Ю. Магалифом и С.А. Полятыкиным на Радио «Свобода». URL: <http://www.svoboda.org/content/transcript/158357.html>
4. Крыласов А. Дневник нарколога. – М. : Аст, 2013. – 320 с.
5. Ракитина С. В., Ефремова Н. В. Интердискурсивный механизм создания медицинских текстов // Сборник конференций НИЦ Социосфера. – 2015. – № 31. – С. 43–47



**ПЛАН МЕЖДУНАРОДНЫХ КОНФЕРЕНЦИЙ, ПРОВОДИМЫХ ВУЗАМИ  
РОССИИ, АЗЕРБАЙДЖАНА, АРМЕНИИ, БОЛГАРИИ, БЕЛОРУССИИ,  
КАЗАХСТАНА, УЗБЕКИСТАНА И ЧЕХИИ НА БАЗЕ  
VĚDECKO VYDAVATELSKÉ CENTRUM «SOCIOSFÉRA-CZ»  
В 2016 ГОДУ**

| <b>Дата</b>            | <b>Название</b>                                                                                           |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2–3 мая 2016 г.        | Современные технологии в системе дополнительного и профессионального образования                          |
| 5–6 мая 2016 г.        | Теория и практика гендерных исследований в мировой науке                                                  |
| 7–8 мая 2016 г.        | Социосфера в современном мире: актуальные проблемы и аспекты гуманитарного осмысления                     |
| 10–11 мая 2016 г.      | Риски и безопасность в интенсивно меняющемся мире                                                         |
| 13–14 мая 2016 г.      | Культура толерантности в контексте процессов глобализации: методология исследования, реалии и перспективы |
| 15–16 мая 2016 г.      | Психолого-педагогические проблемы личности и социального взаимодействия                                   |
| 20–21 мая 2016 г.      | Текст. Произведение. Читатель                                                                             |
| 22–23 мая 2016 г.      | Реклама в современном мире: история, теория и практика                                                    |
| 25–26 мая 2016 г.      | Инновационные процессы в экономической, социальной и духовной сферах жизни общества                       |
| 1–2 июня 2016 г.       | Социально-экономические проблемы современного общества                                                    |
| 5–6 июня 2016 г.       | Могучая Россия: от славной истории к великому будущему                                                    |
| 10–11 сентября 2016 г. | Проблемы современного образования                                                                         |
| 15–16 сентября 2016 г. | Новые подходы в экономике и управлении                                                                    |
| 20–21 сентября 2016 г. | Традиционная и современная культура: история, актуальное положение и перспективы                          |
| 25–26 сентября 2016 г. | Проблемы становления профессионала: теоретические принципы анализа и практические решения                 |
| 28–29 сентября 2016 г. | Этнокультурная идентичность – фактор самосознания общества в условиях глобализации                        |
| 1–2 октября 2016 г.    | Иностранный язык в системе среднего и высшего образования                                                 |
| 5–6 октября 2016 г.    | Семья в контексте педагогических, психологических и социологических исследований                          |
| 10–11 октября 2016 г.  | Актуальные проблемы связей с общественностью                                                              |
| 12–13 октября 2016 г.  | Информатизация высшего образования: современное состояние и перспективы развития                          |
| 13–14 октября 2016 г.  | Цели, задачи и ценности воспитания в современных условиях                                                 |
| 15–16 октября 2016 г.  | Личность, общество, государство, право: проблемы соотношения и взаимодействия                             |
| 17–18 октября 2016 г.  | Тенденции развития современной лингвистики в эпоху глобализации                                           |
| 20–21 октября 2016 г.  | Современная возрастная психология: основные направления и перспективы исследования                        |
| 25–26 октября 2016 г.  | Социально-экономическое, социально-политическое и социокультурное развитие регионов                       |
| 28–29 октября 2016 г.  | Наука, техника и технология в условиях глобализации: парадигмальные свойства и проблемы интеграции        |

|                      |                                                                                               |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1–2 ноября 2016 г.   | Религия – наука – общество: проблемы и перспективы взаимодействия                             |
| 3–4 ноября 2016 г.   | Профессионализм учителя в информационном обществе: проблемы формирования и совершенствования. |
| 5–6 ноября 2016 г.   | Актуальные вопросы социальных исследований и социальной работы                                |
| 7–8 ноября 2016 г.   | Классическая и современная литература: преемственность и перспективы обновления               |
| 10–11 ноября 2016 г. | Формирование культуры самостоятельного мышления в образовательном процессе                    |
| 15–16 ноября 2016 г. | Проблемы развития личности: многообразие подходов                                             |
| 20–21 ноября 2016 г. | Подготовка конкурентоспособного специалиста как цель современного образования                 |
| 25–26 ноября 2016 г. | История, языки и культуры славянских народов: от истоков к грядущему                          |
| 1–2 декабря 2016 г.  | Практика коммуникативного поведения в социально-гуманитарных исследованиях                    |
| 3–4 декабря 2016 г.  | Проблемы и перспективы развития экономики и управления                                        |
| 5–6 декабря 2016 г.  | Безопасность человека и общества как проблема социально-гуманитарных наук                     |

## ИНФОРМАЦИЯ О НАУЧНЫХ ЖУРНАЛАХ

| Название                                                          | Профиль                | Периодичность                 | Реферативные базы                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Импакт-фактор                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Научно-методический и теоретический журнал<br>«Социосфера»        | Социально-гуманитарный | Март, июнь, сентябрь, декабрь | <ul style="list-style-type: none"> <li>• РИНЦ (Россия),</li> <li>• Directory of open access journals (Россия),</li> <li>• Open Academic Journal Index по адресу,</li> <li>• Research Bible (Китай),</li> <li>• Global Impact factor (Австралия),</li> <li>• Scientific Indexing Services (США),</li> <li>• Cite Factor (Канада),</li> <li>• International Society for Research Activity Journal Impact Factor (Индия),</li> <li>• General Impact Factor (Индия),</li> <li>• Scientific Journal Impact Factor (Индия),</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Global Impact Factor за 2015 г. – 1,041,</li> <li>• Scientific Indexin Services за 2015 г. – 1,09,</li> <li>• General Impact Factor за 2015 г. – 2,1825,</li> <li>• РИНЦ за 2014 г. – 0,194.</li> </ul> |
| Чешский научный журнал<br>«Paradigmata poznání»                   | Мультидисциплинарный   | Февраль, май, август, ноябрь  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• РИНЦ (Россия),</li> <li>• Research Bible (Китай),</li> <li>• Scientific Indexing Services (США),</li> <li>• Cite Factor (Канада),</li> <li>• General Impact Factor (Индия),</li> <li>• Scientific Journal Impact Factor (Индия),</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• General Impact Factor за 2015 г. – 1,5947.</li> </ul>                                                                                                                                                   |
| Чешский научный журнал<br>«Ekonomické trendy»                     | Экономический          | Март, июнь, сентябрь, декабрь | РИНЦ (Россия)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Чешский научный журнал<br>«Ekonomické trendy»                     | Педагогический         | Февраль, май, август, ноябрь  | РИНЦ (Россия)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Чешский научный журнал<br>«Aktuální pedagogika»                   | Психологический        | Март, июнь, сентябрь, декабрь | РИНЦ (Россия)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Чешский научный и практический журнал<br>«Akademická psychologie» | Социологический        | Февраль, май, август, ноябрь  | РИНЦ (Россия)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Чешский научный и аналитический журнал<br>«Sociologie člověka»    | Филологический         | Февраль, май, август, ноябрь  | РИНЦ (Россия)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                  |

**ИЗДАТЕЛЬСКИЕ УСЛУГИ НИЦ «СОЦИОСФЕРА» –  
VĚDECKO VYDAVATELSKÉ CENTRUM «SOCIOSFÉRA-CZ»**

Научно-издательский центр «Социосфера» приглашает к сотрудничеству всех желающих подготовить и издать книги и брошюры любого вида:

- ✓ учебные пособия,
- ✓ авторефераты,
- ✓ диссертации,
- ✓ монографии,
- ✓ книги стихов и прозы и др.

Книги могут быть изданы в Чехии  
(в выходных данных издания будет значиться –  
**Прага: Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ»**)  
или в России  
(в выходных данных издания будет значиться –  
**Пенза: Научно-издательский центр «Социосфера»**)

Мы осуществляем следующие виды работ.

- Редактирование и корректура текста (исправление орфографических, пунктуационных и стилистических ошибок).
- Изготовление оригинал-макета.
- Дизайн обложки.
- Печать тиража в типографии.

Данные виды работ могут быть осуществлены как отдельно, так и комплексно.

Полный пакет услуг «**Премиум**» включает:

- редактирование и корректуру текста,
- изготовление оригинал-макета,
- дизайн обложки,
- печать мягкой цветной обложки,
- печать тиража в типографии,
- присвоение ISBN,
- обязательная отсылка 5 экземпляров в ведущие библиотеки Чехии или 16 экземпляров в Российскую книжную палату,
- отсылка книг автору по почте.

**Тираж** включает экземпляры, подлежащие обязательной отсылке в ведущие библиотеки Чехии (5 штук) или в Российскую книжную палату (16 штук).

**Другие варианты** будут рассмотрены в индивидуальном порядке.

**PUBLISHING SERVICES  
OF THE SCIENCE PUBLISHING CENTRE «SOCIOSPHERE» –  
VĚDECKO VYDAVATELSKÉ CENTRUM «SOCIOSFÉRA-CZ»**

The science publishing centre «Sociosphere» offers co-operation to everybody in preparing and publishing books and brochures of any kind:

- ✓ training manuals;
- ✓ autoabstracts;
- ✓ dissertations;
- ✓ monographs;
- ✓ books of poetry and prose, etc.

Books may be published in the Czech Republic  
(in the output of the publication will be registered

***Prague: Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ»***

or in Russia

(in the output of the publication will be registered

***Пенза: Научно-издательский центр «Социосфера»***

We carry out the following activities:

- Editing and proofreading of the text (correct spelling, punctuation and stylistic errors).
- Making an artwork.
- Cover design.
- Print circulation in typography is by arrangement.

These types of work can be carried out individually or in a complex.

«Premium» package includes:

- editing and proofreading of the text;
- production of an artwork;
- cover design;
- printing coloured flexicover;
- printing copies in printing office;
- ISBN assignment;
- delivery of required copies to the Russian Central Institute of Bibliography or leading libraries of Czech Republic;
- sending books to the author by the post.

Circulation includes copies, which are obligatory delivered to the leading libraries of the Czech Republic (5 items) or to Russian Central Institute of Bibliography (16 items).

Other options will be considered on an individual basis. For questions and requests you can contact us by e-mail [sociosphere@yandex.ru](mailto:sociosphere@yandex.ru).

Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ»  
Penza State Technological University  
Tashkent Islamic University

## **HUMAN HEALTH AS A PROBLEM OF MEDICAL SCIENCES AND HUMANITIES**

Materials of the II international scientific conference  
on April 20–21, 2016

Articles are published in author's edition.  
The original layout – I. G. Balashova

Do sazby 26.04.2016  
Formát 60x84/16  
Papír bílý standardní  
Počet tiskových archů 9,7.  
Tiráž 100 ks

Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», s.r.o.:  
Identifikační číslo 29133947 (29.11.2012)  
U dálnice 815/6, 155 00, Praha 5 – Stodůlky, Česká republika.  
Tel. +420608343967,  
web site: <http://sociosphere.com>,  
e-mail: [sociosfera@seznam.cz](mailto:sociosfera@seznam.cz)