



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 IV international scientific conference
on April 20–21, 2018

Prague
2018

Human health as a problem of medical sciences and humanities: materials of the IV international scientific conference on April 20–21, 2018– Prague : Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ», 2018. – 85 p. – ISBN 978-80-7526-294-3

ORGANISING COMMITTEE:

Anna V. Nikulina, candidate of biological sciences, assistant professor of Chuvash State Agricultural Academy.

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.

Ilon 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 human health as a problem of medical sciences and humanities. Some articles deal with public health care at national, regional and global dimensions. A number of articles are covered pedagogical bases of building a culture of healthy lifestyles. Some articles are devoted to physiological and social factors of reproductive health. Authors are also interested in age characteristics of health prevention and treatment of diseases.

UDC 316.334:61/159.9:61

ISBN 978-80-7526-294-3

The edition is included into Russian Science Citation Index.

© Vědecko vydavatelské centrum
«Sociosféra-CZ», 2018.
© Group of authors, 2018.

CONTENTS



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

Лопухова В. А., Кайланич Г. А.

Региональное здравоохранение: динамика заболеваемости населения Орловской области (Российская Федерация) болезнями системы кровообращения.....6

Тарасенко И. В., Кайланич Е. А.

Здравоохранение в регионах России: оказание медицинской помощи населению орловской области по профилю «торакальная хирургия»..... 10

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

Белуженко О. В., Алимова А. Ш.

Мониторинг здоровья детей и подростков в средней школе 14

Порунов А. А., Петрова Н. Н., Тюрина М. М., Ибрагимова Л. А.

Возможности улучшения внешнего облика, как фактор повышения качества жизни 36

Удалова Е. Н., Демиденко Е. А., Двинских Е. Д., Пирожков А. Е.

Ручные массажеры как технологии здоровьесбережения..... 39

Файзуллин А. Ф.

Тибетские травы: холистический подход к траволечению в тибетской медицине 42

Шахутова З. З., Хамукова Б. Х., Шарова Е. И.

Условия, способствующие успешному овладению программным материалом по учебным предметам детьми с ОВЗ..... 45

III. PEDAGOGICAL BASES OF BUILDING A CULTURE OF HEALTHY LIFESTYLES

Абанина А. Н.

Игры как средство формирования культуры безопасного образа жизни у младших школьников..... 48

Колесникова Ю. П.

Современные проблемы формирования здорового образа жизни
среди детей и подростков: возможные пути их решения.....50

Макеева А. А.

Здоровьесберегающая среда и факторы, препятствующие ее созиданию ...54

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

Дроздова И. Л., Зубкова И. В., Удалова С. Н., Басарева О. И.

Роль лаборатории практических навыков в формировании
профессиональных компетенций выпускников.....60

V. PERSONAL FEATURES RESPONSIBILITY FOR THE PRESERVATION OF HEALTH

Vorobyeva O. B.

Philosophy of culture on human health.....62

Терских А. П., Натарова Е. С., Шевелев П. С.

О причинах развития самолечения64

Шуреков В. В., Андреева А. В.

Анализ дозы ионизирующего излучения, получаемого сотрудниками
службы авиационной безопасности аэропорта.....67

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

Максумова Н. А., Шокиржонова Ф. Ф., Сайфуллаев А. Ш.

Синдром Альцгеймера как следствие нарушения химических реакций
в организме человека.....70

Сапарбеков М. К., Алибаева К. О.

Социальное сопровождение при реализации услуг
по экспресс-тестированию, консультированию и лечению ВИЧ-инфекции
на базе неправительственных организаций Казахстана74

План международных конференций, проводимых вузами России, Азербайджана, Армении, Болгарии, Белоруссии, Казахстана, Узбекистана и Чехии на базе Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ» 2018 году.....	80
Информация о научных журналах	82
Издательские услуги НИЦ «Социосфера» – Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ».....	83
Publishing service of the science publishing center «Sociosphere» – Vědecko vydavatelské centrum «Sociosféra-CZ».....	84



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



РЕГИОНАЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ (РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ) БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

В. А. Лопухова
Г. А. Кайланич

*Доктор медицинских наук, профессор,
аспирант,
Курский государственный медицинский
университет Минздрава России,
г. Курск, Россия*

Summary. This study analyzes the dynamics of the incidence of diseases of the circulatory system of the population of the Orel region of the Russian Federation according to the Department of health of the Orel region for 2011–2016 the impact of the introduction of Federal and regional programs for the development of health care. The study is divided into two time intervals of three years, that is, until 2013 and until 2016.

Keywords: morbidity; mortality; circulatory system.

Цель системы здравоохранения любого уровня – улучшение состояния здоровья общества в целом и каждого гражданина в отдельности. Стратегической целью системы регионального здравоохранения является сохранение и улучшение здоровья граждан региона через обеспечение реализации их конституционных прав на охрану здоровья и медицинскую помощь [1].

В настоящее время в Орловской области сформирована нормативно-правовая база в сфере здравоохранения. На региональном уровне принят закон «Об основах охраны здоровья граждан в Орловской области» (2013 г.), действуют Постановления Правительства Орловской области «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Орловской области» (2013 г.), «Об утверждении государственной программы Орловской области «Развитие отрасли здравоохранения в Орловской области на 2013–2020 годы» (2013 г.), подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения на 2013–2020 годы» (2013 г.). В области также функционируют программы «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи на 2013–2020 годы», кардинальные изменения в медицине области произошли после внедрения областной программы «Модернизация здравоохранения Орловской области на 2011–2012 годы», программы «Земский доктор» [2].

Значение показателей заболеваемости трудно переоценить. По заболеваемости судят о здоровье населения, которое в значительной мере зависит от деятельности работников и учреждений здравоохранения. Учет заболеваемости ведется всеми лечебно-профилактическими учреждениями, поскольку анализ выявленной патологии дает возможность обосновать управленческие решения на любом уровне – учреждение, регион, страна. Показатели заболеваемости служат одним из критериев оценки качества работы медицинских учреждений и системы здравоохранения в целом. Каждый вид заболеваемости оценивается по следующим характеристикам: количественная характеристика – уровень заболеваемости; качественная характеристика – структура заболеваемости; индивидуальная характеристика – кратность и длительность заболевания [3, 4].

В Орловской области медицинская помощь больным с заболеваниями системы кровообращения оказывается как стационарно, так и амбулаторно. В стационарных условиях помощь оказывается: а) в Первичных сосудистых центрах – на кардиологических и неврологических койках – это Больница скорой медицинской помощи им. Н. А. Семашко – 130 кардиологических и 60 неврологических коек, Ливенская центральная районная больница (ЦРБ) – 52 и 55 коек соответственно, Мценская ЦРБ – 40 и 70 коек; б) в Региональном сосудистом центре Орловской областной клинической больницы – 105 кардиологических и 170 неврологических коек; в) на уровне остальных ЦРБ – в терапевтических отделениях – всего на 553 койках. В динамике с 2014 по 2016 гг. отмечается увеличение кардиологических коек в областной больнице до 126, в больнице скорой медицинской помощи до 138, за счет уменьшения кардиологических коек в Ливенской ЦРБ до 50, во Мценской ЦРБ до 32, в остальных лечебных учреждениях – так же уменьшилось количество терапевтических коек до 405. Это соответствует общегосударственной тенденции сокращения коек в круглосуточных стационарах и увеличению коек в дневных стационарах.

Заболеваемость и смертность от болезней системы кровообращения за 2011–2013 гг.

Общая заболеваемость взрослого населения (на 1000 населения) по данным обращаемости в лечебные учреждения составила в 2011 г. – 1626,7, в 2012 г. – 1656,6, в 2013 г. – 1625,0.

Болезни системы кровообращения занимают первое место среди заболеваний населения Орловской области: 2011 г. – 312,9, 2012 г. – 331,1, в 2013 г. – 323,3. Структура заболеваемости распределилась следующим образом: а) болезни, характеризующиеся повышением артериального давления – 2011 г. – 119,9, 2012 г. – 132,5, 2013 г. – 129,7; б) ишемическая болезнь сердца – 2011 г. – 81,5, 2012 г. – 85,3, 2013 г. – 129,7, из них – острый инфаркт миокарда – 2011 г. – 1,3, 2012 г. – 1,3, 2013 г. – 1,4, стенокардия – 2011 г. – 31,6, 2012 г. – 31,0, 2013 г. – 30,5; в) цереброваскулярные болезни – 2011 г. – 63,3, в 2012 г. – 65,4, 2013 г. – 60,3.

Смертность от болезней системы кровообращения занимает первое место в структуре общей смертности – 2011 г. – 63,2%, 2012 г. – 63,1%, в 2013 г. – 63,2%. Структура смертности от болезней системы кровообращения распределилась следующим образом: первое место – цереброваскулярные болезни – 2011 г. – 12,0%, 2012 г. – 11,8%, 2013 г. – 11,9; второе место – острый инфаркт миокарда – 2011 г. – 2,9%, 2012 г. – 2,6%, 2013 г. – 2,9%; третье место – гипертоническая болезнь – 2011 г. – 1,4%, 2012 г. – 1,4%, 2013 г. – 1,3%. Смертность населения в трудоспособном возрасте от болезней органов кровообращения составила в 2011 г. – 34,8%, 2012 г. – 33,4%, 2013 г. – 34,5%.

*Заболеваемость и смертность от болезней системы
кровообращения за 2014–2016 гг.*

Общая заболеваемость взрослого населения (на 1000 населения) по данным обращаемости в лечебные учреждения составила в 2014 г. – 1698,5, в 2015 г. – 1747,1, в 2016 г. – 1820,0.

Болезни системы кровообращения стабильно занимают первое место среди заболеваний населения Орловской области: 2014 г. – 342,8, 2015 г. – 347,0, в 2016 г. – 387,3. Структура заболеваемости распределилась следующим образом: а) болезни, характеризующиеся повышением артериального давления – 2014 г. – 143,2, 2015 г. – 144,4, 2016 г. – 175,4; б) ишемическая болезнь сердца – 2014 г. – 91,1, 2015 г. – 89,9, 2016 г. – 102,5, из них – острый инфаркт миокарда – 2014 г. – 1,2, 2015 г. – 1,3, 2016 г. – 2,3, стенокардия – 2014 г. – 33,5, 2015 г. – 33,3, 2016 г. – 37,8; в) цереброваскулярные болезни – 2014 г. – 62,4, в 2015 г. – 62,2, 2016 г. – 63,6.

Смертность от болезней системы кровообращения занимает первое место в структуре общей смертности – 2014 г. – 61,4 %, 2015 г. – 58,2%, в 2016 г. – 57,3 %. Структура смертности от болезней системы кровообращения распределилась следующим образом: первое место – цереброваскулярные болезни – 2014 г. – 11,6%, 2015 г. – 10,8%, 2016 г. – 11,0%; второе место – острый инфаркт миокарда – 2014 г. – 3,1%, 2015 г. – 3,3%, 2016 г. – 3,8 %; третье место – гипертоническая болезнь – 2014 г. – 1,5%, 2015 г. – 1,9 %, 2016 г. – 2,3%. Смертность населения в трудоспособном возрасте от болезней органов кровообращения составила в 2014 г. – 35,9 %, 2015 г. – 34,5 %, 2016 г. – 36,4 %.

Выводы.

Учитывая вышеуказанные данные за 2011–2016 гг., можно сделать следующие выводы:

1. В связи с функционированием Регионального сосудистого центра на базе Орловской областной клинической больницы, более широким внедрением коронароангиографии, стентирования коронарных сосудов, проведением тромболитической терапии – отмечается увеличение количества кардиологических коек в областной больнице до 126.

2. В связи со старением населения области, и «омоложением» болезней системы кровообращения, улучшением методов диагностики – отме-

чается увеличение заболеваемости болезнями органов кровообращения с 312,9 в 2011 г. до 387,3 в 2016 г.

3. В структуре заболеваемости преобладают цереброваскулярные болезни, число которых колеблется в пределах 63,3–63,6.

4. Увеличилась заболеваемость артериальной гипертонией с 119,9 в 2011 г. до 175,4 в 2016 г.

5. Отмечается тенденция повышения заболеваемости ишемической болезнью сердца с 81,5 в 2011 г. до 102,5 в 2016 г.: заболеваемость инфарктом миокарда колеблется в пределах от 1,3 до 2,3, стенокардией – 31,6–37,8.

6. Смертность от болезней системы кровообращения стабильно занимает первое место среди населения области, но отмечается положительная динамика ее снижения от 63,2 % в 2011 г. до 57,3 % в 2016 г.

7. Отмечается снижение смертности от цереброваскулярных заболеваний с 12,0 % в 2011 г. до 11,0 % в 2016 г., смертность от инфаркта миокарда увеличилась с 2,9 % в 2011 г. до 3,8 в 2016 г., также увеличилась смертность от гипертонической болезни с 1,4 % в 2011 г. до 2,3 % в 2016 г.

8. Смертность населения в трудоспособном возрасте от болезней органов кровообращения увеличилась с 34,8 в 2011 г. до 36,4 в 2016 г.

Заключение.

Сведения о заболеваемости и смертности – это важный инструмент для оперативного руководства и управления здравоохранением. Показатели заболеваемости и смертности отражают реальную картину жизни населения и позволяют выявлять проблемные ситуации для разработки конкретных мер по охране и улучшению здоровья населения.

Библиографический список

1. Методология оценки эффективности деятельности органов здравоохранения, URL: https://knowledge.allbest.ru/economy/2c0b65625b2bd78b4c53a88421306d27_0.html (дата обращения 22.03.2018 г.).
2. Данные официального сайта Департамента здравоохранения Орловской области. URL: <http://zdravorel.ru/publichnaya-deklaraciya-celej-i-zadach-na-2016-god/> (дата обращения 20.03.2018 г.).
3. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А.Медик, В.К.Юрьев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 288 с.
4. Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2010. – 544 с.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РЕГИОНАХ РОССИИ: ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ПРОФИЛЮ «ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ»

И. В. Тарасенко
Е. А. Кайланич

*Доктор медицинских наук, профессор,
аспирант,
Курский государственный медицинский
университет Минздрава России,
г. Курск, Россия*

Summary. One of the priorities of the state policy of our country is to preserve and strengthen the health of the population. Given that the incidence of respiratory diseases in the Orel region is in second place, and mortality from respiratory diseases (including pulmonary tuberculosis and cancer) – the fifth place, the study of the current state of surgical thoracic service is an urgent issue. The article analyzes the current state of surgical thoracic hospitals in medical organizations of the Orel region.

Keywords: surgical thoracic Department; thoracic surgery; medical care; medical hospital.

Согласно мнению Всемирной Организации Здравоохранения – все государства должны проводить социально-экономическую политику достижения здоровья для всех граждан. Такого положения можно добиться путем разработки стратегий развития не только здравоохранения в целом, но и отдельно взятых ведомств, лечебно-профилактических учреждений и медицинских служб.

Департамент здравоохранения Орловской области решает проблемы, характерные как для большинства регионов России, так и связанные с особенностями нашего региона, и, в первую очередь, по развитию материальной базы лечебных учреждений. В результате проведенной программы модернизации здравоохранения уровень оказания медицинской помощи в области, особенно стационарной, значительно повысился [1].

Торакальная хирургия – это клиническое направление, вид хирургии, специализирующийся на лечении хирургических патологий грудной клетки и органов, локализованных в ней. Именно эта практическая дисциплина стала основоположницей таких хирургических направлений как кардиохирургия и сосудистая хирургия, а так же маммологии. В сочетании с новейшими технологиями и методами малоинвазивного хирургического вмешательства, торакальная хирургия вышла на абсолютно новый уровень проведения операций на органах средостения и легких, которые раньше сопровождались повышенной травматичностью, риском кровопотерь. Основной задачей современной торакальной хирургии – является минимизация травматичности, максимальное сохранение жизнеспособности тканей органов, максимально возможное быстрое восстановление нормального функционирования органов. Такие требования обусловлены исключительной жизненной важностью органов грудной полости: сердца, легких, дыха-

тельных путей, аорты и ее крупных ветвей и т.д. Это достигается применением новейших технологий и разработок в оперативном вмешательстве: эндоскопия, видеоторакоскопия, медиастиноскопия и т.д. [2].

Реформирование здравоохранения коснулось и оказания хирургической торакальной медицинской помощи. На государственном уровне приняты нормативные акты: Приказ Минздрава РФ от 12.11.12 г. № 898н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия», Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 932н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом», на региональном уровне приняты аналогичные нормативные акты, которые регулируют оказание медицинской помощи населению [3].

Нами проведено исследование, направленное на изучение и анализ современного состояния хирургической торакальной службы в Орловской области. Изучены и проанализированы годовые отчеты заведующих профильных отделений стационаров, занимающихся оказанием медицинской помощи по торакальной хирургии, онкологии, фтизиатрии, также использованы данные годового отчета главного внештатного специалиста по торакальной хирургии Департамента здравоохранения Орловской области.

Специализированное оказание помощи по профилю «торакальная хирургия» с травмой грудной клетки, неспецифической патологией заболеваний легких и плевры, онкологической патологией, туберкулезом органов дыхания оказывается в специализированных отделениях Бюджетных учреждений здравоохранения Орловской области «Орловская областная клиническая больница», «Орловский онкологический диспансер», «Орловский противотуберкулезный диспансер» (БУЗ Орловской области ООКБ, ООД, ОПТД).

В Орловской областной клинической больнице хирургическое торакальное отделение на 25 коек, работают 4 врача-специалиста, занято 4,5 ставки. Осуществляется плановая и экстренная консультативная помощь. За 2017 г. выполнено 369 консультаций во время выездов в ЛПУ города и области, во время выездов выполнено 68 операций. Причиной экстренных выездов торакальных хирургов явилась необходимость устранения повреждений при открытой и закрытой травме грудной клетки, адекватного дренирования плевральной полости, решения вопросов о выборе рациональной хирургической тактики. В течение 2017 г. в хирургическом торакальном отделении пролечено 633 пациента, что составило 107,3 % от плана поступивших больных, среднее пребывание на койке 13,3 койко-дней, оборот койки 26,2, число дней работы койки в году 347,64, умерло 28 пациента, что составило 4,6 % от всех больных, из них в первые сутки 7 человек – 21,7 %, оперировано 244 – 38,5 %, послеоперационная летальность 7,4 %. Произведено 32 оперативных вмешательства с использованием видеоэндоскопического оборудования при буллезной болезни, диссе-

минированных и интерстициальных заболеваниях легких. При проводимой фибробронхоскопии у 7 больных выполнена бронхоокклюзия клапанами одностороннего действия при нагноительных заболеваниях легких и плевры. Высокая летальность обусловлена тяжестью травмы, поздним обращением за медицинской помощью больных с нагноительными заболеваниями легких и плевры, заболеваниями пищевода, медиастинитами, запущенной онкологической патологией, наличием выраженной сопутствующей патологией [4].

В Орловском областном онкологическом диспансере выделено хирургическое отделение № 4 на 29 коек для оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях легких, средостения, пищевода, желудка. Оказывают медицинскую помощь в стационаре 4 врача-специалиста. За 2017 год прошло в отделении 634 пациента – 81 % от выделенного плана пролеченных больных.оборот койки 21,2, средний койко-день 13, занятость койки 257,5, умерло 8 – 1,3 %. Оперировано 342 больных, хирургическая активность 49,1 %, хирургическая летальность 0,6 %. Выполнено 83 торакотомии, у 2 видеоторакоскопическое удаление опухоли средостения, у 61 видеоторакоскопии с плановой конверсией в торакотомию, у 24 видеолапароскопии с плановой конверсией в лапаротомию, выполнено 10 стентирований пищевода [5].

В Орловском областном противотуберкулезном диспансере имеется легочно-хирургическое отделение на 20 коек, работают 3 врача-специалиста, занимают 4,25 ставки. Пролечено за 2016 год в отделении 105 пациентов – 80,2 % от плана прошедших больных, средне-годовая занятость койки 270,8, оборот койки 5,5, среднее пребывание на койке 60,1 койко-день, летальность 4,1 %, оперировано 68 больных, хирургическая активность 64,8 %, по поводу туберкулеза оперировано 31 – 45,6 % послеоперационная летальность 1,5 % [6].

В соответствие с современными требованиями к здравоохранению, в выше перечисленных лечебных учреждениях идет внедрение современных медицинских технологий. В хирургическом торакальном отделении БУЗ Орловской области «ООКБ» проводится диагностические обследование с применением УЗИ, компьютерной томографии при заболеваниях и травме грудной клетки. Применяются клапаны одностороннего действия для проведения бронхоблокации при нагноительных заболеваниях легких, используются видеоторакоскопические оперативные вмешательства при заболеваниях органов дыхания и травме органов грудной клетки. В хирургическом отделении № 4 БУЗ Орловской области «ООД» освоено применение высокотехнологичных методов обследования: спиральной компьютерной томографии, позитронно-эмиссионной томографии, внедрение видеоторакоскопии и видеолапароскопии при торакальной онкопатологии. Внедрено стентирование пищевода. В легочно-хирургическом отделении БУЗ Орловской области «ОПТД» также применяется спиральная компьютерная томография, УЗИ для диагностики, используется наложение искусственного пневмоторакса с диагностической и лечебной целью, внедрена торакоскопия

для диагностики, внедряются видеоассистированные оперативные вмешательства.

Заключение.

Не смотря, на положительные сдвиги в развитии торакальной хирургии в Орловской области, все еще имеются некоторые проблемы и недостатки в данном медицинском направлении. Сюда можно отнести и медицинскую неграмотность населения, что приводит к более позднему обращению за медицинской помощью, увеличению числа запущенных случаев, и недостаточное финансирование, что затрудняет проведение закупок дорогостоящего современного медицинского оборудования и расходных материалов, и недостаточная подготовка кадрового состава (нехватка врачей-специалистов – при необходимом количестве минимум 15 человек врачей торакальных хирургов, в области работают – 12, из них только половина прошла переподготовку по видеоторакоскопическим оперативным вмешательствам).

Учитывая вышеуказанное, и проведя сравнение с данными по другим ближайшим областям (Курская, Тульская, Брянская, Калужская), можно сказать, что показатели деятельности хирургической торакальной службы, проблемы и недостатки ее в Орловской области приблизительно такие же, как и в соседних регионах.

Библиографический список

1. Кайланич Е.А., Тарасенко И.В. Влияние федеральных и региональных программ по развитию здравоохранения на современное состояние хирургической торакальной службы в Орловской области // Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». – 2017. - №4. – С.112-119.
2. Торакальная хирургия – основные понятия. URL: <http://vrach-profi.ru/o-nas/statuya-torakalnaya-xirurgiya/> (дата обращения 20.03.2018 г.).
3. Информация официального сайта Департамента здравоохранения Орловской области – URL: <http://zdravorel.ru/utverzhdenye-departamentom-zdravooxraneniya-orlovskoj-oblasti/> (дата обращения 23.03.2018 г.).
4. Информация официального сайта Бюджетного учреждения здравоохранения Орловской области «Орловская областная клиническая больница» - URL: <http://www.okb-orel.ru/specialist-zav.php> (дата обращения 23.03.2018 г.).
5. Информация официального сайта Бюджетного учреждения здравоохранения Орловской области «Орловский онкологический диспансер» - URL: <http://ood-zdravorel.wixsite.com/ip-law-firm-ru/blank-cjg9> (дата обращения 24.03.2018 г.).
6. Информация официального сайта Бюджетного учреждения здравоохранения Орловской области «Орловский противотуберкулезный диспансер» - URL: <http://www.tbclinic.ru/about.php> (дата обращения 24.03.2018 г.).



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



МОНИТОРИНГ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СРЕДНЕЙ ШКОЛЕ

О. В. Белуженко

*Кандидат химических наук, психолог,
Российская академия
народного хозяйства и государственной
службы при Президенте РФ,
Южно-Российский
институт управления,
учащаяся, Школа № 99,
г. Ростов-на-Дону, Россия*

А. Ш. Алимova

Summary. The population of children and teen-agers had been investigated using the Questionnaire for health level estimation by the main functional systems of the body. One-way ANOVA had been applied to determine if there were any significant associations between some of independent demographic variables and the Questionnaire dependent variables. A health monitoring algorithm had been proposed.

Keywords: health level estimation; main functional systems of the body; health monitoring; one-way ANOVA.

Введение

В конце XX века в развитых странах мира системы здравоохранения направили свои усилия, прежде всего на охрану здоровья здоровых людей. На первый план вышла забота о рождении здорового ребенка и воспитании здорового поколения [7].

Социально-экономические преобразования в России за последние 10–15 лет, как показывают многочисленные исследования, сопровождаются непрерывным ухудшением основных показателей здоровья населения [9].

Особенно тревожно обстоят дела в детском здравоохранении: практически здоровыми могут быть признаны лишь 9–10 % школьников. Причем, как показали последние скрининговые обследования, отклонения в состоянии здоровья у детей к окончанию школы увеличиваются в 3,7 раза [2].

В связи с этим появилась необходимость качественной и количественной оценки здоровья, что привело к разработке индексов здоровья, различных шкал для оценки состояния здоровья и его резервов, которые базируются в основном на показателях самооценки здоровья [18].

В том числе, возникла необходимость использования количественной оценки здоровья в качестве скринингового метода исследования, кото-

рый даёт представление о состоянии здоровья популяции и имеет прогностическое значение [18].

В научных публикациях представлен ряд способов количественной оценки здоровья человека [3], [17] и др., однако многие из них построены на обследовании человека, находящегося в состоянии относительного покоя, и охватывают лишь узкий круг показателей (преимущественно сердечно-сосудистую систему), или выявляют степень патологии отдельных органов и по совокупности симптомов относят обследованного индивидуума к той или иной квалификационной группе.

Какие же методики следует использовать для того, чтобы полноценно оценить состояние здоровья школьников?

В современных условиях развития отечественного образования заметно возросла роль педагогического диагностирования как важнейшего фактора обеспечения эффективности процесса обучения. Широкое внедрение в образовательную практику диагностических процедур объясняется использованием *квалиметрических* методов, позволяющих повысить точность педагогического анализа.

Вместе с тем, особенно при работе с подростками, важна не только наглядность и доступность медицинской информации, но и её доказанная достоверность [1], повышающая вероятность активного восприятия, осмысления и дальнейшего выбора грамотной позиции в вопросах, связанных со здоровьем.

Вопросы *квалиметрии* (количественной оценки) здоровья в аспектах здорового образа жизни (в том числе с применением автоматизированных систем), рассматривались многими авторами, в частности [10].

В программах охраны здоровья подрастающего поколения особое место должны занимать школьники – самый большой по численности контингент, составляющий 74 % всего детского населения страны [15].

Донозологическая диагностика – оценка функционального состояния организма и его адаптационных возможностей в период, когда ещё отсутствуют явные признаки заболеваний. По нашему мнению, она должна завершаться количественной оценкой соматического здоровья и функциональных возможностей отдельных систем организма.

Целью настоящего исследования является экспериментальное и методологическое обоснование системы общедоступного донозологического контроля здоровья учащихся средней школы.

Задачи исследования:

1. В ходе пилотного исследования апробировать методику по выявлению ранних нарушений здоровья среди школьников 1-х–11-х классов с использованием доступного и информативного метода диагностики, направленного на оценку функциональных резервов организма.

2. Изучить распределение респондентов по четырём предложенным авторами методики категориям здоровья.

3. Сопоставить данные, полученные в ходе квалиметрической самооценки / экспертного оценивания, с данными, полученными при помощи АПК «АРМИС».

4. Сопоставить данные, полученные в ходе квалиметрической самооценки / экспертного оценивания, с данными, полученными в ходе традиционного скринингового обследования.

5. Исследовать зависимость процента выявляемости показателей методики оценки уровня здоровья по основным функциональным системам от возрастной группы, в которой находятся школьники (т.е. от модуля обучения).

Объект исследования – скрининговые методики выявления нарушений в работе основных функциональных систем организма у учащихся средней школы.

Предмет исследования – квалиметрический подход в рамках валеологопедагогической диагностики уровня здоровья учащихся средней школы.

Основная гипотеза исследования – квалиметрическая методика оценки уровня здоровья по основным функциональным системам может быть использована для оценки уровня здоровья учащихся средней школы.

1. Мониторинг здоровья детей и подростков в средней школе

1.1 Апробация квалиметрической методики оценки уровня здоровья по основным функциональным системам в условиях общеобразовательной школы

МБОУ г. Ростова-на-Дону «Школа № 99» в числе первых включилась в инновационную деятельность по реализации образовательного проекта «Наша здоровая школа» [8], одной из пилотных площадок которого она была утверждена приказом № 566 от 19.06.2012 г. Министерства общего и профессионального образования Ростовской области.

Этот проект включает в себя решение множества задач, среди которых наиболее важной является установление уровня здоровья и психофизиологического статуса каждого учащегося. Благодаря количественному и качественному анализу полученных диагностических материалов, школьный педагогический коллектив разработал инновационную комплексную модель здоровьесберегающей деятельности.

Вместе с тем, широкое внедрение в образовательную практику именно *квалиметрических* методов, способствующих повышению точности педагогического анализа, могло бы расширить диагностический репертуар творческой группы нашей школы, занимающейся реализацией упомянутого выше исследовательского проекта.

Мы остановили свой выбор на таком методе исследования, как анкета оценки уровня здоровья по основным функциональным системам [5] – стандартизованном диагностическом инструменте, помогающем выявить степень отклонений уровня здоровья по основным функциональным си-

стемам организма. Данная анкета может быть использована для оценки состояния здоровья как у детей, так и у взрослых.

Нами были осуществлено пилотное исследование, в ходе которого были обследованы учащиеся одиннадцати классов (по одному классу из параллели) по следующим схемам:

- 1) 1-е – 4-е классы (анкету заполняли родители детей),
- 2) 5-е – 11-е классы (анкету заполняли сами учащиеся).

Процедура группового анкетирования учащихся 5-х – 11-х классов осуществлялась классными руководителями. Общее число обследованных учащихся составило 270 человек в возрасте от 7 до 17 лет.

Анкета оценки уровня здоровья по основным функциональным системам содержит по десять вопросов (признаков) на каждый блок функциональной системы. Испытуемому предлагалось отметить частоту и силу проявления того или иного признака. В случае, если респондент наблюдал полное отсутствие данного признака, он отмечал «0» (ноль) в обоих графах «частота» и «сила».

Все баллы, характеризующие частоту и силу каждого признака в том или ином блоке функциональной системы, суммировались, сумма и была показателем уровня здоровья ребенка по данному синдрому или симптомокомплексу. Сырые баллы, полученные в ходе обработки анкеты, конвертировались в уровни здоровья в соответствии с ключом, предложенным авторами методики [5].

Все конечные коды уровней здоровья для каждого обучающегося были занесены в специально созданную базу данных табличного процессора Excel. В табл. 1 представлена часть использованной базы данных по всем двенадцати блокам систем организма.

Рассмотрим результаты, полученные по одной из шкал методики оценки уровня здоровья по основным функциональным системам – астеническому синдрому.

Астенический синдром – поведение, характеризующееся повышенной утомляемостью, истощением, ослаблением или утратой способности к продолжительному физическому или умственному напряжению, раздражительностью, частой сменой настроения, слезливостью, капризностью, вегетативные расстройства [5]. По преобладанию явлений потери самообладания, несдержанности, раздражительности или, наоборот, быстрым истощением, раздражительной слабости выделяют гиперстенический или гипостенический астенический синдромы.

Таблица 1

Часть базы данных по всем показателям методики оценки уровня здоровья по основным функциональным системам
(на примере 1-го класса)

№№ п/п	Парал- лель	Аст С	Невр С	Ист С	Псих- астС	Пато- харС	Церебро- астС	ЛЮ Р	ЖК Т	СердСо- судСист	Анем С	Ал- лергС	ВесСосуд- Дист
1	1	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2	1	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4	5
3	1	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
4	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	1	3	4	3	3	5	5	3	4	4	4	4	4
6	1	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5
7	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
8	1	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
9	1	4	4	4	3	5	5	4	5	5	4	5	5
10	1	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5
11	1	4	4	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5
12	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
13	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
14	1	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
15	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
16	1	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
17	1	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
18	1	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
19	1	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
20	1	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
21	1	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5

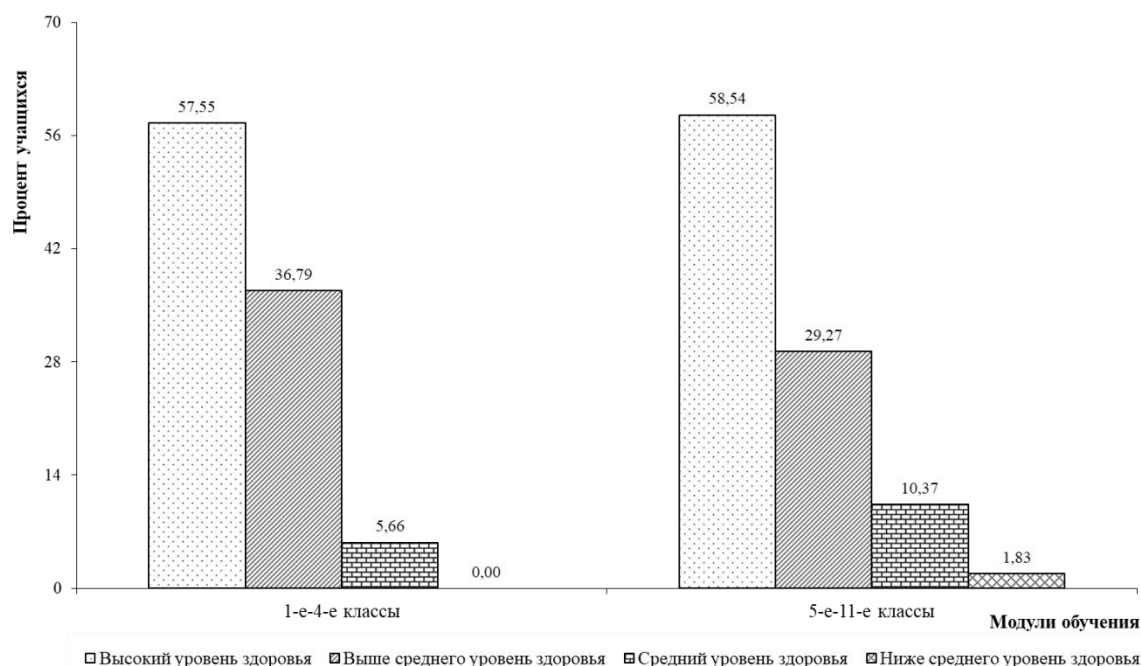


Рис. 1. Выявление уровня астенического синдрома у учащихся МБОУ г. Ростова-на-Дону "Школа № 99" (2016–2017 учебный год)

Из рис. 1 следует, что высокий уровень здоровья по данному синдрому в начальной и средней/старшей школе имеет практически одинаковое количество обследуемых (57,55 % и 58,54 %, соответственно). Заселённость категории «уровень здоровья выше среднего» в средней/старшей школе чуть падает (29,27 % против 36,79 % у школьников начальных классов), зато заселённость категории «средний уровень здоровья» – почти в два раза возрастает (5,66 % → 10,37 %). Необходимо также отметить, что категория «уровень здоровья ниже среднего», отсутствующая у школьников начальных классов, появляется у респондентов, обучающихся в средней и старшей школе, и составляет 1,83 %. Из всего сказанного можно сделать вывод, что астенический синдром более ярко проявляется именно у школьников 5-х – 11-х классов.

Результаты, полученные по другим шкалам методики оценки уровня здоровья по основным функциональным системам, из-за ограничения объёма в данной публикации не приводятся.

1.2 Сравнительный анализ данных, полученных при помощи методики оценки уровня здоровья по основным функциональным системам, и данных, полученных при помощи АПК «АРМИС»

В контексте реализации одной из задач настоящего исследования нам показалось интересным сравнить результаты, полученные при помощи анкеты оценки уровня здоровья по основным функциональным системам, с результатами обследования тех же учащихся с использованием аппаратно-программного комплекса «АРМИС» [14].

Сравнению подлежали показатели здоровья, являющиеся общими для двух упомянутых подходов (см. табл. 2).

Показатель выявляемости (%) мы определяли, как число выявленных позитивных по данному синдрому лиц, отнесённое к 100 обследуемым школьникам [6].

Для проведения сравнительного анализа показателей выявляемости в двух выборках было необходимо выяснить, имеют ли место достоверные различия, или они незначительны.

Достоверность различий определялась нами при помощи критерия Стьюдента t [22].

Достоверность различий между двумя независимыми выборками устанавливалась в соответствии со следующими значениями критерия Стьюдента [16]:

$t \geq 2,0$ ($p < 0,05$)	Различия в показателях статистически значимы. Ошибка вероятности различий: менее 5 %.
$t \geq 2,6$ ($p < 0,01$)	Различия в показателях достоверны. Ошибка вероятности различий: менее 1 %.
$t \geq 3,3$ ($p < 0,001$)	Различия в показателях высоко достоверны. Ошибка вероятности различий: менее 0,1 %.
$t < 2,0$ ($p > 0,05$)	Различия в показателях не достоверны. Ошибка вероятности различий: более 5 %.

Сравнительные данные по проценту выявления нарушений здоровья по ряду показателей в соответствии с методикой оценки уровня здоровья по основным функциональным системам и результатами обследования на АПК «АРМИС»

Показатель*	Параллель	Методика оценки уровня здоровья по основным функциональным системам		Обследование на АПК «АРМИС»			Критерий Стюден-та, t	
		Число респондентов	Отклонение, %	Число респондентов	Отклонение, %	Значение	Достоверность различий	
Астенический синдром	1-е-4-е классы	106 чел.	42,45 ± 4,80	95 чел.	21,05** ± 4,18	3,36	Высоко достоверны	
	5-е-11-е классы	164 чел.	41,46 ± 3,85	122 чел.	18,85** ± 3,54	4,32	Высоко достоверны	
Неврогический синдром	1-е-4-е классы	106 чел.	33,96	95 чел.	38,95	0,73	Не достоверны	
	5-е-11-е классы	164 чел.	31,71	122 чел.	25,41	1,18	Не достоверны	
ЛОР	1-е-4-е классы	106 чел.	28,30	95 чел.	28,42***	0,02	Не достоверны	
	5-е-11-е классы	164 чел.	23,17	122 чел.	20,49***	0,54	Не достоверны	
Сердечно-сосудистая система	1-е-4-е классы	106 чел.	4,72 ± 2,06	95 чел.	28,42 ± 4,63	4,68	Высоко достоверны	
	5-е-11-е классы	164 чел.	13,41 ± 2,66	122 чел.	29,51 ± 3,91	3,43	Высоко достоверны	

* По методике оценки уровня здоровья по основным функциональным системам.

** Резервные возможности организма.

*** Дыхательная система

В табл. 2 содержатся сравнительные данные по проценту выявления нарушений здоровья по ряду показателей в соответствии с методикой оценки уровня здоровья по основным функциональным системам и обследованием на АПК «АРМИС».

Далее нами рассматривались сравнительные значения лишь тех показателей, по которым критерий Стьюдента выявил высокую достоверность различий.

Так, на рис. 2 приведены сравнительные данные по выявлению астенического синдрома в соответствии с методикой оценки уровня здоровья по основным функциональным системам и обследованием на АПК АРМИС учащихся МБОУ г. Ростова-на-Дону «Школа № 99».

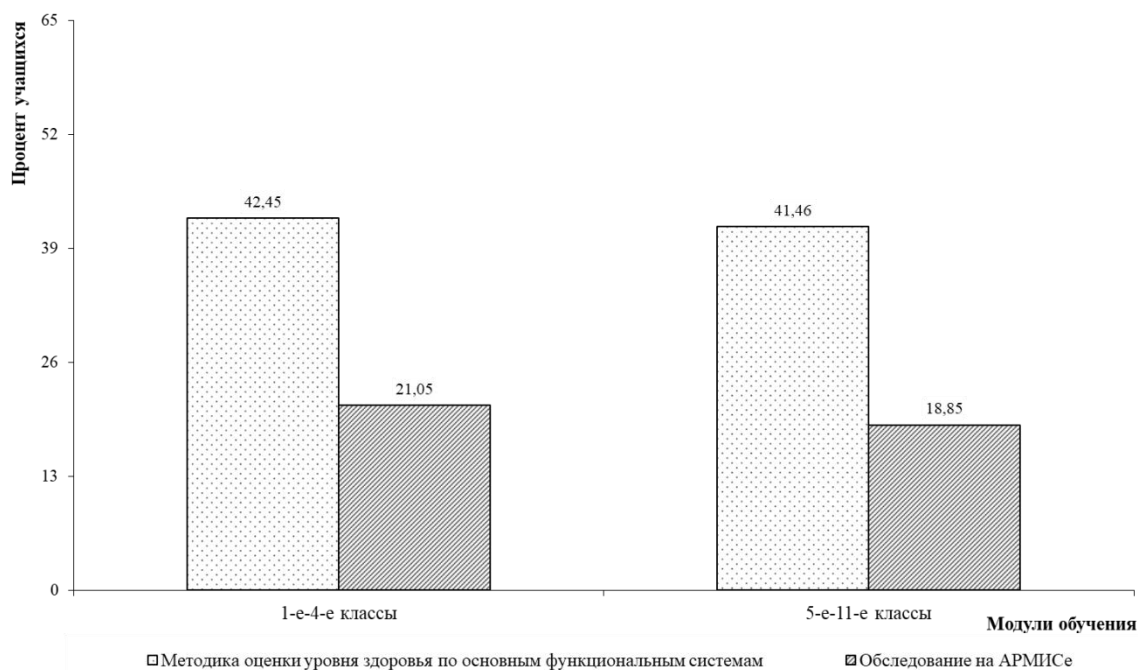


Рис. 2. Сравнительные данные по выявлению астенического синдрома в соответствии с методикой оценки уровня здоровья по основным функциональным системам и обследованием на АПК АРМИС учащихся МБОУ г. Ростова-на-Дону "Школа № 99" (2016–2017 учебный год)

Из данного рисунка следует, что выявляемость астенического синдрома у учащихся 1-х – 4-х классов, устанавливаемая при помощи методики оценки уровня здоровья по основным функциональным системам ($42,45 \pm 4,80 \%$), с высокой степенью достоверности почти в два раза превышает выявляемость этого синдрома в ходе обследования учащихся на АПК «АРМИС» ($21,05 \pm 4,18 \%$).

Аналогичная картина наблюдается для учащихся 5-х – 11-х классов. Выявляемость астенического синдрома, обнаруженная по методике оценки уровня здоровья по основным функциональным системам ($41,46 \pm 3,85 \%$), достоверно более чем в два раза превышает выявляемость этого синдрома

в ходе обследования учащихся этих классов на АПК «АРМИС» ($18,85 \pm 3,54 \%$).

Далее, на рис. 3 приведены сравнительные данные по выявлению нарушений в работе сердечно-сосудистой системы в соответствии с методикой оценки уровня здоровья по основным функциональным системам и обследованием на АПК АРМИС учащихся МБОУ г. Ростова-на-Дону «Школа № 99».

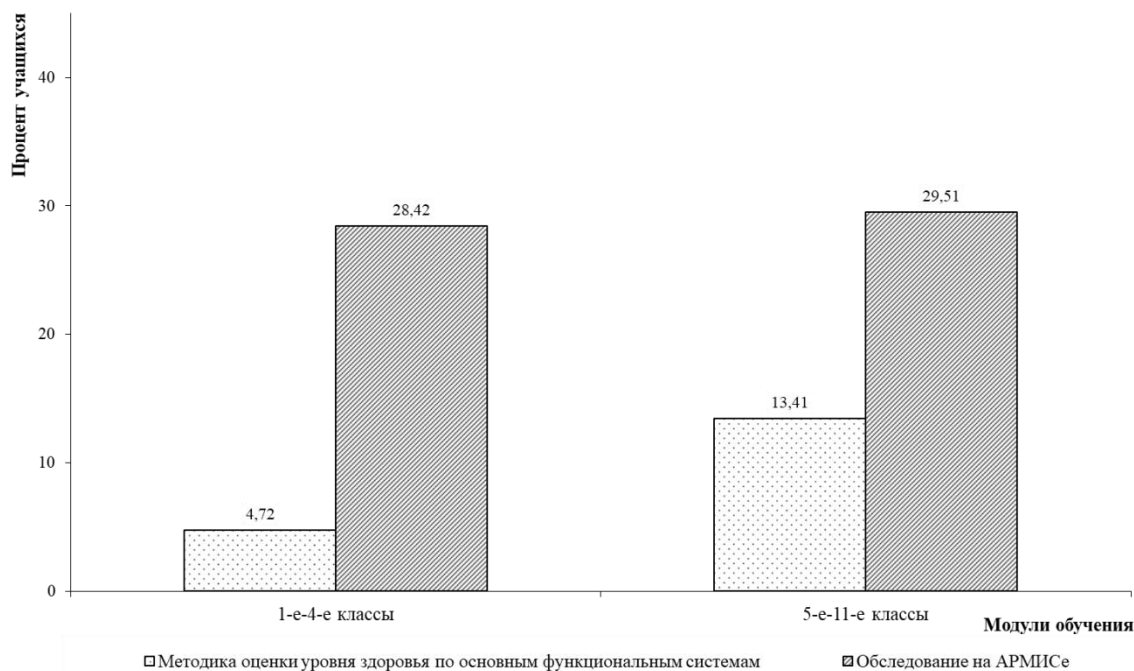


Рис. 3. Сравнительные данные по выявлению отклонений в работе сердечно-сосудистой системы в соответствии с методикой оценки уровня здоровья по основным функциональным системам и обследованием на АПК АРМИС учащихся МБОУ г. Ростова-на-Дону "Школа № 99" (2016–2017 учебный год)

Из данного рисунка следует, что выявляемость нарушений в работе сердечно-сосудистой системы у учащихся 1-х – 4-х классов, обнаруженная в ходе обследования учащихся на АПК «АРМИС» ($28,42 \pm 4,63 \%$), достоверно примерно в шесть раз превышает выявляемость, обнаруживаемую при помощи методики оценки уровня здоровья по основным функциональным системам ($4,72 \pm 2,06 \%$).

Аналогичная картина наблюдается для учащихся 5-х – 11-х классов. Выявляемость нарушений в работе сердечно-сосудистой системы, обнаруженная в ходе обследования учащихся этих классов на АПК «АРМИС» ($29,51 \pm 3,91 \%$), достоверно более чем в два раза превышает выявляемость этих нарушений по методике оценки уровня здоровья по основным функциональным системам ($13,41 \pm 2,66 \%$).

К сожалению, частота встречаемости невротического синдрома и нарушений в работе ЛОР-органов в 1-х-4-х и 5-х-11-х классах не имеет значимой разницы (ошибка вероятности различий $p > 0,05$) (см. табл. 2).

1.3 Сравнительный анализ данных, полученных при помощи методики оценки уровня здоровья по основным функциональным системам, и данных, полученных в ходе традиционного скринингового обследования

В контексте реализации ещё одной из задач настоящего исследования мы осуществили сравнение результатов, полученных при помощи анкеты оценки уровня здоровья по основным функциональным системам, с результатами обследования тех же учащихся с использованием скринингового опросника Г. Н. Носачёва, предназначенного для выявления у детей психического напряжения и невротических тенденций [13].

Сравнению подлежали показатели здоровья, являющиеся общими для двух упомянутых подходов (см. табл. 3).

Поскольку состав одной из независимых выборок значительно уменьшился (5-е – 6-е классы вместо 5-х – 11-х), достоверность различий определялась нами при помощи критерия Фишера F, который рассчитывался автоматически с использованием скрипта [11].

**Сравнительные данные по проценту выявления нарушений здоровья по ряду показателей
в соответствии с методикой оценки уровня здоровья по основным функциональным системам и методикой Г. Н. Носачёва**

Показатель*	Параллель	Методика оценки уровня здоровья по основным функциональным системам		Методика Г.Н. Носачёва			Критерий Фишера, F	
		Число респондентов	Отклонение, %	Число респондентов	Отклонение, %	Значение	Достоверность различий	
Астенический синдром	1-е-4-е классы	106 чел.	42,45 ± 4,80	107 чел.	27,10 ± 4,30	2,372	Зона значимости	
	5-е-6-е классы	52 чел.	19,23	51 чел.	25,49	0,771	Зона незначимости	
Невротический синдром	1-е-4-е классы	106 чел.	33,96	107 чел.	37,38**	0,518	Зона незначимости	
	5-е-6-е классы	52 чел.	19,23 ± 5,47	51 чел.	37,25** ± 6,77	2,065	Зона неопределённости	
Психастенический синдром	1-е-4-е классы	106 чел.	37,74	107 чел.	40,19***	0,379	Зона незначимости	
	5-е-6-е классы	52 чел.	44,23	51 чел.	37,25***	0,715	Зона незначимости	
Вегето-сосудистая дистония	1-е-4-е классы	106 чел.	11,32	107 чел.	10,28	0,241	Зона незначимости	
	5-е-6-е классы	52 чел.	7,69	51 чел.	13,73	0,995	Зона незначимости	

* По методике оценки уровня здоровья по основным функциональным системам.

** Повышенная тревожность и привычные действия.

*** Фобии и страхи.

В табл. 3 содержатся сравнительные данные по проценту выявления нарушений здоровья по ряду показателей в соответствии с методикой оценки уровня здоровья по основным функциональным системам и методикой Г. Н. Носачёва.

Далее нами рассматривались сравнительные значения лишь тех показателей, по которым эмпирическое значение критерия Фишера находится в зоне значимости либо в зоне неопределённости.

Так, на рис. 4 приведены сравнительные данные по выявлению астенического синдрома в соответствии с методикой оценки уровня здоровья по основным функциональным системам и методикой Г. Н. Носачёва у учащихся 1-х – 4-х классов МБОУ г. Ростова-на-Дону «Школа № 99».

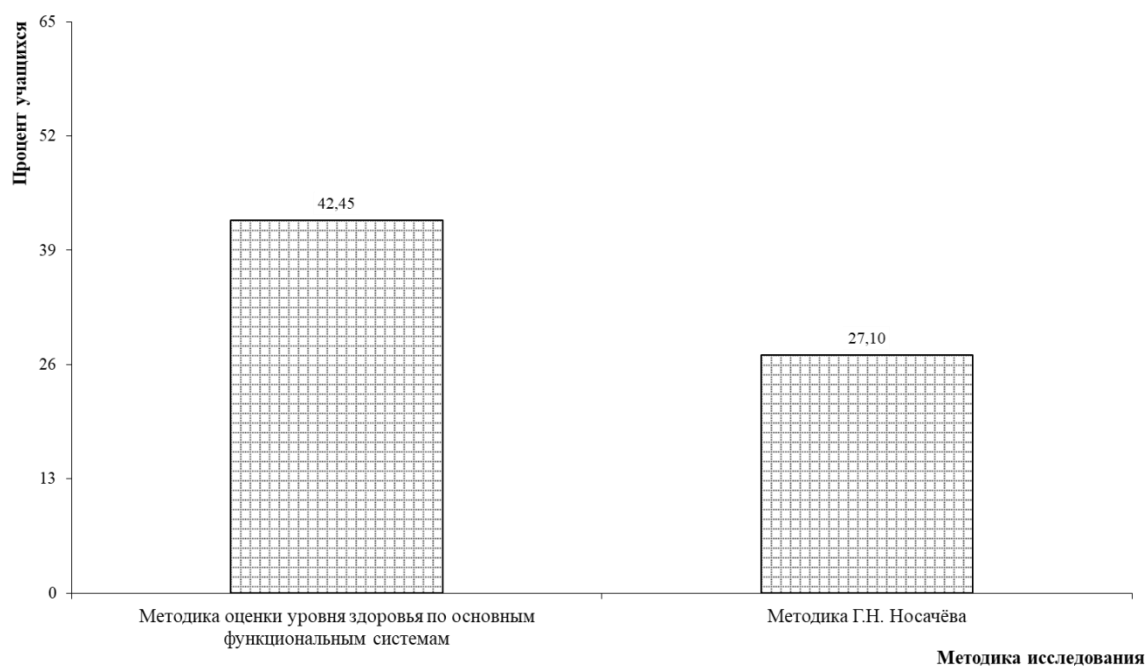


Рис. 4. Сравнительные данные по выявлению астенического синдрома в соответствии с методикой оценки уровня здоровья по основным функциональным системам и методикой Г.Н. Носачёва у учащихся 1-х – 4-х классов МБОУ г. Ростова-на-Дону "Школа № 99" (2016–2017 учебный год)

Из данного рисунка следует, что выявляемость астенического синдрома у учащихся этих классов, устанавливаемая при помощи методики оценки уровня здоровья по основным функциональным системам ($42,45 \pm 4,80$ %), с высокой степенью достоверности почти в полтора раза превышает выявляемость этого признака, обнаруживаемую при помощи методики Г. Н. Носачёва ($27,10 \pm 4,30$ %).

Далее, на рис. 5 приведены сравнительные данные по выявлению невротического синдрома в соответствии с методикой оценки уровня здоровья по основным функциональным системам и методикой Г.Н. Носачёва у учащихся 5-х-6-х классов МБОУ г. Ростова-на-Дону «Школа № 99».

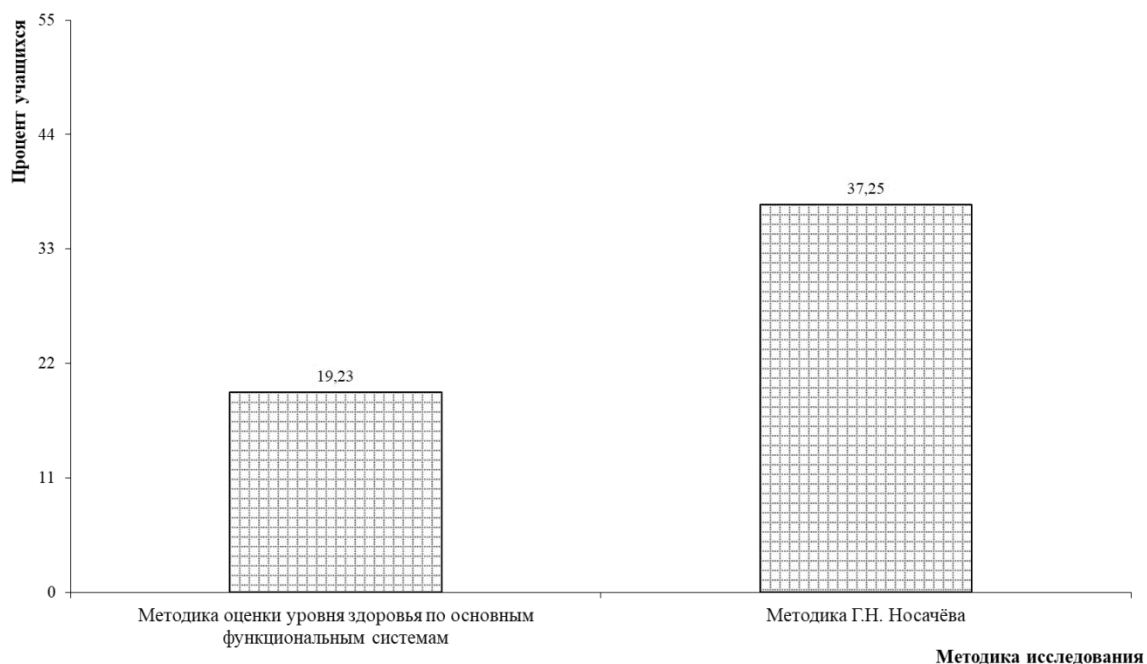


Рис. 5. Сравнительные данные по выявлению невротического синдрома в соответствии с методикой оценки уровня здоровья по основным функциональным системам и методикой Г. Н. Носачёва у учащихся 5-х – 6-х классов МБОУ г. Ростова-на-Дону "Школа № 99" (2016–2017 учебный год)

Из данного рисунка следует, что выявляемость невротического синдрома у учащихся этих классов, обнаруженная при помощи методики Г. Н. Носачёва ($37,25 \pm 6,77 \%$), достоверно примерно в два раза превышает выявляемость, обнаруживаемую при помощи методики оценки уровня здоровья по основным функциональным системам ($19,23 \pm 5,47 \%$).

К сожалению, частота встречаемости психастенического синдрома и вегето-сосудистой дистонии в 1-х – 4-х и 5-х – 6-х классах не имеет значимой разницы (ошибка вероятности различий $p > 0,05$) (см. табл. 3).

1.4 Изучение зависимости между процентом выявляемости нарушений здоровья по методике оценки уровня здоровья по основным функциональным системам и модулем обучения

Предпоследним этапом настоящего исследования стало изучение зависимости процента выявляемости показателей методики оценки уровня здоровья по основным функциональным системам от возрастной группы, в которой находятся школьники, т.е. от модуля обучения.

Для проведения данного микроисследования мы осуществили своеобразную «свёртку» информации – перевод результатов, полученных по методике оценки уровня здоровья по основным функциональным системам, из порядковой шкалы [19], имеющей четыре категории, в номинальную шкалу, имеющую лишь две категории – «норма» и «отклонение». При

этом «нормой» мы условились считать все случаи, относящиеся по исходной порядковой шкале к категории «высокий уровень здоровья», а случаи по всем оставшимся категориям были суммированы и вошли в состав категории «отклонение».

Аналізу подлежали все двенадцать показателей здоровья, определяемые по методике оценки уровня здоровья по основным функциональным системам (см. табл. 4).

Достоверность различий вновь определялась нами при помощи критерия Фишера F, который рассчитывался автоматически с использованием скрипта [11].

В табл. 4 содержатся сравнительные данные по выявлению нарушений здоровья по всем показателям методики оценки уровня здоровья по основным функциональным системам для выборок учащихся 1-х – 4-х и 5-х – 11-х классов.

Таблица 4

Сравнительные данные по выявлению нарушений здоровья по всем показателям методикой оценки уровня здоровья по основным функциональным системам для учащихся 1-х-4-х и 5-х-11-х классов

Показатель	1-е-4-е классы		5-е-11-е классы		Значение	Критерий Фишера, F
	Отклонение		Отклонение			
	Абс.	%	Абс.	%		
Астенический синдром	45 чел.	42,45	68 чел.	41,46	0,16	Зона незначимости
Невротический синдром	36 чел.	33,96	52 чел.	31,71	0,393	Зона незначимости
Истероподобный синдром	65 чел.	61,32	84 чел.	51,22	1,637	Зона незначимости
Психастенический синдром	40 чел.	37,74	75 чел.	45,73	1,308	Зона незначимости
Патохарактерологический синдром	14 чел.	13,21	50 чел.	30,49	3,418	Зона значимости
Церебрастенический синдром	5 чел.	4,72	35 чел.	21,34	4,189	Зона значимости
Система «ухо-горло-нос»	30 чел.	28,30	38 чел.	23,17	0,939	Зона незначимости
Желудочно-кишечная система	15 чел.	14,15	25 чел.	15,24	0,225	Зона незначимости
Сердечно-сосудистая система	5 чел.	4,72	22	13,41	2,512	Зона значимости
Система кроветворения (анемический синдром)	9 чел.	8,49	18 чел.	10,98	0,674	Зона незначимости
Иммунная система (аллергический синдром)	13 чел.	12,26	22 чел.	13,41	0,265	Зона незначимости
Синдром вегето-сосудистой дистонии	12 чел.	11,32	25 чел.	15,24	0,923	Зона незначимости

Далее нами рассматривались сравнительные значения лишь тех показателей, по которым эмпирическое значение критерия Фишера для данных выборок находится в зоне значимости.

Так, на рис. 6 приведены сравнительные данные о патохарактерологическом синдроме, выявленном по методике оценки уровня здоровья по основным функциональным системам, для учащихся 1-х – 4-х и 5-х – 11-х классов МБОУ г. Ростова-на-Дону «Школа № 99».

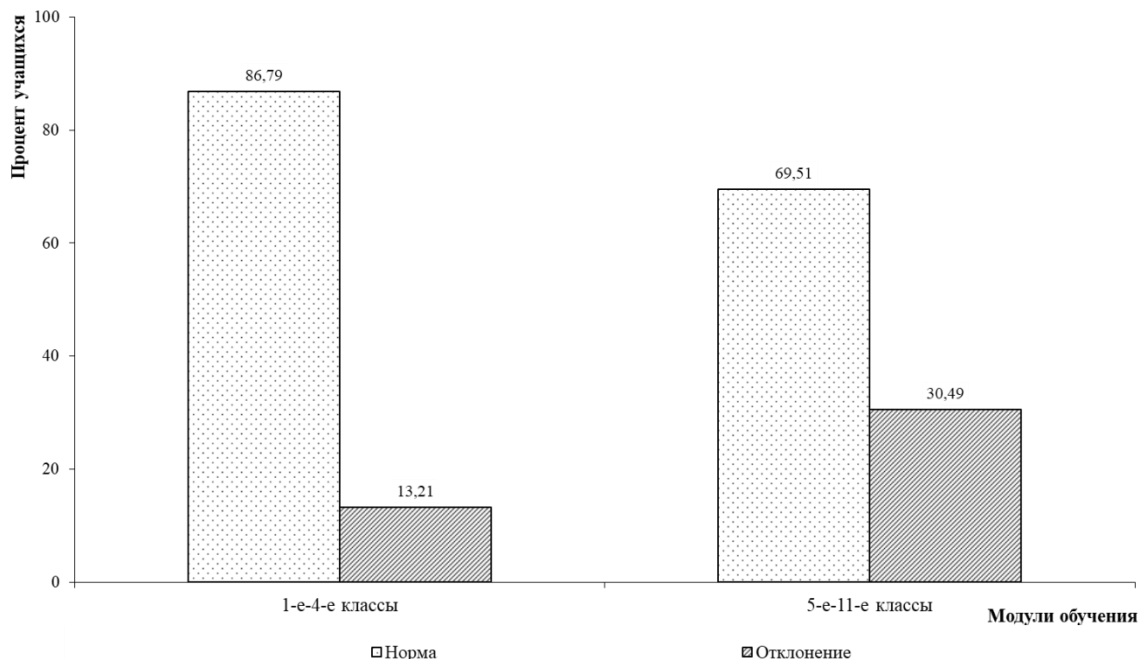


Рис. 6. Сравнительные данные о патохарактерологическом синдроме, выявленные по методике оценки уровня здоровья по основным функциональным системам, для учащихся 1-х – 4-х и 5-х – 11-х классов МБОУ г. Ростова-на-Дону "Школа № 99" (2016–2017 учебный год)

Из данного рисунка следует, что выявляемость патохарактерологического синдрома у учащихся 5-х – 11-х классов (30,49 %) достоверно в 2,3 раза превышает выявляемость этого признака у учащихся начальных классов (13,21 %). Этот факт согласуется с данными канд. мед. наук О. П. Вишневской [4], которая отмечает неблагоприятное течение патохарактерологического развития личности у детей и подростков.

Далее, на рис. 7 приведены сравнительные данные о церебрастеническом синдроме, выявленном по методике оценки уровня здоровья по основным функциональным системам, для учащихся 1-х – 4-х и 5-х – 11-х классов этой же школы.

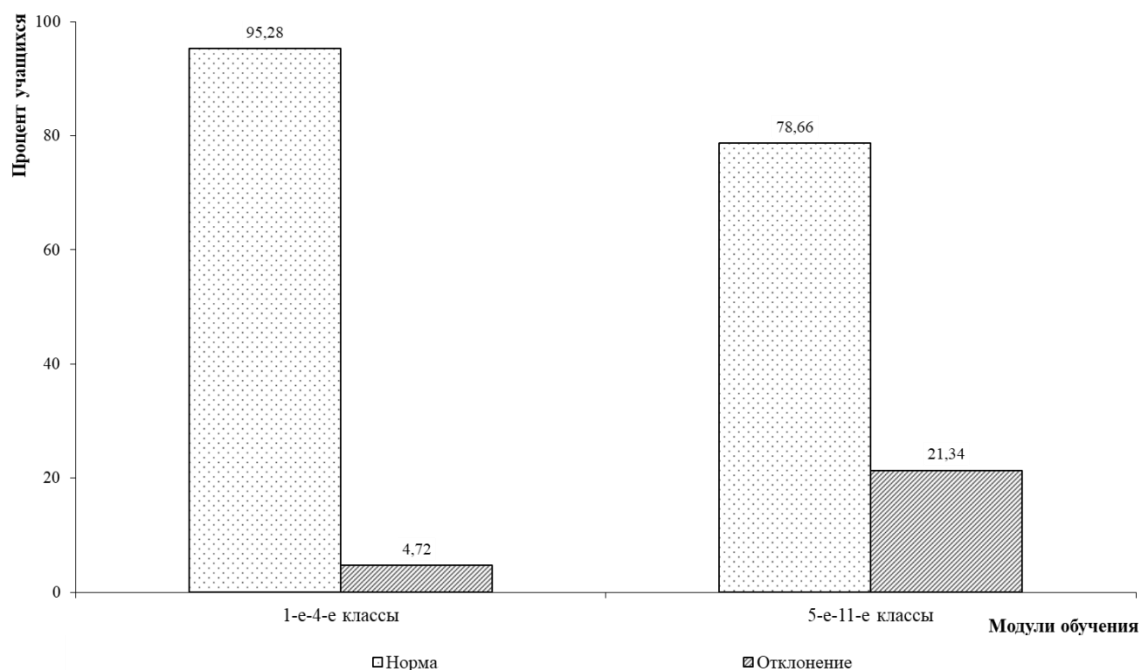


Рис. 7. Сравнительные данные о церебрастеническом синдроме, выявленные по методике оценки уровня здоровья по основным функциональным системам, для учащихся 1-х – 4-х и 5-х – 11-х классов МБОУ г. Ростова-на-Дону "Школа № 99" (2016–2017 учебный год)

Из данного рисунка следует, что выявляемость церебрастенического синдрома у учащихся 5-х – 11-х классов (21,34 %) достоверно почти в четыре с половиной раза превышает выявляемость этого признака у учащихся начального модуля обучения (4,72 %). Этот факт согласуется с данными канд. мед. наук И. А. Трушиной [20], которая сообщает, что «...в младшем школьном возрасте церебрастения отмечалась у 47 % детей, имея тенденцию нарастания в средней и старшей группе до 67 % и 70 % соответственно».

И, наконец, на рис. 8 приведены сравнительные данные о работе сердечно-сосудистой системы, выявленные по методике оценки уровня здоровья по основным функциональным системам, для учащихся 1-х – 4-х и 5-х – 11-х классов этой же школы.

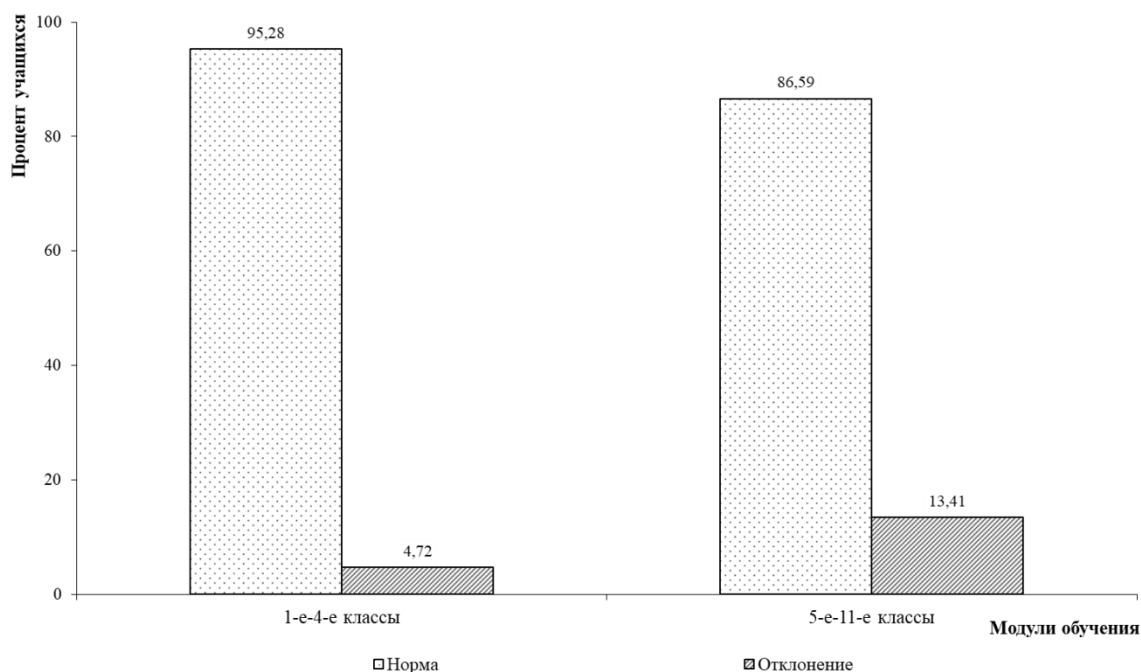


Рис. 8. Сравнительные данные о работе сердечно-сосудистой системы, выявленные по методике оценки уровня здоровья по основным функциональным системам, для учащихся 1-х – 4-х и 5-х – 11-х классов МБОУ г. Ростова-на-Дону "Школа № 99" (2016–2017 учебный год)

Из данного рисунка следует, что выявляемость нарушений в работе сердечно-сосудистой системы у учащихся 5-х – 11-х классов (13,41 %) достоверно почти в 2,8 раза превышает выявляемость этого признака у учащихся начальных классов (4,72 %). Этот факт согласуется с данными докт. мед. наук, профессора И.С. Глазунова [21], который подчёркивает, что «...за последние 10 лет распространенность патологии сердечно-сосудистой системы у детей в возрасте до 18 лет увеличилась более чем в 3 раза, при этом заболеваемость среди подростков 15–17 лет выше, чем среди детей в возрасте 0–14 лет».

На заключительном этапе нашего исследования при помощи программы SPSS мы провели однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) [12] зависимости только что упомянутых показателей от демографических параметров – возраста и параллели обучения (см. табл. 5–7). Результаты, полученные ранее по методике парных сравнений, получили независимое подтверждение.

Таблица 5

**Влияние демографических факторов
на переменную «Патохарактерологический синдром»
(результаты дисперсионного анализа ANOVA)**

Фактор(ы)	ANOVA		
	F	Уровень значимости p	
Возраст	3,812	0,0001	Значим
Параллель	3,364	0,0001	Значим

Таблица 6

**Влияние демографических факторов
на переменную «Церебрастенический синдром»
(результаты дисперсионного анализа ANOVA)**

Фактор(ы)	ANOVA		
	F	Уровень значимости p	
Возраст	3,460	0,0001	Значим
Параллель	3,193	0,001	Значим

Таблица 7

**Влияние демографических факторов
на переменную «Сердечно-сосудистая система»
(результаты дисперсионного анализа ANOVA)**

Фактор(ы)	ANOVA		
	F	Уровень значимости p	
Возраст	2,649	0,006	Значим
Параллель	2,360	0,011	Значим

Таким образом, мы не только установили, что выявляемость ряда показателей, обнаруженных по методике оценки уровня здоровья по основным функциональным системам, достоверно зависит от возраста обучающихся, но и подтвердили это литературными данными.

Заключение

Анализ полученных нами результатов позволяет сделать следующие выводы:

1. В ходе пилотного исследования была апробирована методика оценки уровня здоровья по основным функциональным системам для выявления ранних нарушений здоровья среди школьников 1-х – 11-х классов.

2. Материалы квалиметрической самооценки / экспертного оценивания были обработаны математически и результаты обработки были представлены в виде таблиц и диаграмм.

3. Было изучено распределение респондентов по четырём предложенным авторами методики категориям здоровья.

4. Результаты квалиметрической самооценки / экспертного оценивания уровня здоровья по основным функциональным системам были сравнены с данными, полученными при помощи АПК «АРМИС».

5. Результаты квалиметрической самооценки / экспертного оценивания уровня здоровья по основным функциональным системам были сравнены с результатами традиционного скринингового обследования при помощи методики Г. Н. Носачёва и др.

6. Была исследована зависимость выявляемости ряда показателей от возрастной группы, в которой находятся школьники (модуля обучения) и установлены корреляции с литературными данными.

7. Квалиметрическая методика оценки уровня здоровья по основным функциональным системам может быть использована для оценки уровня здоровья учащихся средней школы.

8. Полученные результаты могут быть использованы учителями и администрацией школы как основа для целеполагания при планировании здоровьесберегающей деятельности, а также в качестве исходных данных при проектировании индивидуальных образовательных маршрутов учащихся.

Библиографический список

1. Альбицкий В.Ю., Макеев Н.И. Здоровьесберегающее поведение подростков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. – № 2. – С. 21-24.
2. Ананьев В.А., Васильев М.А., Горская Е.А., Малиновская Н.Д. Психология здоровья: эмпирические исследования психосоматического и психического здоровья школьников // Вестник Балтийской Педагогической Академии. – 2005. – Вып. 61 «Теоретико-эмпирические исследования в медицинской психологии». – С. 10-23.
3. Апанасенко И.А. О возможности количественной оценки здоровья человека // Гигиена и санитария. – 1985. – № 6. – С.55-58.
4. Вишневская О.П. Динамика патохарактерологического развития личности (по данным отдаленного катамнеза): Дис. ... канд. мед. наук / О.П. Вишневская, Томск, 2007. – 257 с.
5. Войнов В.Б., Бугаев Л.А. Кульба С.Н. и др. Практикум по валеологии / Под ред. Г.А. Кураева. – Ростов-на-Дону, 1999. – С. 15-23.
6. Годков М.А. Гемоконтактные вирусные инфекции (ВИЧ-инфекция, гепатиты В и С) в стационаре скорой медицинской помощи: Автореф. дис. ... докт. мед. наук / М.А. Годков, Москва, 2010. – 47 с.
7. Григорьев А.И. Медицина здорового человека. // Медицинский вестник. – 2003. – № 12.
8. Инновационный проект «Наша здоровая школа»: поиски и решения. Из опыта экспериментальной деятельности МБОУ СОШ № 99. – Ростов-на-Дону: изд-во «Булат», 2014. – 148 с.

9. Казин Э.М., Блинова Н.Б., Литвинова Н.А. Основы индивидуального здоровья человека: введение в общую и прикладную валеологию: Учебное пособие. М.: Изд. центр ВЛАДОС, 2000. – 192 с.
10. Марищук В.Л., Евдокимов В.И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. – СПб., 2001. – 260 с.
11. Назначение и описание критерия Фишера [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.psychol-ok.ru/statistics/fisher/> (дата обращения: 12.05.2017).
12. Наследов А.Д. SPSS: компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках. – СПб.: Питер, 2005. – 416 с.
13. Носачев Г.Н., Хайретдинов О.З., Печкуров Д.В., Уваровская О.Ю. Способ скрининг-диагностики психического напряжения и невротических тенденций у детей и подростков. – Патент Российской Федерации. – Дата публикации: 2007.01.10. – Регистрационный номер заявки: 2004121257/14.
14. Пилотный проект по здоровьесбережению в образовательных учреждениях Ростовской области. – Ростов-на-Дону: ГБОУ ДПО РО «Ростовский институт повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников образования», 2012. – 64 с.
15. Подход к профилактике и реабилитации донозологических нарушений у детей и подростков / Т.Г. Перцева и др. // Валеология. – 2007. – № 2. – С. 25-30.
16. Рапопорт И.К. Методы оценки состояния здоровья детей на популяционном и бытовом уровне [Электронный ресурс]. – <http://www.ppt-online.org/112453> (дата обращения: 03.05.2017).
17. Соколов А.В. Анализ средств неинвазивной донозологической диагностики для оценки эффективности реабилитации. «Материалы 1-го Всероссийского научного форума Инновационные технологии медицины XXI века». – М.: Медэкспо, 2005.
18. Тарасов В.А. Интегрированная оценка качества здоровья населения с использованием компьютерных технологий и их прогностическая значимость в профилактике заболеваний внутренних органов: Дис. ... канд. мед. наук / В.А. Тарасов, Пермь, 2005. – 130 с.
19. Типы статистических шкал [Электронный ресурс]. – URL: http://www.datuapstrade.lv/rus/spss/section_5/2 (дата обращения: 19.05.2017).
20. Трушина И.А. Особенности клинического течения синдрома вегетативной дистонии резидуально-перинатального генеза в школьном возрасте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.А. Трушина, Нижний Новгород, 2005. – 24 с.
21. Укрепление здоровья детей школьного возраста: план действий по разработке региональных программ в России. Часть 1 / И.С. Глазунов, А.К. Демин, Г.Ю. Евстифеева и др. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2004. – № 1. – С. 14-20.
22. t-критерий Стьюдента – метод оценки значимости различий средних величин [Электронный ресурс]. – URL: http://www.medstatistic.ru/theory/t_cryteria.html (дата обращения: 12.05.2017).

ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЕ ВНЕШНЕГО ОБЛИКА, КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

А. А. Поронов
Н. Н. Петрова
М. М. Тюрина

Л. А. Ибрагимова

*Кандидат технических наук, доцент,
кандидат философских наук, доцент,
кандидат технических наук,
старший преподаватель,
магистрант,
Казанский национальный
исследовательский технический
университет им. А. Н. Туполева – КАИ,
г. Казань, Республика Татарстан, Россия*

Summary. This article considers an important factor in the quality of life, as human health is inextricably linked with its appearance, with the condition of the skin. Methods and procedures of diagnostics are shown in the field of modern dermatology, the existing problems are analyzed. We also showed the connection between dermatology and philosophy, which reflects the social problem of mankind.

Keywords: quality of life; dermatology; methods and means of high-precision diagnostics.

Важной составляющей повышения качества жизни человека является его представления о том, как он выглядит в глазах окружающих, как его воспринимают другие люди. На сегодняшний день одним из эффективных способов повышения престижа личности в проекции его физического облика является создание методов и средств диагностики с высокой точностью диагностирования, которые могли бы удовлетворить запросы заинтересованных лиц.

С древних времён медицина входила в круг интересов философии, в рамках которой и были созданы предпосылки медицины как науки. В синергетическом единстве философии и науки рождались представления о состоянии внешнего облика человека, как важнейшего показателя его здоровья. Так древневосточные философы утверждали, что здоровая кожа является украшением внешнего вида человека, особенно для женщин. Вместе с тем, кожа для них являлась местом, где существуют проекции внутренних органов. Данная концепция была доказана около 5000 лет назад в Китае. Народные врачеватели эмпирическим путём обнаружили на коже человека определенные зоны, позднее их начали называть «биологически-активные точки» (БАТ). В древневосточной медицине считалось, что тот внутренний орган, который начинает заболевать, даёт о себе знать путём проявления на кожной поверхности нездоровых новообразований (например, акне). Они полагали, что болезненный орган являлся ущербным в отношении энергетического обмена Ци. Поэтому необходимо с помощью определённых средств раздражать БАТ путём прижигания или точечного воздействия, что приводит к исчезновению болезненных явлений ("Хуанди-нейцзин", 3 век до н.э.). Этот метод, основанный на определенных

философских принципах перемещения жизненной энергии Ци, назывался чжень-цзю. Таким образом, древнекитайская диагностика и терапия были направлены на выявление характера и места нарушения циркуляции энергетического канала (т. е. меридианы) с целью её перераспределения.

По историческим данным за своим внешним обликом и состоянием кожного покрова начали следить еще в третьем тысячелетии до н. э. Об этом свидетельствуют, например, записи на папирусах. Самым ярким доказательством является запись о Клеопатре, которая принимала медно-молочные ванны, способствующие обновлению и увлажнению кожи.

Со временем во всех странах образовался круг лиц определённого социального статуса, у которых запрос на качество жизни и его составляющие начал расти. Повышение потребностей в разнородных методах и средств, направленных на улучшение состояния кожного покрова, обусловлено двумя аспектами:

- с ростом уровня жизни появились желания и возможности следить за своим внешним видом, первоначально исследования состояния кожи и её эволюция осуществлялись применительно к задачам косметологии;

- с ростом потребности контроля за состоянием своего физического облика появились специализированные направления, как в медицинской области (фармацевтические и медицинские учреждения), так и в технике (медтехника) и в сфере услуг (спортивные центры, SPA-клиники).

Второй аспект является звеном коммерциализации, так как с каждым годом косметологическое направление стало показывать все более высокую прибыль. При этом финансы вкладываются в те области, где прибыль наибольшая. В связи с этим в обществе возникает определенное кадровое переключение. Например, сосудистый хирург, работающий в Федеральном бюджетном учреждении (государственная больница), переходит в частную клинику в качестве пластического хирурга.

На сегодняшний день исследование повышения эффективности методов и средств по диагностике и коррекции состояния кожного покрова лица стало одним из перспективных направлений научной деятельности, связанного с постоянным поиском перспективных методов и средств коррекции состояния кожного покрова. Анализ их современного состояния в области решения кожных проблем позволили выявить два направления решения этих проблем:

- 1) медикаментозные средства, направленные на лечение заболеваний кожи (например, лекарства, косметические крема, сыворотки, очищающие средства, уколы с содержанием гиалуроновой кислоты и так далее);

- 2) направление, связанное с совершенствованием методов и средств определения состояния кожи. В основе данного направления лежит применение высокоточных приборов, с помощью которых осуществляется контроль параметров кожи (например, водно-липидный баланс, содержание сальных и потовых желез и меланина, размер сосудов, уровень выделяемо-

го кожного сала) и механических свойств (например, упругость и эластичность) [4].

Несмотря на процветание современной медицины в области дерматологии некоторые вопросы остаются открытыми. Так, на основании проведенных исследований, аналитики выявили, что за последние 11 лет общий объём оказания медицинской помощи с использованием высокотехнологичных приборов является неоднородным. Их применение резко возросло в период с 2006 г. по 2009 г., а затем пошло на спад. Это говорит о том, что реализация высокоточных средств (методов) осуществлялась за счет совершенствования элементной базы, то есть перехода от традиционно применяемых к новым [2, с. 38–39]. А спад отражает тенденцию насыщения рынка этими товарами. Вместе с тем, в Государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» от 15 апреля 2014 г. выделен пункт о необходимости повышения «доступности и качества оказания медицинской помощи населению» [1]. Отсюда следует, что с одной стороны, применяемые методы и средства диагностики не полностью удовлетворяют современным требованиям медицины, а с другой остаются недоступными для определенных социальных слоев общества. В связи с этим, данная проблема остаётся актуальной и на сегодняшний день.

Качество жизни является одним из важнейших показателей развития человеческого потенциала, так как основополагающей ценностью является сама жизнь человека [3, с. 39]. Благодаря прогрессу и достижениям в создании высокотехнологичной медицинской помощи в области дерматологии в настоящее время созданы все предпосылки для совершенствования методов и средств диагностики, возникли возможности (в денежном эквиваленте) и условия (медицинские учреждения) для обеспечения роста качества жизни.

Библиографический список

1. Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения» № 294 от 15 апреля 2014 г. Подпрограмма 2 - "Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации» / URL: <http://base.garant.ru/70643470> (дата обращения: 13.03.2018).
2. Мартынов А. А. Результативность мер по обеспечению доступности специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» / А.В.Власова. – Изд. № 3. – М.: Вестник дерматологии и венерологии, 2014.
3. Петрова Н.Н. Общечеловеческие ценности в эпоху постмодерна. О вопросах и проблемах современных общественных наук / Андреев Я.С., Федотов А.Р. - Челябинск: Изд-во ИЦРОН. II Международная научно - практическая конференция. - 2015.
4. Тимофеев Г. Методы аппаратного исследования кожи человека. М.: Журнал «Косметика и медицина», № 4, 2005 г. URL: <http://www.tat90.ru/page.xhtml?u=479D32C231F14ED2B2CF842B157D3F42> (дата обращения: 10.09.2017).

РУЧНЫЕ МАССАЖЕРЫ КАК ТЕХНОЛОГИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ

Е. Н. Удалова
Е. А. Демиденко
Е. Д. Двинских
А. Е. Пирожков

*Преподаватель,
преподаватель,
студенты,
Свердловский областной
медицинский колледж,
г. Екатеринбург,
Свердловская область, Россия*

Summary. Hand massagers are a complete alternative to massage. Analysis of the practice of using hand massagers as an optimal complex of health-saving technology. Applying massage on a daily basis, it is possible to achieve good stable therapeutic effect.

Keywords: massage in medicine; procedure; good physical shape.

Массаж в медицине применяется более трёх тысячелетий. Накопленный опыт привел к разработке специальных приспособлений, облегчающих выполнение этой процедуры. Ручные массажеры стали полноценной альтернативой массажа. Современные домашние массажеры не напрасно называют «карманными докторами». Их применяют для борьбы с усталостью, улучшения самочувствия и работоспособности, лечения заболеваний опорно-двигательной, нервной системы; улучшения оттока лимфы и межтканевой жидкости, сжигания жира и повышения упругости кожи; стимуляции работы внутренних органов.

Нас заинтересовал анализ практики использования ручных массажеров как оптимального комплекса технологии здоровьесбережения. Хотелось бы остановиться на наиболее популярных видах ручных массажеров:

- Деревянные массажеры-каталки. Они изготавливаются из различных пород деревьев, положительно влияющих на организм человека: дуба, березы, осины, можжевельника и др. Они способны хорошо проработать мышцы, избавлять от отложений солей. Такие устройства являются настоящим спасением для тех, кто много сидит.

- Массажер-дорожка, представляющий собой ленту, состоящую из множества роликов, располагающихся попарно или в 3 ряда. Данные устройства полезны для спортсменов, а также тех людей, которые постоянно испытывают существенные нагрузки. Используя эти устройства, можно повышать тонус мышц, стимулировать работу внутренних органов, снимать болевой синдром.

- Массажер-каталка для стоп. Внешне напоминает скалку с зубчатой поверхностью с одной ручкой. Может быть в виде универсальной беговой дорожки. Представляет собой полукруг, на котором можно разместить сразу две стопы.

При использовании массажеров важно найти степень нажима на кожу, которая может быть различна у каждого человека. При прокатывании

массажером не должно возникать чувство боли, однако, массаж должен быть достаточно чувствительным. Обычно у людей, имеющих нежные кожные покровы, после 4–5 прокатываний появляется чувство тепла и легкое покраснение кожи, хотя можно прокатывать и по 5–10 раз. Важно ориентироваться на самочувствие. Саму процедуру можно повторить до двух раз за день. Всего желательно сделать до 10 процедур, затем дать тканям отдохнуть 10–12 дней и повторить лечение.

Мы провели экспресс-опрос с целью сбора информации о положительных и возможных негативных последствиях использования массажеров в аптечной сети «Живика», сеть ортопедических салонов «ORTIX», а также в гипермаркете массажной техники «Массажный рай» г. Екатеринбурга. Было опрошено 17 посетителей. Небольшое количество респондентов объясняется предпочтением использования людьми Интернет-заказов и доставки покупки. Были заданы вопросы – «Использовали ли Вы ранее массаж с массажером?», «Какие из ручных массажеров Вы предпочитаете?», «Какие изменения в своем состоянии Вы ощутили?». На первый вопрос из 17 респондентов ответили «да, уже использовал» – 15 (88 %), 2 респондента пришли приобретать впервые, желая осмотреть и опробовать массажеры лично. Из этого мы делаем вывод, что это требовательные пользователи, знакомые с процедурой и ожидаемым эффектом. Лидерами при ответах на второй вопрос стали: массажер деревянный – счеты зубчатые для ног (7 чел), массажер с деревянной ручкой и игольчатыми аппликаторами на валиках (5 чел), массажер вибрационный с электропитанием (4 чел) и массажер «Шарик-Ежик» детский (4 чел). Свои предпочтения респонденты объяснили таким образом: приобретается для посетителей косметических салонов, используя оздоровительный эффект массажа ног во время других процедур (маникюр); для родственников зрелого возраста и детей. На третий вопрос респонденты ответили: отметили улучшение физического состояния 12 человек (70,6 %), вначале ухудшение текущего состояния или обострения старых травм и заболеваний, но в процессе регулярных занятий – улучшение 5 человек (29,4 %). Отметили повышение эмоционального фона, появление ощущения спокойствия, снижения стресса более половины опрошенных – 11 человек (65 %).

Но необходимо отметить, что при использовании массажеров для самомассажа респонденты отметили ряд недостатков: не все участки тела можно достать; при массаже одних участков тела, порой приходится напрягать другие, а, как широко известно, наиболее эффективен массаж при максимально расслабленных мышцах. Два человека указали на образование синяков, появившиеся после того, как они использовали массажер.

Мы составили ряд рекомендаций для потребителей:

- Перед тем как начать использовать прибор, необходимо посоветоваться с врачом. Массажеры имеют ряд противопоказаний, которые отличаются как временным, так и постоянным характером. Отказаться от массажных процедур следует в случаях сердечно-сосудистых заболеваний; бе-

ременности; варикозного расширения вен; повышенной температуры; незаживших ран и переломов; серьезных заболеваний кожного покрова.

- Прежде чем приступить к процедуре, постарайтесь придать своему телу наиболее удобную позу. Сначала на это уйдет некоторое время, но затем вы обязательно почувствуете положительный результат.

- Появление синяков говорит о нежной, чувствительной к любым внешним воздействиям коже. Эти микротравмы говорят об индивидуальных противопоказаниях, и в случае их появления необходимо отказаться от процедур.

Регулярное использование медицинских ручных массажеров способствует поддержанию хорошей физической формы. Далеко не всегда есть время и возможность посещать массажный салон, но после активного трудового дня размять тело полезно и приятно. Применяя массаж ежедневно, можно реально добиться хорошего устойчивого терапевтического эффекта. Процедура доступна в домашних условиях. Достаточно демократична ценовая политика при разнообразии видов массажных приспособлений. Мы считаем, что использование ручных массажеров является оптимальным вариантом сохранения здоровья людей и современным комплексом технологии здоровьесбережения.

Библиографический список

1. Андреева Е.А. Как излечить боли в спине и болезни позвоночника. Серия: Здоровый образ жизни и долголетие- М.:РИПОЛ классик, 2013.- С.322.
2. Тюрин А.М., Васичкин В.И. Техника массажа – М.: Медицина, 2012.-С.95
3. <https://apteka.ru/catalog/section/meditsinskie-pribory>
4. <http://fb.ru/article/234955/massajer>

ТИБЕТСКИЕ ТРАВЫ: ХОЛИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ТРАВОЛЕЧЕНИЮ В ТИБЕТСКОЙ МЕДИЦИНЕ

А. Ф. Файзуллин

*Кандидат философских наук,
Научно-исследовательский
Центр тибетской медицины,
г. Уфа, Республика Башкортостан,
Россия*

Summary. The article deals with Ayurvedic practices, methods of herbal medicine used in medicine of the East, shows the mutual influence of Tibetan Buddhism and Indian Ayurveda, marked by a combination of herbs that contribute to the restoration of harmony of spiritual and bodily health. It is revealed that the holistic approach to trauma has a Buddhist philosophy and is focused on the fact that the whole plant is used and applied as a gift of nature to heal the whole human body, not only the sick organ, with the use of accurate recommendations for the pacification of the three life beginnings (doshas).

Keywords: Philosophy of the East; Ayurveda; medical practices; herbal medicine; medicinal herbs; holistic approach; spirit; body; mind.

Влияние трав на здоровье человека доказано тысячелетней историей традиционной медицины Востока, положительные эффекты оценены всем человечеством, а полезные свойства трав используются во многих отраслях науки и медицины. Восточная медицина практикует лечение заболеваний травами с самого момента своего зарождения, так как именно с исследования целебных трав и началась вся медицина, которую мы знаем сегодня. Целебные свойства некоторых трав, найденных нашими предками, сегодня уже не могут стать панацеей от всех болезней, однако, восточная медицина продолжает изучение растений, их целебных свойств в различных вариациях приготовления одного и того же растения. Сегодня практически у каждого жителя земли есть возможность узнать рецепты с использованием целебных трав, открытых восточными целителями – эти рецепты проверены, оценены и активно применяются для лечения современных заболеваний.

Целебные травы помогают даже тогда, когда медицинские препараты перестают действовать: они дарят успокоение и хорошее самочувствие даже при тяжелых болезнях, сочетаются практически с любыми препаратами и процедурами, для них не нужны адаптационные периоды, большие средства и безуспешные поиски. Исследователи отмечают, что на тибетские фитопрепараты у человека реакция проявляется даже быстрее, нежели, чем на химические препараты, и она практически во всех случаях положительная.

Целебные растения обладают прекрасным рассасывающим эффектом, они способны помочь при гематомах, опухолях и других застойных явлениях, многие растения – это фильтры организма человека: они выво-

дят шлаки и токсины, очищают кровь и органы, отвечающие за очищение и перегонку, существуют травы, повышающие иммунитет в целом, применяют при лечении очень большого количества заболеваний.

Древние тексты дают описание тысяч трав, которые имеют целостное воздействие на организм человека и традиционно различаются по своему вкусу, образуя шесть классов растений – сладкие, кислые, солёные, горькие, острые и вяжущие, однако травы имеют и гораздо более мощное воздействие: «горькая хина мгновенно уменьшает Питту, что полезно в случаях сильного жара и жжения. Острый красный перец осушает избыточную слизь, поскольку уменьшает Капху. Травы вяжущего вкуса, такие как куркума, в течение нескольких минут очищают больное горло» [1, с. 175].

Лекарственные травы должны отвечать определенным требованиям:

1. Произрастать в хорошем месте (экологически чистых районах, в оазисах прохлады и тепла – именно там травы впитывают силу Луны и Солнца).

2. Травы должны быть собраны в определенное время:

а) корни, древесину, ветки – лучше собирать осенью, когда соки деревьев высыхают. Эти части тибетской медициной используются для лечения костей, суставов, мышц, сухожилий, а листья, молодые побеги, молочко (млечный сок, например у молочаев), лучше собирать в период роста и в сезон дождей, в основном их применяют для лечения полых органов, костного мозга, заболевания крови;

б) цветы, плоды и концы побегов собирают осенью, в период их созревания и пожелтения. Используют их для лечения глаз, плотных органов и головы (например, плоды шиповника, боярышника для лечения заболеваний сердца);

в) кожицу, луб, смолы собирают весной в период распускания почек; слабительные травы собирают осенью, когда соки сохнут, а силы уходят вниз, атравы с рвотным эффектом собирают весной, когда силы трав устремляются вверх.

Лучшее время для сбора трав – прибывающая Луна, с первого лунного дня до пятнадцатого лунного дня. Во время сбора трав тибетцы обязательно читают мантры с пожеланиями здоровья.

3. Целебные травы должны быть правильно высушены: растения с «охлаждающими» свойствами сушат в тени, а с «горячими» – на солнце, у огня.

4. Кроме всего, травы должны быть обезвреженными («укрошенными», так как часть из них может быть ядовитыми), мягко действовать на организм и хорошо сочетаться с другими средствами.

Традиционная медицина Тибета также широко применяет лечебные ванны, основанные на использовании различных целебных растений, как правило, в них входят до пятидесяти различных компонентов. Целебные

травы в тибетской медицине всегда подбираются индивидуально и в зависимости от заболевания и в целом состояния всего организма пациента.

Травы оказывают благотворное воздействие не только на органы и системы, но и приводят в состояние гармонии и равновесия все энергетические процессы, благодаря чему усиливается воздействие и иных видов лечения. Ванные с целебными травами и настоями показаны людям, страдающим бессонницей, находящимся в стрессовых ситуациях, также они устраняют постоянные боли в мышцах и суставах, оказывают благотворное действие на обменные процессы в организме, повышают иммунитет, улучшают кровообращение, нормализуют работу нервной системы, выводят токсины, омолаживают и тонизируют организм человека.

Для приготовления тибетских ванн используется вода только из естественных и природных источников, «затем готовится настой или отвар из целебных трав. Однако техника приготовления тибетских ванн очень сложная. Она требует правильного сочетания ингредиентов и соблюдения пропорций. В домашних условиях такую процедуру провести невозможно. Она требует особых знаний и умений правильного сочетания трав, их воздействия на энергетическую систему человека и индивидуального подбора растений при определённых заболеваниях» [1, с. 217–218].

С точки зрения буддийской философии, болезнь всегда начинается зарождаться в недрах разума, а затем реализуется на материальном уровне, при заболевании физического тела обязательно происходят нарушения и на уровне психики и эмоций: гармония высших уровней обуславливает гармонию низших уровней.

Основополагающим принципом тибетской медицины является принцип материалистического единства внешней среды и организма, считается, что живой организм и его окружающая среда состоят из четырех первоэлементов материи: огня, воды, земли и воздуха – эти материальные стихии в живом организме обеспечивают функции физиологических регулирующих систем: «рлунг»-ветер, «мкхрис»-желчь, «бадкан»- слизь, которые определяются как нейрогуморальные механизмы.

Тибетская медицина придерживается мнения, что болезни и ускоренное старение человека – это не что иное как сбой в энергетической системе человека и основной задачей видит не лечение конкретной болезни, а восстановление движения энергии, что в результате даёт естественное оздоровление и омоложение. В восточных практиках медицины существует множество способов и методов работы с энергией – это и медитация, и йога, и точечный массаж, и, конечно, траволечение.

Библиографический список

1. Дипак Чопра. Совершенное здоровье. Пер с англ. Зайканова И.В. – СПб.: Будущее Земли, 2005. – 288 с.

2. Тибетская гимнастика. 100 секретных упражнений, которые помогут быть здоровым, богатым и успешным / Алекс Коллер. – Москва: Издательство АСТ, 2017. – 222 с.

УСЛОВИЯ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ УСПЕШНОМУ ОВЛАДЕНИЮ ПРОГРАММНЫМ МАТЕРИАЛОМ ПО УЧЕБНЫМ ПРЕДМЕТАМ ДЕТЬМИ С ОВЗ

З. З. Шхахутова
Б. Х. Хамукова
Е. И. Шарова

*Кандидат педагогических наук, доцент,
кандидат педагогических наук, доцент,
кандидат педагогических наук, доцент,
Адыгейский государственный
университет,
г. Майкоп,
Республика Адыгея, Россия*

Summary. The article deals with the need to create special conditions for the organization of the education and upbringing process that will take into account the special educational needs of children with HIA. When developing programs in general education institutions, all changes and conditions that will be necessary for the successful implementation of inclusive education should be taken into account.

Keywords: inclusive education; children with disabilities; correctional work; inclusive practice.

Внедрение инклюзивного образования сегодня предполагает ряд серьёзных изменений во всей системе образования, в ценностных установках, в понимании того, какое место занимают в педагогическом процессе учителя и родителей вообще. Главная цель образовательного учреждения, вставшего на путь развития инклюзивной практики – это создание таких особых условий, которые позволят развиваться и социально адаптироваться учащимся с ОВЗ и их сверстников.

Создание специальных условий для организации процесса обучения и воспитания, которые позволят учитывать особые образовательные потребности детей с ОВЗ посредством индивидуализации образовательного процесса, описаны в Программе коррекционной работы в образовательном учреждении. Специальные условия для получения образования детьми-инвалидами (детьми с ограниченными возможностями здоровья), закрепленные в нормативно-правовых, регламентирующих и рекомендательных документах, можно условно разделить на несколько групп, определяющих направления работы образовательного учреждения, реализующего инклюзивную практику. Общее для всех и самое основное условие для включения ребенка с ОВЗ в социальное и – в частности – образовательное пространство – это создание универсальной безбарьерной среды, которая позволит обеспечить полноценную интеграцию детей-инвалидов в современное общество. При этом на уровне образовательного учреждения это усло-

вие дополняется задачей создания адаптивной образовательной среды [2]. Необходимость создания специальных условий для получения образования учащимися с ОВЗ связано не только с созданием определенной материально-технической базы образовательного каждого учреждения, но и с изменением всей образовательной среды. Инклюзивная образовательная среда каждого учреждения должна опираться на методологию, которая должна быть направлена на развитие личности самого ребенка и которая признает его уникальность, неповторимость и получения права на реализацию разных своих потребностей при организации совместной деятельности, которая является ведущей для каждого определенного возраста (как игровой, так и учебной), совместного образа жизни детей [1].

Можно сказать, что инклюзивное образование детей с ограниченными возможностями здоровья – это фундаментальная основа перспективного плана развития и совершенствования подлинно гуманистического общества, в котором система образования относится к одному из основных трансляторов культуры, ценностей, информации, накопленных человечеством веками. К ведущим факторам включения детей младшего школьного возраста в систему инклюзивного образования можно отнести: создание адаптированной образовательной программы для учащихся с ОВЗ, их сопровождение, тьюторство, материально-техническое оснащение, наличие специального оборудования; возможности для использования в образовательном процессе дистанционных технологий обучения, организационная структура образования, которая включает в себя такие аспекты, как нормативно-правовая база, финансово-экономические условия, инклюзивная культура в организации, степень взаимодействия с внешними организациями и родителями воспитанников (требуется разработать регламенты взаимодействия с внешними институтами, локальными актами образовательной организации, которые реализуют инклюзивную практику), информационно-просветительское обеспечение; комплексный подход в организации психолого-педагогического сопровождения, коррекционная работа, кадры.

Следует также выделить, что существование инклюзивных школ положительно сказывается на обычных детях, а не только на учащихся с ОВЗ. Помогая своим сверстникам, имеющим ограниченные возможности в здоровье активно участвовать в образовательной и социальной деятельности, нормально развивающиеся учащиеся, незаметно для себя, получают серьезный жизненный опыт. Положительный аспект этого заключается в росте социальной сознательности, в осознании учащимися отсутствия различий между всеми людьми, в развитии их самосознания и самооценки, в становлении их собственных принципов, и, что, не менее важно – способствует искренней заботе и дружбе.

Таким образом, можно сказать, что при разработке современной общеобразовательной программы следует учитывать все изменения и условия, которые будут необходимы для успешной реализации инклюзивного

образования, а именно – принятие индивидуальности каждого отдельного учащегося и удовлетворение особых потребностей каждого ребенка.

Библиографический список

1. Исследование отношения педагогов и родителей к инклюзии в дошкольной образовательной организации Еронько Ж.В. Глушак Е.В. Инклюзивное образование: результаты, опыт и перспективы: сборник материалов III Международной научно-практической конференции [Текст] / под ред. С.В. Алехиной. – М.: МГППУ, 2015. – 528 с.
2. Создание и апробация модели психолого-педагогического сопровождения инклюзивной практики [Текст]: Методическое пособие / Под общ.ред. С.В. Алехиной, М.М. Семаго. – М.: МГППУ, 2012. – 156 с.



III. PEDAGOGICAL BASES OF BUILDING A CULTURE OF HEALTHY LIFESTYLES



ИГРЫ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ БЕЗОПАСНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

А. Н. Абанина

*Магистрант,
Южно-Уральский государственный
гуманитарно-педагогический
университет,
г. Челябинск, Россия*

Summary. Game is the leading activity for children 6–7 years. The article shows the positive impact of games on the perception of a safe way life in the juniors.

Keywords: safe way life; culture of safety; games; juniors.

Детство является ключевым периодом жизни, когда формируются все функциональные структуры, определяющие потенциальные возможности взрослого человека. Поэтому на этапе школьного возраста, когда жизненные установки детей еще недостаточно прочны, и нервная система отличается особой пластичностью, необходимо формировать мотивацию на здоровье и ориентацию их жизненных интересов на безопасный образ жизни.

Формирование у детей ответственности за индивидуальное здоровье – это педагогическая проблема, и только медицинскими средствами ее не решить. В школьном возрасте биологическая потребность в движении является ведущей и оказывает влияние на интеллектуальное и эмоциональное развитие ребенка, его привычки и поведение.

Поэтому наиболее эффективным является приобщение детей к ценностям безопасного образа жизни в процессе физического воспитания, где в полной мере реализуется потребность в двигательной активности на интересе детей физкультурной деятельности следует формировать умение и навыки безопасной жизнедеятельности, мотивацию на здоровье [1].

Термин «безопасный образ жизни» у многих педагогов ассоциируется со «здоровым образом жизни», о котором неоднократно ведется речь во ФГОС, и ошибочно воспринимается как нечто интуитивно понятное и само собой разумеющееся. Тем не менее, у внимательного и думающего педагога, реализующего ФГОС, должен возникнуть целый ряд вопросов, например:

- Что такое «безопасный образ жизни»?
- Каковы составляющие «безопасного образа жизни»?

- Чем «безопасный образ жизни» отличается от «здорового образа жизни»?

- Как формировать у учащихся убеждения, установки и навыки безопасного образа жизни?

- Что представляет собой «система знаний об основах безопасного образа жизни»? [2].

Многие специалисты убеждены в том, что понятие «культура» гораздо шире, чем понятие «образ жизни». Культура влияет на образ жизни, но и образ жизни ежедневно изменяет культуру. Разница состоит в том, что понятие «образ жизни» выражает материально-практическую, повседневную сторону этой совокупности элементов, а «культура» – духовную, возвышенную сторону [3].

Как отмечает А. В. Петровский [4] «младшим школьникам указывают весьма широкий свод норм и правил поведения, которыми они должны руководствоваться во взаимоотношениях с учителем и взрослыми в разных ситуациях, при общении с товарищами на уроках и переменах, в общественных местах, на улице, в чрезвычайных ситуациях».

Одной из форм работы являются игры. Игра выступает как средство всестороннего воспитания личности ребенка. С помощью игр дети приучаются самостоятельно мыслить, использовать полученные знания в различных условиях в соответствии с поставленной задачей.

Игра – это вид деятельности в условиях ситуаций, направленных на воссоздание и усвоение общественного опыта [7], в котором складывается и совершенствуется самоуправление поведением. В игре дети более охотно выполняют то, что вне игры может им казаться неинтересным и трудным.

На примере нашего опыта, в предупреждении травм у детей и формирования понятия травматизм, нашла свое применение игра «Нарисуем карту травмоопасных мест в школе». Учащихся надо научить играть – практически показывать им наиболее целесообразные и экономные игровые приёмы, наиболее выгодные тактические действия, применяемые в различных игровых ситуациях [6]. Двигательные действия в подвижных играх очень разнообразны: подражательные, образно-творческие, ритмические; выполняются в виде двигательных задач. Подвижных игр, в которые можно играть на школьных переменах, очень много. Здесь важно знать меру и стараться не перевозбудить учащихся, иначе им потом будет трудно сразу сосредоточиться на уроке.

Таким образом для педагога игра может стать одним из инструментов активизации познавательных способностей детей, успешности усвоения и обучения в целом. Но и свою позицию в игре организатора и партнера учитель не должен забыть [5].

Библиографический список

1. Белоусова Н. А. Формирование культуры здоровья и безопасности в условиях ФГОС НОО // Образование и социум: безопасность поликультурного пространства

- России: мат-лы Всеросс. заочной научно-практической конференции. – 2014. С. 202-205.
2. Белоусова Н. А., Ильяшенко Е.В. Сетевое взаимодействие образовательных учреждений и образовательных организаций по вопросам здоровьесбережения. // Сетевое взаимодействие как форма реализации государственной политики в образовании: мат-лы Всеросс. научно-практической конф. 2015. С.73-75.
 3. Беляева Е. Б. Развитие психических процессов младших школьников в процессе игры как ведущей формы обучения // Инновационные проекты и программы в образовании. 2009. №6. - С.87-89.
 4. Боровская Л. А. Формирование у младших школьников основ здорового образа жизни как требование федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования // Вестник ПГГПУ. Серия № 1. Психол. и педагогич. науки. 2013. №2. - С. 97-101.
 5. Мокрушина А. В., Мальцев В.П. Методологические вопросы формирования культуры здоровья школьников во внеурочной деятельности // Стратегия устойчивого развития в исследованиях молодых ученых: сб. статей и тезисов докладов XIII междунар. науч.-практ. конф. студентов, магистрантов и аспирантов. – 2017.- С. 609-612.
 6. Шибкова Д. З., Мальцев В. П., Смирнова Ю. В. Сохранение соматического и психического здоровья учащихся – критерий здоровьесберегающей деятельности образовательного учреждения // Актуальные вопросы восстановительного лечения, оздоровления, спортивной медицины: сб. трудов обл. науч.-практ. конф. –Челябинск, 2009. - С. 149-152.
 7. Яковлева Т. В., Иванова А. А., Терлецкая Р. Н. Проблемы формирования здорового образа жизни у детей и учащейся молодежи // Казанский мед. журн. 2012. №5. – С.791-794.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Ю. П. Колесникова

*Учитель,
Средняя общеобразовательная
школа № 33,
г. Белгород, Россия*

Summary. The article is devoted to the topical theme of the formation of the lifestyle of children and adolescents, as well as the identification of problems related to the formation of the lifestyle of children and adolescents and the involvement of the Institute of civil society, the development of the volunteer movement in order to solve this early problem.

Keywords: children; adolescents; healthy lifestyle; risk factors; education.

Данную статью хотелось бы начать со слов Валентина Грудева: «У России должно быть прекрасное будущее, потому что у неё прекрасные дети» [5]. Встает вопрос – если же наши дети будут нездоровы, тогда какое же будущее ждет Россию? В последние годы говорить о состоянии российских детей необходимо с особенной тревогой, так как согласно статисти-

ческим данным, 40 % учащихся страдают различными хроническими заболеваниями; 60 % – имеют нарушения осанки; 20 % старшеклассников – повышенное давление. Эти цифры с каждым годом растут. Об этом свидетельствует постоянно сокращающийся набор в вооруженные силы России призывников в связи с состоянием здоровья. Исследования показывают, что около 30 % детей школьного возраста составляют группу риска. У них после совершеннолетия начинают проявляться такие заболевания как диабет, гипертония, атеросклероз и др. [2].

На современном этапе развития страны существенно возросло количество подростков, которые употребляют наркотические средства и психотропные вещества, а также алкогольную продукцию. Так, средний возраст, страдающих наркозависимостью находится в диапазоне 16–18 лет, а также нередки случаи приобщения к наркотикам 6–7-летних детей [3], а молодых лиц, которые употребляют алкогольную продукцию, чаще всего составляю дети 13 лет, при этом 1/3 часть парней и 1/5 часть девушек [4].

Из всего вышеперечисленного можно сказать, что современная молодежь не умеет организовывать свой досуг, чаще всего образ молодежи складывается из посещения ночных клубов, употребление спиртосодержащей продукции, курение и употребление наркотических средств и психотропных веществ со своими сверстниками, либо лицами склоняющих их. Описываемое поведения подростков нередко приводит к приводам в органы внутренних дел и что самое страшное – это смерть от запрещенной российским законодательством продукции.

Необходимо отметить, что проблема формирования здорового образа жизни первым делом заключается в том, что современная молодежь не желает заниматься физической культурой и спортом, так как не имеют определенной мотивации. Стоит заметить, что мотивация идет с семьи и кроме того, большинство научных деятелей считает, что именно семья должна прививать здоровый образ жизни ребенку и в том числе обеспечить здоровое питание. Необходимо обратиться к данным статистики Всемирной организации здравоохранения, количество детей и подростков, страдающих ожирением за сорок лет увеличилось в 11 раз, достигнув к 2016 году 124 миллионов человек [1].

Немаловажным критерием в формировании здорового образа жизни у детей и подростков, является питание в школах, где они обучаются. Как считают ученые Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова, г. Москва, Т. В. Яковлева, А. А. Иванова, Р. М. Терлецкая, что в дошкольном и младшем школьном возрасте (3–9 лет) одна из основных проблем здоровья и развития детей – питание. Они отмечают, что дети этого возраста всё в большей мере приобретают свои предпочтения в еде, формируются неправильные привычки питания, сохраняющиеся в течение последующей жизни. Недостаточное получение питательных веществ в этом возрасте отрицательно сказывается на

показателях физического развития, заболеваемости, успеваемости, а также способствует развитию обменных нарушений и хронической патологии [9].

Что касается учебных учреждений, то на настоящий период времени ситуация со школьным питанием неблагоприятная, в ряде регионов горячим питанием не обеспечены от 30 до 40 % детей. Около 10 % общеобразовательных учреждений не имеет условий для организации школьного питания. Некоторые врачи, также определяют негативные аспекты в формировании здорового образа жизни детей, к ним относятся: повышенный объем учебной нагрузки, нерационально составленное расписание уроков; инновационные методики и технологии обучения, не соответствующие возрастным и физиологическим особенностям учащихся; авторитарность современной школы, несоответствие образовательных учреждений санитарно-эпидемиологическим требованиям.

Следующим немаловажной проблемой является физическая развитость молодежи, так, занятие физической культурой и спортом становится зачастую дорогостоящим, так как на занятие в тренажерных залах и фитнес-центрах не у всех хватает денежных средств. Что касается размещения бесплатных тренажерных комплексов, то их почти нет, а если и есть, то они в плачевном состоянии. Как отмечает Э. Каневский, Фитнес-эксперт, член Ассоциации Профессионалов Фитнеса (FPA), что те тренажеры, которые стоят на улицах не соответствуют тем стандартам безопасности и качества, это означает, что данное занятие не принесет пользы, но что самое главное, они могут принести существенный вред [8].

Из всего вышеперечисленного, можно сказать, что существует немало проблем в формировании здорового образа жизни у молодежи, начиная от семейной обстановки и заканчивая проблемой наркотизации и алкотизации молодежи, но тем самым есть определенные пути решения, которые уже предприняло и продолжает предпринимать наше государство.

Так, согласно Указу Президента Российской Федерации от 29 мая 2017 года № 240 [8], в целях совершенствования государственной политики в сфере защиты детства, учитывая результаты, достигнутые в ходе реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы, было объявлено «Десятилетие детства» с 2018 до 2027 года. Согласно данной программе Правительству Российской Федерации в 3-х месячный срок утвердить план основных мероприятий до 2020 года, проводимых в рамках «Десятилетие детства».

В данном плане содержатся различные мероприятия, а также определенные аспекты по усовершенствованию концепций формирования здорового образа жизни детей и подростков, в которые входят следующее [3]:

1. Разработка мер по обеспечению несовершеннолетних граждан, обучающихся в образовательных организациях по программам начального, основного и среднего общего образования, бесплатным питанием;

2. Подготовка предложений о безвозмездном пользовании детьми из многодетных и малообеспеченных семей бесплатными физкультурно-

оздоровительными и спортивными услугами, оказываемыми учреждениями системы физической культуры и спорта;

3. Разработка субъектами Российской Федерации «Карты детства», которая содержит в себе информацию о секциях, кружках, студиях и иных детских объединениях, спортивных объектах, культурных объектах, детских оздоровительных лагерях, образовательных организациях, медицинских организациях, реабилитационных центрах и т.д. (предложение Общественной палаты Российской Федерации);

4. Подготовка предложений по строительству объектов инфраструктуры детства в 2019–2025 годах (образовательных и медицинских организаций, реабилитационных центров спортивных и культурных объектов, детских оздоровительных лагерей и т. д.) (предложение Минтруда России);

5. Реализация межотраслевого проекта социально-оздоровительной технологии «Здоровый дошкольник!» по оптимизации в дошкольных образовательных организациях Российской Федерации эффективных элементов технологий оздоровления, образования и семейного воспитания детей раннего и дошкольного возраста в зависимости от демографических, экологических и климатических особенностей территорий (предложение Российского общества социологов и «Ассоциации лучших дошкольных образовательных организаций и педагогов»);

6. Разработка и утверждение Стратегии развития индустрии детского питания в Российской Федерации (предложение Комитета Совета Федерации по социальной политике);

7. Реализация мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни детей и молодежи и внедрение здоровьесберегающих технологий (Предложение Минтруда России). В список таких технологий входят: закаливание (которое проходит после дневного сна), корригирующие упражнения (развитие координации), зрительная гимнастика, артикуляционная гимнастика (правильное произношение звуков); пальчиковая гимнастика, дыхательная гимнастика, занятие с логопедом и др.;

8. Разработка федерального закона «Об охране здоровья детей в Российской Федерации» (Предложение Комитета Совета Федерации по науке, образованию и культуре) и др.

Таким образом, подводя итог данной статьи, хотелось бы сказать, что формирование образа жизни молодого поколения зависит в большей степени от государства и предоставления им улучшенных условий формирования личности ребенка, но также зависит от самой личности и ее окружения, в частности семьи.

Библиографический список

1. Всемирная организация здравоохранения назвала количество страдающих ожирением детей и подростков в 2016 году. URL: <https://ria.ru/world/20171011/1506586452.html>
2. Высказывания, афоризмы. URL: <http://www.aphorism.ru/comments/lhz5vx9j4s.html>

3. План основных мероприятий до 2020 года, проводимых в рамках Десятилетия детства. Подготовлен: 25.07.2017 года. URL: <http://детипетербург.рф/Storage/Files/2324/вариант%2025%2007%2017%20проекта%20плана%2010%20лет%20детства%20.pdf>
4. Подростковый алкоголизм в России статистика 2017. URL: <http://uaeq.info/alkogolizm-2/podrostkovyj-alkogolizm-v-rossii-statistika-2017/>
5. Проблемы формирования здорового образа жизни у детей. URL: https://studwood.ru/1062101/pedagogika/problemy_formirovaniya_detey
6. Статистика наркомании в России: цифры и факты. URL: <https://stopzavisimost.ru/blog/statistika-narkomanii-v-rossii.html>
7. Указ Президента Российской Федерации от 29 мая 2017 года № 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства». URL: <https://rg.ru/2017/05/29/prezident-ukaz240-site-dok.html>
8. Уличные тренажеры: польза или риск для здоровья. URL: <https://roscontrol.com/community/article/ulichnie-trenageri-risk-ili-polza/>
9. Яковлева Т.В., Иванова А.А., Терлецкая Р.М. Проблемы формирования здорового образа жизни у детей и учащейся молодежи // Казанский медицинский журнал. 2012. Том 3. № 5. С.792.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩАЯ СРЕДА И ФАКТОРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ЕЕ СОЗИДАНИЮ

А. А. Макеева

*Магистрант,
Южно-Уральский государственный
гуманитарно-педагогический
университет,
г. Челябинск, Россия*

Summary. This article is about the necessary conditions in the educational organization for the formation of health in schoolchildren, as well as about the risk factors that prevent the formation of a health-saving environment.

Keywords: children's health; health-saving environment; quality of education; risk factors.

Под «здоровьесберегающей средой» следует понимать окружающую и социальную среду, способствующую достижению личности полноценного формирования, содействующую ее физическому, духовному и социальному благополучию. Необходимо гармоничное сочетание социального, физического, интеллектуального, карьерного, эмоционального и духовного элементов [1, 7]. Здоровье человека – это жизненная энергия, возможность трудиться творчески, умственно и физически, отдыхать, быть уверенным в себе и своем будущем [6].

Здоровье детей и подростков в любом обществе и при любых социально-экономических и политических ситуациях является актуальнейшей проблемой и предметом первоочередной важности, так как оно определяет будущее страны, генофонд нации, научный и экономический потенциал

общества и, наряду с другими демографическими показателями, является чутким барометром социально-экономического развития страны [2, 6].

Поэтому сохранение здоровья в образовательном процессе необходимо рассматривать как государственную, общественную и личностную ценность.

Образовательные организации должны создать максимально благоприятные условия для гармоничного развития личности ребенка, приобщить его к соблюдению правил здорового образа жизни.

Так, в Федеральных государственных образовательных стандартах для начальной и основной школы выделен раздел «Здоровый и безопасный образ жизни», задачи которого – создание здоровьесберегающей среды в образовательных учреждениях, формирование ценности здоровья и здорового образа жизни.

Если в образовательном учреждении будет создана такая здоровьесберегающая среда (климат здоровья, культуры доверия, личностного созидания), тогда и будут возможны полноценное сохранение и укрепление здоровья как школьников, так и всех участников образовательного процесса, обучение здоровью, формирование культуры здоровья, усвоение ее духовно-нравственных, эстетических, физических компонентов так же у всех участников образовательного процесса [1, 3].

К основным показателям здоровьесберегающей среды образовательного учреждения можно отнести:

- гуманистическая направленность эмоционально-поведенческого пространства;
- учет индивидуально-возрастных особенностей обучаемых;
- разностороннее развитие творческой личности;
- грамотная организация лечебно-профилактических и информационно-просветительских мероприятий;
- содействие самореализации самоутверждению субъектов образовательного процесса;
- соблюдение санитарно-гигиенических норм;
- система мер для коррекции нарушений соматического здоровья, включающая использование комплекса оздоровительных и медицинских мероприятий без отрыва от образовательного процесса;
- оздоровительная система физического воспитания как в урочное, так и во внеурочное время;
- разработка и реализация дополнительных образовательных программ по формированию культуры здоровья, сохранению и укреплению здоровья обучающихся, профилактике вредных привычек;
- обеспечение психологического комфорта всем участникам образовательного процесса;
- использование здоровьесберегающих образовательных технологий;
- интеграция в учебно-воспитательный процесс оздоровительных мероприятий;

- улучшение социальной адаптации и обеспечение семейного консультирования, ориентированного на укрепление здоровья детей;
- организация работы по укреплению здоровья педагогов;
- обучение педагогических кадров по вопросам охраны здоровья детей;
- проведение мониторинга здоровья.

Здоровье – это основной фактор, определяющий эффективность обучения. Только здоровый ребёнок способен успешно и полностью овладеть школьной программой без чрезмерного напряжения. Снижение уровня здоровья школьников, как правило, приводит к трудностям в обучении, особенно если в школе не созданы условия для нормальной жизнедеятельности организма ученика [7].

Существует ряд факторов, которые пагубно влияют на здоровье как школьников, так и всего человечества в целом. К таким факторам можно отнести: генетическую обусловленность, неблагоприятные социальные, экологические условия развития и другие им подобные. Также неблагоприятное и существенное воздействие на здоровье школьников оказывает и другая группа факторов – это «внутришкольные», которые непосредственно имеют отношение к проблеме применения здоровьесберегающих образовательных технологий. С негативным влиянием именно этих факторов, к которым относится интенсификация и нерациональная организация учебного процесса, несоответствие методик обучения возрастным возможностям школьников и т. п., специалисты связывают до 40 % детско-подростковой патологии [2, 5].

Ниже представлены внутришкольные факторы, которые представляют потенциальную угрозу для здоровья учащихся и, как следствие, снижение качества их обучения:

1. Гигиенические условия или факторы:

- шум, освещенность, воздушная среда;
- размер помещений, кубатура, дизайн, цвет стен;
- мебель: размеры, размещение в помещении;
- видеоэкранные средства – компьютеры, телевизоры;
- пищеблок: ассортимент, качество пищи, организация питания, качество питьевой воды, используемой в школе;
- экологическое состояние прилегающей к школе территории;
- состояние сантехнического оборудования;

2. Учебно-организационные факторы (зависящие в большей степени от администрации школы)

- объем учебной нагрузки, ее соответствие возрастным и индивидуальным возможностям школьника;
- расписание уроков, распределение нагрузки по дням, неделям, в учебном году;
- организационно-педагогические условия проведения урока (плотность, чередование видов учебной деятельности, проведение физкультминут, упражнений для зрения и т.п.);

- объем физической нагрузки по дням, за неделю, за месяц (на уроках физкультуры, на переменах, во внеучебное время);
- особенности устава школы и норм школьной жизни;
- медицинское и психологическое обеспечение школы;
- участие родителей учащихся в жизни школы;
- стиль управления администрации, характер отношений «по вертикали»;
- психологический климат педагогического коллектива, характер отношений «по горизонтали»;
- интегрированность школы в окружающий социум, влияние администрации района и других организаций на жизнь школы;
- наличие/отсутствие системы работы по формированию культуры здоровья и здорового образа жизни учащихся;
- позиция и уровень компетентности руководства по вопросам сохранения и укрепления здоровья учащихся.

3. Психолого-педагогические факторы (зависящие в большей степени от учителя)

- психологический климат в классах, на уроке, наличие эмоциональных разрядок;
- стиль педагогического общения учителя с учащимися;
- характер проведения опросов и экзаменов, проблема оценок;
- степень реализации учителем индивидуального подхода к ученикам (особенно, группы риска);
- особенности работы с «трудными подростками» в классе;
- соответствие используемых методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям школьников;
- степень ограничений в свободе естественных телесных, эмоциональных и мыслительных проявлений учащихся на уроках (и вообще во время пребывания в школе);
- личностные, психологические особенности учителя, его характера, эмоциональных проявлений;
- состояние здоровья учителя, его образ жизни и отношение к своему здоровью;
- обремененность учителя собственными проблемами, его способность психоэмоционального переключения;
- степень педагогической автономии и возможности инновационной деятельности учителя;
- профессиональная подготовленность учителя по вопросам здоровьесберегающих образовательных технологий.

Данные внутришкольные факторы – это поле педагогической деятельности, те направления, работая по которым можно переломить тенденцию к снижению уровня здоровья подрастающего поколения.

Исследования Института возрастной физиологии РАО позволяют выделить школьные факторы риска, и распределить их по мере убывания значимости и силы влияния на здоровье обучающихся [4]:

1. стрессовая педагогическая тактика;
2. несоответствие методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям школьников;
3. несоблюдение элементарных физиологических и гигиенических требований к организации учебного процесса;
4. недостаточная грамотность родителей в вопросах сохранения здоровья детей;
5. провалы в существующей системе физического воспитания;
6. интенсификация учебного процесса;
7. функциональная неграмотность педагога в вопросах охраны и укрепления здоровья учащихся;
8. частичное разрушение служб школьного медицинского контроля;
9. отсутствие системной работы по формированию представления о здоровье и здоровом образе жизни как ценности.

Исходя из вышеперечисленных школьных факторов риска, можно выделить следующие принципы здоровьесбережения в образовательном учреждении [1]:

1. не навреди;
2. принцип поддержания интереса к двигательной и познавательной активности;
3. действенный приоритет здоровья;
4. принцип непрерывности и преемственности;
5. принцип субъект – субъектного взаимоотношения с учащимися;
6. принцип соответствия содержания и организации обучения возрастным особенностям учащихся;
7. комплексный, междисциплинарный подход к организации обучения;
8. медико-психологическая компетентность учителя;
9. принцип гармоничного сочетания обучающих, воспитывающих и развивающих педагогических воздействий;
10. приоритет позитивного подкрепления над негативным;
11. приоритет активных методов обучения;
12. приоритет сочетания охранительной и тренирующей стратегий здоровьесбережения в школе;
13. принцип формирования ответственности учащихся за своё здоровье;
14. принцип отсроченного результата;
15. принцип контроля над результатами здоровьесберегающей деятельности.

Таким образом, для того чтобы вырастить и воспитать здоровую личность, нужно, в первую очередь, создать условия, которые благоприятно скажутся на процессе формирования ребенка. Здоровьесберегающая среда обеспечивает благополучное развитие ребенка, и способствует его успешной социализации.

Библиографический список

1. Безруких М. М. Здоровьесберегающая школа. – М.: МГПИ, 2008. – 222 с.
2. Белоусова Н.А. Факторы, влияющие на физическую подготовленность детей// Теория и практика физической культуры. - 2007. - № 10. - С. 68.
3. Белоусова Н.А. Формирование культур здоровья и безопасности в условиях ФГОС НОО // Образование и социум: безопасность поликультурного пространства России: мат-лы Всероссийской заочно научно-практической конференции. Челябинск. - 2014. - С. 202-205.
4. Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения: методические рекомендации / под ред. М.М. Безруких, В.Д. Сонькина. М.: Триада-форм, 2002.-114с.
5. Мальцев В.П., Шибкова Д.З., Шибков А.А. Профилактика нарушений здоровья учащихся средних образовательных с помощью естественных факторов окружающей среды// Актуальные проблемы охраны здоровья учащихся и рабочих проф. Групп в экологически неблагоприятных условиях: мат-лы VIII Междунар. Научно-практической конф. – Брянск, 26-27 июня 2012. - С. 54-58.
6. Сопровождение здоровья учащихся в образовательном учреждении: система работы, мониторинг / Сост. М.А. Павлова, О.С. Гришанова, Е.В. Гусева – Волгоград: Учитель, 2010. – 248с.
7. Шибкова Д.З., Мальцев В.П., Смирнова Ю.В. Сохранение соматического и психического здоровья учащихся – критерий здоровьесберегающей детальности образовательного учреждения // Актуальные вопросы восстановительного лечения, оздоровления, спортивной медицины: сб. трудов областной науч.-практич. конф. – Челябинск, 2009. – С 149-152.



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



РОЛЬ ЛАБОРАТОРИИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ВЫПУСКНИКОВ

И. Л. Дроздова

И. В. Зубкова

С. Н. Удалова

О. И. Басарева

Доктор фармацевтических наук, доцент,

кандидат фармацевтических наук,

доцент,

кандидат фармацевтических наук,

кандидат биологических наук,

Курский государственный

медицинский университет,

г. Курск, Россия

Summary. A significant role in the educational process is given to simulation training. The paper analyzes the use of the laboratory of practical skills as one of the most effective forms of simulation training. Analysis of practice-oriented training has shown that the work of students in the laboratory allows to form all the necessary professional competence.

Keywords: laboratory; practice-oriented training; competence.

В настоящее время среди активных методов обучения в высшей школе широко используется практико-ориентированное обучение, направленное на формирование умений и навыков, приближенных к ситуациям предстоящей профессиональной деятельности [1]. При этом значительная роль в учебном процессе отводится симуляционному обучению.

В Курском государственном медицинском университете создан Центр аккредитации и симуляционного обучения (ЦАСО), включающий в себя ряд лабораторий, направленных на формирование профессиональных компетенций наших выпускников.

Лаборатория практических навыков физико-химических методов анализа создана на базе кафедры фармацевтической, токсикологической и аналитической химии в 2006 году. В настоящее время данная лаборатория имеет специализированную химическую мебель, оснащена современными приборами и оборудованием, согласно требований Федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования (ФГОС ВО) [2, 3]. Возможности лаборатории позволяют проводить качественный и количественный анализ различных лекарственных форм (твердых, жидких, мягких) с помощью методов ИК-спектроскопии, спектрофотометрии в ультрафиолетовой и видимой областях спектра, гравиметрии, амперомет-

рии, поляриметрии, рефрактометрии, кулонометрии, потенциометрии (в т.ч. определение содержания отдельных ионов с помощью селективных электродов), рН-метрии, микрокристаллоскопии, вискозиметрии. Лаборатория имеет свой таблеточный пресс и приборы для анализа основных показателей качества таблеток и капсул (растворимость, распадаемость, твердость, истираемость). Таким образом, оснащение данной лаборатории максимально приближено к оснащению профессиональных лабораторий, занимающихся анализом качества лекарственных форм, т.е. к будущей профессиональной деятельности наших выпускников. Все приборы сертифицированы и регулярно проходят поверку, что позволяет использовать их не только в учебном процессе, но и для проведения научных исследований.

Студенты фармацевтического и биотехнологического факультетов знакомятся с вышеперечисленными методами анализа на практических занятиях по общей и неорганической химии, органической химии, аналитической химии, физической и коллоидной химии, токсикологической химии, фармацевтической химии, фармацевтической технологии. Полученные знания закрепляются при прохождении производственной практики по анализу лекарственных средств, для которой активно используются возможности данной лаборатории. Кроме того, в учебный план по специальности «Фармация» и направлению подготовки «Биотехнология» обязательно входит научно-исследовательская работа (НИР), которая также выполняется на базе лаборатории.

Анализ практико-ориентированного обучения показал, что работа студентов в лаборатории позволяет формировать все необходимые профессиональные компетенции во время занятий и прохождения производственной практики и максимально подготовить их к реальной профессиональной деятельности.

Библиографический список

1. Дроздова И.Л., Зубкова И.В., Басарева О.И., Удалова С.Н. Опыт реализации компетентностного подхода на фармацевтическом и биотехнологическом факультетах КГМУ // Университетская наука: взгляд в будущее: Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 81-летию Курского государственного медицинского университета и 50-летию фармацевтического факультета. В 3-х томах. Под ред. В.А. Лазаренко, П.В. Ткаченко, П.В. Калущкого, О.О. Куриловой. - 2016. - С. 287-289.
2. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 33.05.01 Фармация (уровень специалитета) (Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 11.08.16 г. № 1037).
3. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования (ФГОС ВО) по направлению подготовки 19.03.01 Биотехнология (уровень бакалавриата) (Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 11.03.15 г. № 193).



V. PERSONAL FEATURES RESPONSIBILITY FOR THE PRESERVATION OF HEALTH



PHILOSOPHY OF CULTURE ON HUMAN HEALTH

O. B. Vorobyeva

*Candidate of Philosophical Sciences,
assistant professor,
Samara State University
of Railway Engineering,
Samara, Russia*

Summary. In the history of human culture values a constant of society is the physical and mental health. Since antiquity it was understood by philosophers as the main condition for the free activity of man, his perfection. The need for health is inclusive in nature and belong to the individual, and society as a whole, as a measure of socially-ethical maturity of the state and its people.

Keywords: health; healthy way of life; valeological culture; esoteric culture.

Preservation of own health is purposeful activity of each person as it acts as a necessary condition of life. Health on the scale of cultural values has always occupied a special place, so the study of the phenomenon of health is of great interest to the philosophy of culture.

In favor of the priority of health as the Central value of culture are cultural monuments of the Ancient East. The plates of Mesopotamia of the 2nd Millennium BC say that the highest values are health and longevity, the second most important are the heirs, and only the third placed wealth. The ancient Chinese proverb confirms this idea: «Health is the first wealth».

The earliest definition of health, according to scientists, the definition of Alcmeon: «Health is the harmony of opposing forces» [1, p. 3]. Cicero defined health as the correct ratio of various mental States. Stoics and Epicureans valued health above all, opposing the desire for everything immeasurable and dangerous. The Epicureans said that the health is full satisfaction, subject to the full satisfaction of all needs.

The diversity of views on the essence of this concept, present today in science, due to the fact that health – a very complex concept that is difficult to define briefly and unambiguously. That is why there is currently no generally accepted interpretation of the concept of «health».

Most modern scientists define the concept of health as a person's ability to the optimal physiological, psychological and social functioning. There are definitions that emphasize the role of human consciousness, energy indicators of strength and endurance, parameters of the information flow. According to experts from the world health organization (who), health is a state of complete

physical, mental and social well - being and not merely the absence of disease or infirmity.

In the philosophy of culture the definition of the notion "health": naturalistic (I. I. Brekhman, V. M. Amosov), social (K. Lacour), anthropological (A. Ivanyushkin). All of them are somehow connected with the thesis that a person creates his or her own health, and success in this "creation" depends on the level of assimilation of cultural values created by mankind. The person who has absorbed the best achievements of world culture, is able to choose the main path to the preservation of health, which in modern times is determined by the concept of «healthy lifestyle».

Human health is associated with almost all areas of its activities. Changes in any of them affect the psychosomatic level of health. Health-a harmony of biological and social qualities of man, allowing him to lead an active social and economic life. It causes a high potential of physical, mental and mental capacity of a person and serves as a guarantee of his full life.

The need for health is not only of a personal nature. Society as a whole needs it. The health of the population has a huge impact on the dynamics of economic development of the society, acts as an indicator of its socio-ethical maturity, the level of care of the state about its citizens. Improving the quality of medicine, its availability, increasing the number of sports facilities, recreational facilities and so on – are indicators of reliability, well-being, economic stability of the state.

Culture throughout the history of mankind has offered a variety of methods to preserve health. Practiced for centuries system of the organization of the home, the rhythm of life, sleep, meals provided to people with physical comforts, which were, in turn, an important condition of mental and physical well-being. Techniques that will ensure spiritual health, expressed in all of the world's philosophical systems. Methods of light and color therapy (Paracelsus, Avicenna) developed in ancient cultures have great recognition and integration into modern medicine. There is a model of maintenance of psychosomatic state of the person and in esoteric culture, however, «popular today psychophysiological directions which any more aren't perceived by the population as esoteric, and pass into the category of improving programs» [2, p. 116]. So, the ascetic practices of the East, "are in the spiritual process elements of the «high class»: the frequency and depth of breathing, position of the body, the prayer text..." [2, p. 117].

Modern culture as strategies for the preservation of health offers a variety of autogenic training which are based on a synthesis of psychological science and traditional knowledge.

Bibliography

1. Воробьева О.Б., Вострякова Ю.В. Валеологическая культура как показатель степени социально-этической зрелости общества // Наука и культура России. 2017.Т.1. С.3-5.
2. Воробьева О.Б. Самосовершенствование личности: путь эзотерической культуры // Актуальные научные исследования в условиях вызовов XXI века. 2016. С.116-117.

3. Тронева Л.Ф. Структура и сущность понятий «здоровье» и «ЗОЖ» // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. - Новосибирск: СибАК, 2012.
4. Сханук Ф.З. Проблема формирования валеологической культуры личности в условиях трансформации общественной жизни // Физическая культура, спорт – наука и практика. 2013.№2. С.30-32.

О ПРИЧИНАХ РАЗВИТИЯ САМОЛЕЧЕНИЯ

А. П. Терских

*Кандидат фармацевтических наук,
ассистент,*

Е. С. Натарова

ассистент,

П. С. Шевелев

студент,

Воронежский государственный

медицинский университет

им. Н. Н. Бурденко,

г. Воронеж, Россия

Summary. The article presents an overview of the reasons for the active development of the tendency to self-medication in Russia. Latitude of chemist's assortment, availability of medicines, their constant is just some of the reasons for the steady growth of demand and consumption of drugs on their own initiative, which is a certain threat to human health.

Keywords: doctor; pharmacy employee; patient; self-treatment.

Наверное, невозможно ошибиться, если сказать, что для подавляющего большинства людей в этом мире главное в их жизни – это здоровье. Причем не столь важно, чье оно – своё, родителей, мужа или жены, детей, братьев и т.д. – главнее и лучше всего, «чтобы все были здоровы». Сколько пословиц и поговорок сложено о том, что его нужно беречь, а потеряв, уже его не купишь. Лекарь, врач, доктор – одна из самых древних профессий, призванная лечить людей от болезней. Сколько почета и уважения проявляли человеку, выбравшему такую профессию, постоянно говоря, что это не просто профессия – это призвание от Бога.

Раньше за здоровьем всегда шли к врачу. Врачей было мало, прием стоил дорого, зачастую к доктору надо было далеко ехать. И всё равно пытались к ним прийти на осмотр. В настоящее время полис обязательного медицинского страхования позволяет нам бесплатно прийти на прием к нужному нам врачу-специалисту. Но редко кто из молодых людей обращается за медицинской помощью в поликлинику. Сейчас в России очень сильно развита тенденция к самолечению, и, в первую очередь, идут в аптеку за советом и за средством. Не может не способствовать этому росту постоянная трансляция по всем каналам телепередач о здоровье, где подробно рассказывают о различных болезнях, их симптомах и, конечно, дальнейшем правильном лечении, а в перерывах между этой информацией активно рекламируют очередное «чудо-средство» от рассматриваемого заболевания. В результате просмотра такой телепередачи человек начинает

думать, что он и без врача разберется во всем, становится, так сказать, сам себе доктором, а то и доктором своим родным и друзьям. При всём при этом многие стали рассматривать поход в аптеку как обычное нормальное явление в жизни, как поход в магазин за продуктами питания, где можно купить даже что-то «сладкое» и при этом «очень полезное». Кажется, что современные аптеки стали выполнять функцию супермаркета, а фармацевты – функцию продавцов. Кстати, в России к специалистам в аптеке есть два типа отношений: либо их называют продавцами, либо к ним обращаются как к врачам, причем зачастую это делают одни и те же люди. В начале, зайдя в аптеку, посетитель требует продавца, а затем рассказывает ему о всех своих недугах и просит помочь ему в их лечении. Получается, что многие люди не видят разницы между фармацевтической и врачебной специальностями. А разница есть и очень большая: врач – специалист по постановке диагноза и лечению заболевания обязательно с высшим медицинским образованием, фармацевт (или провизор) – специалист по лекарствам со средним или высшим фармацевтическим образованием, причем такое образование необязательно должно было быть получено в медицинском вузе [1].

Всё в тех же телепередачах о здоровье часто говорят не столько о лечении какого-то заболевания, сколько о профилактических мероприятиях по «предотвращению возникновения и развития» болезни, называя, в лучшем случае, фармакологические группы лекарственных препаратов, в худшем – конкретные международные непатентованные или торговые названия. И многие люди, послушав такую информацию, идут в аптеку за лекарством, даже не подумав, а им оно нужно, есть ли у них причины волноваться. Хороший провизор задаст вопрос потребителю о цели приобретения лекарственного средства и постарается отговорить от покупки при ответе «по телевизору сказали...», порекомендовав сначала обратиться к врачу за консультацией по этому вопросу. А другой провизор продаст с рекомендациями еще и биологическую добавку приобрести для «усиления лечебного эффекта и скорейшего выздоровления». Такая разрекламированность лекарств и их доступность к покупке без рецепта врача заставляет обратить на себя внимание как на причины самолечения.

Помимо телепередач, многие люди советуются со знакомыми, независимо от того есть ли у них медицинское образование или нет, которые готовы поделиться своим опытом применения лекарственных препаратов, не задумываясь о физиологических особенностях своего организма, о своих сопутствующих заболеваниях. Инструкцию к препарату перед его применением, в частности раздел о правилах приема лекарственного средства, прочитывают лишь около 13 % пациентов, занимающихся самолечением, и лишь немногие из них просматривают раздел «противопоказания» и «побочное действие».

Бывает и «скрытое» самолечение, когда пациент, посетив врача и получив от него рекомендации, не следует им. Пациент может, придя в апте-

ку, за покупкой лекарственных препаратов, ориентироваться на цену, выбрав по совету фармацевта более дешевый аналог, другую лекарственную форму или совсем другой препарат, но более известный, широко разрекламированный. Довольно часто пациенты прекращают приём препарата самостоятельно, когда считают нужным, когда «полегчало» или, наоборот, «подольше для верности». Бывает, что и изменяют назначенную врачом дозировку лекарственного препарата.

Конечно, активное развитие самолечения в нашей стране связано и с духовной стороной, изменением нравственных ценностей. Моральные устои общества существенно изменяются, главным приоритетом становятся комфорт и деньги. Из основ врачебной деятельности уходит сострадание – человеческий подход, вне которого медицина не должна существовать, иначе она становится жестокой и бесцеремонной. Стоит вспомнить о том, что словом можно убить, словом можно спасти. Врач при общении с пациентом должен стараться почувствовать ту «дозу правды», которую может вынести конкретный пациент. Современная медицина научилась «давать» жизнь (искусственное оплодотворение), «отбирать» ее (аборт, эвтаназия), «отодвигать» время смерти, поддерживая жизнь тела без духа (искусственное кровообращение, дыхание), изменять качественные параметры организма (генная инженерия, транссексуальная хирургия). Медицина научилась манипулировать жизнью человека. И это великолепный способ зарабатывания денег, медицина меняет свой приоритет – с охраны здоровья пациента на бизнес-проект, ставя на первое место коммерческую составляющую, торговлю.

По проведенным социологическим опросам 90,6 % трудоспособного населения обращаются за медицинской помощью в ЛПУ только в тяжелых случаях. Причин для отказа от обращения за медицинской помощью в государственные поликлиники много. Самая первая из них – это длительные очереди в регистратуре или у кабинета врача, прием не по времени, независимо от наличия электронной записи или полученного ранее талона [2]. Причиной длительного приема пациента врачом в большинстве случаев является необходимость заполнения врачом разборчивым почерком различных журналов, историй болезни, амбулаторных карт и т.д., чего не требуется от врачей в частных кабинетах. «Живое» общение с пациентом сведено к минимуму, поэтому часто доктор не может выслушать пациента очень подробно, что вменяется ему за грубость и несдержанность – еще одна причина от отказа обращения за помощью. В частной клинике всегда готовы терпеливо выслушать, улыбнуться, вежливо и тактично порекомендовать, но высокая стоимость обследования и лечения заставляет отказаться от медицинских услуг.

Итог самолечения в большинстве случаев печален: время ушло, болезнь запущена или из острой стадии перешла в хроническую. Ведь самолечение основывается на собственных ощущениях, а не медицинских показателях. К тому же пациентами не учитывается возникновение побочных

явлений, которые способен предотвратить или реабилитировать врач – специалист с высшим медицинским образованием.

А что касается аптек, то в соответствии с требованиями сложившейся на настоящей момент экономической ситуации в стране, когда зарплата фармацевтического работника напрямую зависит от суммы продаж лекарственных препаратов и парафармацевтической продукции, пациенту стоит помнить, что он превращается в потребителя, а фармацевт – в продавца лекарств, и главной задачей аптек стало получение материальной прибыли за счет продажи как можно большего числа лекарств именно потребителю.

Библиографический список

1. Григорян С. Комар и молоток: чем работник аптеки может помочь посетителю / С. Григорян // Аптека.RU. – № 3-4 (05). – 2014. – С.12 – 17.
2. Ямковая Е.В. Распространённость самолечения в студенческой среде / Е.В. Ямковая // Всероссийская 69-я итоговая научная студенческая конференция, посвященная 200-летию со дня рождения Н.И. Пирогова (Томск, 11–13 мая 2010 г.): сборник статей / под ред. В.В. Новицкого, Л.М. Огородовой. – Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2010. – С. 456-457.

АНАЛИЗ ДОЗЫ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ, ПОЛУЧАЕМОГО СОТРУДНИКАМИ СЛУЖБЫ АВИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ АЭРОПОРТА

В. В. Шуреков
А. В. Андреева

*Кандидат биологических наук, доцент,
магистрант,
Ульяновский институт
гражданской авиации
имени Главного маршала авиации
Б. П. Бугаева,
г. Ульяновск, Россия*

Summary. The article analyzes the effective dose of ionizing (photon) emission received by employees of the aviation security service of the airport during their work.

Keywords: aviation security service; airport; unsocial conditions; ionizing emission.

Введение. Ионизирующее излучение относится к одним из основных вредных физических факторов условий труда специалистов службы авиационной безопасности (САБ) аэропорта [1]. Для минимизации воздействия ионизирующего излучения на авиационных специалистов и сохранения их здоровья необходимо знать уровень дозы облучения, получаемый авиационным специалистом [2, 3, 4]. В связи с этим анализ эффективной дозы ионизирующего излучения, получаемого сотрудниками САБ аэропорта является актуальным в настоящее время. Целью данной статьи является ана-

лиз эффективной дозы ионизирующего излучения, получаемого сотрудниками САБ АО «Аэропорт Внуково».

Материалы и методы исследования. Материалами для настоящего аналитического исследования служили данные, полученные в ходе санитарно-эпидемиологической экспертизы технических средств досмотра в АО «Аэропорт Внуково» испытательным лабораторным центром отдела гигиены источников неионизирующих и ионизирующих излучений Федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве», а также данные ежеквартального индивидуального дозиметрического контроля доз облучения (внешнего фотонного облучения) персонала АО «Аэропорт Внуково» ООО «Позитрон» за 2015–2017 годы. На период проведения исследований в АО «Аэропорт Внуково» в САБ трудились 540 инспекторов САБ (4 смены), из которых 120 мужчин и 420 женщин.

Основными источниками ионизирующих излучений (генерирующих), воздействующих на сотрудников САБ относятся интроскопы (рентгено-телевизионные системы) различных видов. К ним относятся следующие интроскопы: стационарные рентгеновские установки для досмотра багажа и товаров Rapiscan Systems различных модификаций, Hi-Scan 100x100, рентгеновские компьютерные томографы для досмотра багажа и товаров CTX 9400 DSI, Yxion XRD 3500.

Результаты исследования

Данные полученные в ходе исследований показывают, что в АО «Аэропорт Внуково» все сотрудники САБ работают в условиях внешнего воздействия ионизирующего (фотонного) излучения. По получаемым дозам ионизирующего облучения сотрудники САБ относятся к группе персонала А (табл. 1).

Минимальная эффективная доза ионизирующего излучения, получаемая сотрудниками САБ составляет 0,42 мЗв, а максимальная эффективная доза ионизирующего излучения – 1,2 мЗв. 65 % сотрудников САБ получают эффективную дозу облучения в диапазоне 0 – 1 мЗв, а остальные 35 % сотрудников САБ – в диапазоне 1 – 2 мЗв. Согласно СанПин 2.6.1.2523-09 [3] для персонала группы А предел эффективной дозы ионизирующего излучения в год составляет 20 мЗв.

**Годовые дозы облучения авиационного персонала,
работающих с техногенными источниками ионизирующего излучения
в АО «Аэропорт Внуково»**

Группа персонала	Количество чел.	Количество персонала (чел.), имеющих индивидуальную эффективную дозу ионизирующего излучения в диапазоне:							Средняя индивидуальная эффективная доза излучения
		мЗв/год							
		0-1	1-2	2-5	5-12,5	12,5-20	20-50	>50	мЗв/год
Группа А	540	355	185	–	–	–	–	–	0.91
Группа Б	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Итого:	540	355	185	–	–	–	–	–	0.91

Выводы. Таким образом, сотрудники САБ аэропорта работают в условиях постоянного воздействия внешнего ионизирующее облучения от различных технических систем. Среднегодовая индивидуальная эффективная доза ионизирующего излучения, получаемая сотрудниками САБ, составляет 0,91 мЗв/год. В соответствии СанПин 2.6.1.2523-09 [3] данная доза излучения относится к нижнему пределу эффективной дозы ионизирующего облучения для персонала группы А, но тем не менее сотрудникам САБ аэропорта рекомендуется заблаговременно проводить все необходимые профилактические меры по снижению воздействия ионизирующего излучения и строго соблюдать режим труда и отдыха.

Библиографический список

1. Андреева А.В. Шуреков В.В., Глушков В.В. Анализ вредных факторов условий труда специалистов службы авиационной безопасности аэропорта // Традиционная и инновационная наука: история, современное состояние, перспективы: сборник статей Международной научно-практической конференции (25 ноября 2017 г., г. Уфа). В 5 ч. ЧЗ. – Уфа: Аэтерна, 2017. – С. 135 – 137.
2. Федеральный закон РФ «О радиационной безопасности населения» от 9.01.1996 № 3-ФЗ
3. СанПин 2.6.1.2523-09 «Нормы радиационной безопасности».
4. СП 2.6.1.2612-10 «Основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности».



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



СИНДРОМ АЛЬЦГЕЙМЕРА КАК СЛЕДСТВИЕ НАРУШЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

Н. А. Максумова
Ф. Ф. Шокиржонова
А. Ш. Сайфуллаев

*Кандидат химических наук, доцент,
студенты,
Ташкентский государственный
стоматологический институт,
г. Ташкент, Узбекистан*

Summary. This article tells about the causes of the disease, about current achievements in the diagnosis and treatment of Alzheimer's syndrome. About the discoveries made over the past 5–10 years, and the amazing possibilities of using Bethain in inhibiting the formation of amyloid plaques.

Keywords: Alzheimer's syndrome; Cholinergic hypothesis; Acetylcholine; Amyloid hypothesis; Beta-amyloid; Tau-hypothesis; Betaine.

Синдром Альцгеймера – самая часто встречающаяся форма потери памяти, или деменции скоординированной разрушением и гибелью в большом количестве нервных клеток, и недостатком веществ, необходимых для передачи нервных импульсов. По внешним признакам, болезнь Альцгеймера нельзя обнаружить, так как он не дает внешних проявлений. Болезнь развивается постепенно:

В начальных этапах (в преддеменции) у больного обнаруживается потеря кратковременной памяти, но многие больные, ссылаясь на усталость и стресс, не обращают на это внимание. На этом этапе болезнь прогрессирует медленно. Было выявлено что, больной, у которого обнаружили эту болезнь, стал терять память спустя лишь 8 лет. После потери кратковременной памяти у больного наблюдается апатия. Это уже нельзя отнести к усталости так, как больной уже начинает забывать имя родных, дела по дому, вспоминать слова со сложностью.

При тяжелой деменции наблюдается полная утрата самообслуживанию, теряется речь, способность двигаться, невозможность управления физическими процессами. К сожалению, в последнее время наблюдается все более широкое распространение и «помолодение» болезни. Если еще в недалёком прошлом, Альцгеймер диагностировался в основном у людей старше 60 лет, то в наши дни, в группу риска входят уже лица, начиная с 40 лет. Риск развития болезни в течение года составляет около 0,5 % в воз-

растной группе 65–70 лет и увеличивается с годами. Так, в группе 80–85 лет он достигает 3,5 %, а в возрасте старше 90 лет – около 6 % [1, с. 14–18].

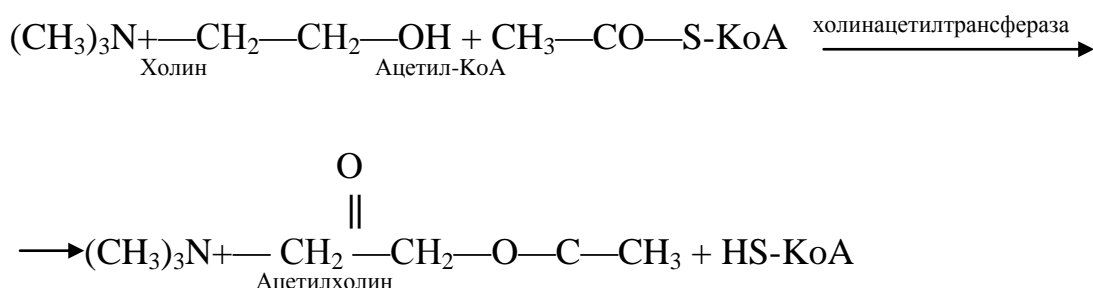
Причина появления синдрома Альцгеймера.

Определенной причины возникновения заболевания еще не выявлено. На сегодняшний день существует три гипотезы возникновения болезни Альцгеймера.

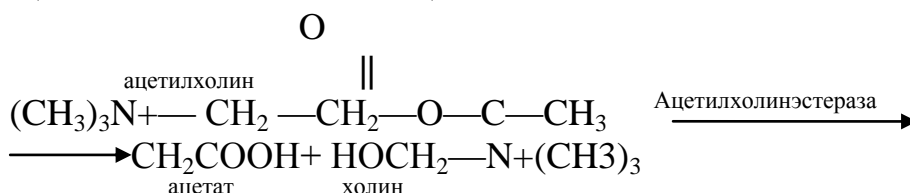
1) Холинергическая гипотеза. Данная гипотеза утверждает, что заболевание вызывает снижение синтеза нейромедиатора ацетилхолина, то есть биологически активного вещества, ответственного за нервно-мышечную связь и интеллектуальные способности. Ацетилхолин в организме человека синтезируется в аксонах, нервных терминалах – в участках, где окончание одного нейрона примыкает к другому, по следующему принципу:

1) Из сладких продуктов в организме человека синтезируется глюкоза, которая в последующем даст начало синтезу Ацетил кофермента (КоА)- основного составного в образовании Ацетил холина.

2) Ацетил кофермент (КоА) в реакции холинацетилтрансферазы с холином или Витамином В4 образует ацетил холин.



После чего ацетилхолин в нейроне собирается в везикулы (по 10–15 тыс. молекул), и начинает двигаться в сторону окончания нейрона- пресинаптическое окончание. В пресинаптическом окончании везикулы объединяются с клеточной мембраной, а их содержимое вылетает из нейрона в синаптическую щель. Ацетилхолин либо остаётся в синаптической щели, либо переходит в соседний нейрон. За баланс ацетилхолина в синаптической щели отвечает фермент Ацетилхолинэстераза. Он разрушает «лишний» ацетилхолин на холин и ацетат.



У людей с синдромом Альцгеймера этот фермент работает слишком быстро, из-за чего возникает недостаток ацетилхолина, следовательно, нарушение в передаче нервных импульсов. Но ингибирование (торможение реакции) фермента ацетилхолинэстеразы не дало высоких результатов в лечении Альцгеймера, из-за чего холинергическая гипотеза сейчас практически не рассматривается.

2) Амилоидная гипотеза основывается на том, что основной причиной заболевания являются отложения бета-амилоидных пептидов – биомолекулярных конструкций белкового типа в головном мозге. Бета-амилоиды – общее название пептидов состоящих из примерно 40 аминокислотных остатков. Они образуются из трансмембранного белка (белка насквозь пронизывающего липидный бислой мембраны клетки) путём последовательного β -секретазы и γ -секретазы. β -секретаза разрезает цепь аминокислотных остатков с внутренней стороны мембраны, γ -секретаза разрезает цепь аминокислотных остатков в трансмембранной области с различной вариативностью по месту разрыва в результате чего возникает большое количество пептидов с разной длиной цепи. Образовавшиеся пептиды попадают в плазму крови, спинномозговую жидкость или в другие межклеточные жидкости. Для синдрома Альцгеймера ключевую роль играет пептид состоящий из 42 аминокислотных остатков (A β 42). В здоровом состоянии в спинномозговой жидкости находятся около 50% A β 40, 16% A β 38 и 10% A β 42 пептидов. Они защищают нервные клетки мозга. Срок их жизнедеятельности невелик, и после выполнения своих функций амилоиды уничтожаются ферментами-протеазами, превращающими их в безопасные шлаки, от которых организм затем избавляется. Но если механизм работы протеаз нарушается, то количество A β 42 резко увеличивается и защитники нервных клеток превращаются в их “убийц”. Более того, бета-амилоидные пептиды объединяясь друг с другом образуют бета-амилоидные бляшки и становятся недоступными для своих уничтожителей-протеаз. В настоящее время данная гипотеза подкреплена опытами показывающими что возникновение нейрофибриллярных пучков, “засоряющих” нейрон изнутри и приводящих их к гибели, связана именно с возникновением бета-амилоидных бляшек.

3) Тау-гипотеза. Данная гипотеза появилась относительно недавно благодаря Амилоидной гипотезе. Ранее было выявлено, что развитие болезни сопровождается накоплением и образованием амилоидных бляшек в головном мозге. Но у некоторых больных с большим количеством амилоидных бляшек в головном мозге не было никаких проявлений синдрома Альцгеймера. Это дало повод думать, что существует ещё одна структура, которая действует на возникновение болезни. Тау-белок в нормальном состоянии участвует в формировании микротрубочек. У больных Альцгеймером происходит чрезмерное накопление тау-белка, к которому присоединяются фосфатные группы. Из-за них белок не растворяется и остаётся в нейронах в виде клубков.

Нейрофибриллярные клубки тау-белка блокируют связи между клетками головного мозга и нарушают их активность, важную для их функционирования. Наличие амилоидных бляшек и нейрофибриллярных клубков обнаруживается у пожилых людей, что считается нормальным признаком старения. У больных Альцгеймером данных структур будет намного больше. Учённые с Кембриджа установили что тау-белок может легко распро-

странятся от нейрона к нейрону, и даже между разными областями мозга, и наибольшая концентрация их скопления будет в области мозга, которые связаны между собой наибольшим количеством связей [2, с. 144–170].

Итак, на этих трёх гипотезах основано всё представление медицины о синдроме Альцгеймера. Печальнее того что до сих пор нет определённой причины возникновения болезни, является то что от болезни нет и лекарства. Учённые со всего мира ломают голову над тем, как увеличить продолжительность жизни больного и облегчить его страдания. Но о лекарстве от болезни ещё никто не говорит. Одни доктора советуют правильно распланировать свой режим дня, чередуя умственные и физические нагрузки с отдыхом. Другие же рекомендуют правильное питание [3, с. 56–57]. Например, совсем недавно в Университете Южной Флориды, экспериментально установили, что: содержащийся в составе свеклы Бетаин способен замедлять скопление белковых бляшек в мозге, связанных с развитием Альцгеймера. Исследования, опубликованные в прошлом году в «Журнале геронтологии серии А», доказал, что стакан свекольного сока, увеличил приток крови в мозг и регулируя циркуляцию кислорода заставил стареющий мозг выглядеть моложе. Основываясь на этом профессор Мин и его коллеги решили проверить не влияет ли Бетаин на скопление бета-амилоида в бляшки. В ходе опыта пользуясь 3,5-ди-трет-бутилкateхола (DTBC) (соединение, которое позволяет наблюдать процесс окисления) установлено:

1) Бета-амилоид сама по себе не вызывает большого окислительного повреждения, но когда она связана с молекулами меди, окисление приобретает опасные значения.

2) В эксперименте с добавлением Бетаина к смеси, количество окисления вызванное амилоидом уменьшилось на 90 %.

Бетаин послужил отличным ингибитором химических реакций в мозге, участвующих в прогрессировании Альцгеймера. Учёные надеются что на его основе в скором будущем откроют и лекарства от болезни.

Библиографический список

1. Издательство: "Медицина" (Москва) ISSN: 0869-2106eISSN: 2412-9100, научная статья "Особенности неврологических нарушений при болезни альцгеймера и сосудистой деменции" Левин Олег Семенович, Гаврилова С.И, Жданеева Л.В
2. Журнал «Биомедицинская химия» ISSN 2310-6905 год: 2013 том: 59 выпуск:2 страницы: 144-170 Мальцев А.В. Довидченко Н.В. Сурин А.К
3. Лікарське рослинництво: від досвіду минулого до новітніх технологій: матеріали шостої Міжнародної науково-практичної конференції, 26-27 грудня 2017 р., м. Полтава. – Лубни: Комунальне видавництво «Лубни», 2018.– 268 с. ISBN 978-966-7919-88-7 «перспективы использования в производстве новых лекарственных средств» Кухарева Л.В, Попов Е.Г.

СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ УСЛУГ ПО ЭКСПРЕСС-ТЕСТИРОВАНИЮ, КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА БАЗЕ НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ КАЗАХСТАНА

М. К. Сапарбеков

*Доктор медицинских наук, профессор,
почетный профессор,
магистр, докторант,
Казахстанский медицинский
университет «ВШОЗ»,
г. Алматы, Казахстан*

К. О. Алибаева

Summary. The research made an attempt in the theoretical aspect to formulate the main methodological approaches and principles of the model of social support for HIV-infected people – representatives of key population groups based on communities and non-governmental organizations of Kazakhstan.

Keywords: HIV infection; social support; model; key population groups.

Актуальность проблемы

Распространение вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), заражение которым является пожизненным и через несколько лет приводит к развитию смертельно опасного синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД), привело к пандемии заболевания ВИЧ/СПИДом, повлиявшей на численность и продолжительность жизни населения планеты [4]. По докладу ЮНЕЙДС, опубликованном в 2016 году, в мире инфицировано ВИЧ около 36,7 млн человек, среди них 17,8 млн женщин и 2,1 млн детей до 15 лет [2]. В Казахстане, по официальным данным Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД, на 01.01.2018 г. нарастающим итогом выявлено 32573 случая ВИЧ-инфекции. Всего людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) зарегистрировано 20841 человек, показатель распространенности на 100 тыс. населения 117,7.

Наиболее интенсивно ВИЧ-инфекция распространяется среди, так называемых, «ключевых» групп населения, которые независимо от типа эпидемии ВИЧ/СПИД или местных условий подвергаются повышенному риску ВИЧ-инфицирования в силу особенностей своего поведения [6].

Это – люди, употребляющие инъекционные наркотики (СР), мужчины имеющие секс с мужчинами (МСМ), осужденные и трансгендеры. С эпидемиологической точки зрения существуют множество убедительных причин и доказательств того, что программы борьбы с ВИЧ/СПИД должны быть сфокусированы, именно, на ключевых группах населения. Об этом свидетельствуют новые документы, руководства ВОЗ, ЮНЕЙДС по проблеме ВИЧ-инфекции, касающиеся ключевых групп населения, рассматривающие профилактику, диагностику, лечение и уход в едином согласованном комплексном, интегрированном подходе.

Основываясь на данных рекомендациях, с целью эффективного противодействия распространению ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, в Казахстане активно внедряется, рекомендованный ВОЗ, ЮНЕЙДС комплексный пакет мер противодействия ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения, который сочетает в себе современные технологии в сфере общественного здравоохранения и стратегии вмешательств против способствующих распространению ВИЧ-инфекции риск-факторов [5]. Заметим что помощь и уход в связи с ВИЧ, иногда, называется каскадом услуг или каскадом лечения, представляет собой «цепочку» услуг лечения от первичной диагностики до достижения вирусного подавления, т.е. очень низкого уровня ВИЧ в организме, в соответствии с новой стратегией ВОЗ, ЮНЕЙДС «90-90-90». Люди с положительным тестом на ВИЧ направляются в центры по профилактике и борьбе со СПИД для получения анонимного и бесплатного лечения с использованием трех разнонаправленных антиретровирусных препаратов. Во всех случаях, предусматривается консультация специалистов Республиканского центра по профилактике борьбе со СПИД. В Казахстане в настоящее время обновляется клиническое руководство по лечению ВИЧ-инфекции, в связи с новой инициативой ВОЗ, ЮНЕЙДС «Тестируй и лечи».

К сожалению, в Казахстане среди ключевых групп населения на сегодняшний день отмечается недостаточная медико-этическая и социально-правовая основа получения услуг, рекомендованных ВОЗ, ЮНЕЙДС. До настоящего времени в неправительственных организациях, которые активно реализуют гранты, проекты по оказанию помощи и поддержке, ключевым группам населения, отсутствуют апробированные, полноценные технологии социального сопровождения ВИЧ-инфицированных. Это, безусловно, затрудняет получение, рекомендованного ВОЗ, каскада услуг, способствует ухудшению психической сферы ЛЖВ, ухудшает качество их жизни.

Целью данного сообщения является теоретическая разработка методологических принципов и подходов по формированию на базе неправительственных организаций Казахстана модели социального сопровождения ВИЧ-инфицированных.

Материалы и методы

Исследования проводились совместно со специалистами Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД МЗ РК и НПО «Казахстанский Союз ЛЖВ». Объектами изучения были представители ключевых групп населения (ЛУИНЫ, РС и МСМ), получающие медико-социальные услуги, в том числе экспресс-тестирование, консультирование в НПО «Казахстанский Союз ЛЖВ», СПИД-сервисных организациях Павлодарской, Восточно-Казахстанской областей.

При формировании модели социального сопровождения на базе НПО, мы опирались на зарубежный опыт [1, 3], а также на уже имеющиеся исследования в Казахстане по организации и функционированию модели

социального сопровождения среди популяции ЛУИН и их сексуальных партнеров в г. Алматы [7]. В работе использовались: контент-анализ, SWOT-анализ, эпидемиологические, социологические и статистические методики.

Результаты и обсуждение.

Для эффективного противодействия чрезвычайно важной проблеме, как распространение ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения требуется сочетание различных мер. Комплексное представление услуг связано с тем, что представители ключевых групп населения (ЛУИНЫ, РС, MSM), как правило, имеют несколько сопутствующих заболеваний (вирусный гепатит С, ИППП и т.д.) и находятся в неблагоприятной социальной ситуации.

В концептуальном плане, предлагаемые методологические подходы и принципы по формированию модели технологического процесса социального сопровождения на базе сообществ и НПО представляют собой интегральные мероприятия по улучшению доступа ключевых групп населения как к медицинским, так и к услугам психосоциальной поддержки.

При этом, под социальном сопровождении понимается такой вид социальной деятельности, как оказание конкретному лицу или группе (семье) комплекса правовых, психологических, социально-медицинских, информационных услуг или каскада услуг в том числе раннего лечения на протяжении определенного периода времени (иногда длительного).

Цель социального сопровождения – это улучшение жизненной ситуации, минимизация негативных последствий или полное решение проблем пользователя услуг/клиента, в нашем случае конкретного лица, представителя ключевой группы населения.

В рекомендованном ВОЗ комплексном пакете мер при ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения органически включены 2 взаимосвязанные стратегии:

I. Меры в сфере общественного здравоохранения:

- Программы распространения презервативов, смазок;
- Программы «снижения вреда»;
- Поведенческие вмешательства;
- Тестирование, в том числе экспресс-тестирование, консультирование;
- Лечение и помощь при ВИЧ-инфекции и других заболеваний;
- Охрана сексуального и репродуктивного здоровья.

II. Стратегии вмешательства против способствующих распространению ВИЧ риск-факторов:

- Снижение стигматизации и дискриминации;
- Расширение прав и возможностей местных сообществ, НПО;
- Борьба с насилием в отношении людей из ключевых групп населения.

Оценивая «цепочку» каскада услуг при ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, в контексте формирования системы социального сопровождения на базе местных сообществ и НПО, следует заметить, что технологию социального сопровождения в отношении ключевых групп населения мы рассматриваем с 2-х позиций:

1) Это многоуровневый процесс, направленный на обеспечение представителей ключевых групп населения (ЛУИНЫ, РС, МСМ) своевременного доступа к медицинским и психологическим услугам, включая экспресс-тестирование, консультирование и раннее лечение, а самое главное – правильная координация этих услуг;

2) Социальное сопровождение, направленные на группы населения на базе НПО должно рассматриваться как целостная система, имеющая в своей структуре 3 компонента: а) услуги медико-социальной помощи; б) стандарты услуг; в) пошаговые процедуры.

В соответствии с задачами исследования, формирование модели социального сопровождения для ключевых групп населения включает в себя раскрытие взаимосвязей между различными ее структурными элементами с позиции системного подхода.

Заметим, что системный анализ и программный подход в современных условиях общественного здравоохранения позволяет по новому изучить сложные, многофакторные проблемы формируемой модели социального сопровождения, в частности интеграцию каскада услуг по профилактике, тестированию и лечению ВИЧ-инфекции с другими службами общественного здравоохранения, такими как службы ЗОЖ, СПИД, противотуберкулёзная, наркологическая службы, службы охраны здоровья матери и ребёнка, охраны сексуального и репродуктивного здоровья, служба психиатрии и ПМСП.

Применение системного подхода позволяет нам в теоретическом аспекте рассматривать проблему социального сопровождения ключевых групп населения как систему с её сложными структурно-функциональными связями (рисунок 1). Из рисунка следует, что в целом модель социального сопровождения для ключевых групп населения представляется в виде векторно-системного подхода, как ключевого механизма контроля процесса или взаимодействия этапов оказания медико-социальных услуг (т.е. соотносительность элементов программы оказания каскада услуг). Отметим, что при формировании модели социального сопровождения на базе сообществ и НПО должны быть задействованы все компоненты комплексного пакета мер (каскада услуг), рекомендованного ВОЗ, ЮНЕЙДС. При этом, экспресс-тестирование на ВИЧ, консультирование и раннее лечение, представляющие на наш взгляд наиболее важные компоненты комплексного пакета мер, ни в коем разе не должны рассматриваться отдельно или обособленно.

Оценивая рекомендуемую модель социального сопровождения для ключевых групп населения на базе неправительственных организаций,

необходимо отметить, что она даёт нам визуальное представление о действиях в рамках комплексного пакета мер по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения.

Нам представляется, что важной частью каскада услуг является планирование услуг, которые осуществляются на основании принятых базовых стандартов и пошаговых процедур. Особое внимание должно уделяться такому элементу как «оценка и коррекция плана оказания услуг в рамках комплексного пакета мер». В случае несоответствия ожидаемых и реальных достигнутых результатов плана обслуживания клиентов, в нашем случае представителей ключевых групп населения (+), (-), программа оказания каскада услуг подвергается дальнейшему совершенствованию её элементов или реопрограммированию с коррекцией плана обслуживания клиентов.

Ожидаемые результаты функционирования модели социального сопровождения для ВИЧ-инфицированных – представителей ключевых групп населения:

- ранний доступ к медицинским и социальным услугам, в том числе тестированию и раннему лечению;
- улучшение интеграции с другими службами общественного здравоохранения;
- непрерывность процесса получения каскада услуг;
- укрепление позитивных привычек;
- расширение личных и семейных возможностей;
- улучшение качества жизни людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ).

Заключение

В работе предпринята попытка в теоретическом аспекте, с позиции системного подхода разработать модель технологии социального сопровождения для ВИЧ-инфицированных людей на базе сообществ и НПО. Считаем, что модель социального сопровождения является основным звеном в обеспечении ключевых групп населения своевременным доступом к комплексному пакету мер, предоставлении ВИЧ-инфицированным необходимых ресурсов и информации для реализации более обширного спектра каскада медико-социальных услуг, достигая тем самым улучшение качества жизни ЛЖВ.

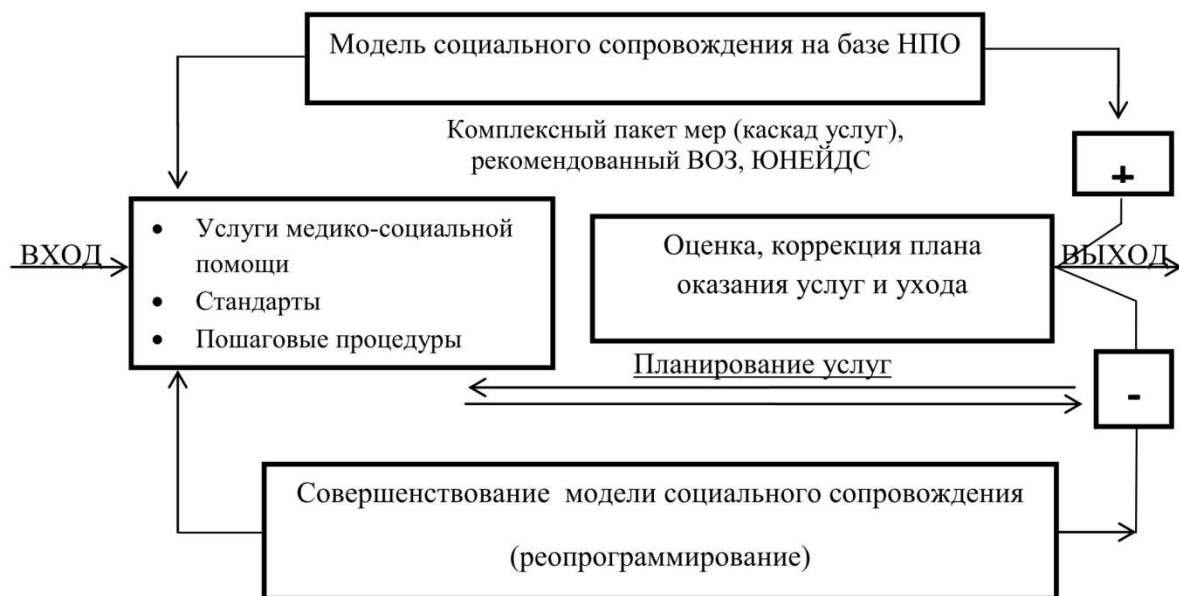


Рис. 1. Модель социального сопровождения ВИЧ-инфицированным на базе неправительственных организаций

Библиографический список

1. Bastos F.I. Treatment for HIV/AIDS science. – 2001. – Vol.1. - N15. – 246 p.
2. Global AIDS monitoring 2017: Indicator for monitoring the 2016 // UNAIDS Data 2017. – Geneva; UNAIDS; 2017 [http // ww.w.unaids.org. sites].
3. Mitchel H.K., Wiliam E.G., John A.F et al. Effect of Eas Menagement on unmet Needs Utilization of Medicale Care and Medications among HIV – injected Person // Anals of internal Medicine. – 2001. – V. 135. - N8. – P.38-41
4. Покровский В., Ладная Н., Покровская А. ВИЧ/СПИД сокращает число россиян и продолжительность их жизни // Демографическое обозрение, 2017. – т.4. - №1. – С. 65-82.
5. Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход. Июль 2014. – ВОЗ, 2014. – 164с.
6. Сапарбеков М.К., Байсеркин Б.С., Алибаева К.О и другие. Современные технологии противодействия распространению ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения // Вестник КазМНУ.-2017. - №1. – С. 129-134.
7. Сапарбеков М.К., Розенталь Е.М. Методологические подходы к совершенствованию социального сопровождения ВИЧ-инфицированных людей, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН) в г. Алматы // Вестник КазНУ. Серия психология и социология. – 2016. -№3 (58) С. 203-499.



**ПЛАН МЕЖДУНАРОДНЫХ КОНФЕРЕНЦИЙ, ПРОВОДИМЫХ ВУЗАМИ
РОССИИ, АЗЕРБАЙДЖАНА, АРМЕНИИ, БОЛГАРИИ, БЕЛОРУССИИ,
КАЗАХСТАНА, УЗБЕКИСТАНА И ЧЕХИИ НА БАЗЕ
VĚDECKO VYDAVATELSKÉ CENTRUM «SOCIOSFÉRA-CZ»
В 2018 ГОДУ**

Дата	Название
2–3 мая 2018 г.	Современные технологии в системе дополнительного и профессионального образования
5–6 мая 2018г.	Теория и практика гендерных исследований в мировой науке
7–8 мая 2018 г.	Социосфера в современном мире: актуальные проблемы и аспекты гуманитарного осмысления
10–11 мая 2018 г.	Риски и безопасность в интенсивно меняющемся мире
13–14 мая 2018 г.	Культура толерантности в контексте процессов глобализации: методология исследования, реалии и перспективы
15–16 мая 2018 г.	Психолого-педагогические проблемы личности и социального взаимодействия
20–21 мая 2018 г.	Текст. Произведение. Читатель
22–23 мая 2017 г.	Профессиональное становление будущего учителя в системе непрерывного образования: теория, практика и перспективы
25–26 мая 2018 г.	Инновационные процессы в экономической, социальной и духовной сферах жизни общества
1–2 июня 2018 г.	Социально-экономические проблемы современного общества
5–6 июня 2018 г.	Могучая Россия: от славной истории к великому будущему
10–11 сентября 2018 г.	Проблемы современного образования
15–16 сентября 2018 г.	Новые подходы в экономике и управлении
20–21 сентября 2018 г.	Традиционная и современная культура: история, актуальное положение и перспективы
25–26 сентября 2018 г.	Проблемы становления профессионала: теоретические принципы анализа и практические решения
28–29 сентября 2018 г.	Этнокультурная идентичность – фактор самосознания общества в условиях глобализации
1–2 октября 2018 г.	Иностранный язык в системе среднего и высшего образования
5–6 октября 2018 г.	Семья в контексте педагогических, психологических и социологических исследований
12–13 октября 2018 г.	Информатизация высшего образования: современное состояние и перспективы развития
13–14 октября 2018 г.	Цели, задачи и ценности воспитания в современных условиях
15–16 октября 2018 г.	Личность, общество, государство, право: проблемы соотношения и взаимодействия
17–18 октября 2018 г.	Тенденции развития современной лингвистики в эпоху глобализации
20–21 октября 2018 г.	Современная возрастная психология: основные направления и перспективы исследования
25–26 октября 2018 г.	Социально-экономическое, социально-политическое и социокультурное развитие регионов
28–29 октября 2018 г.	Наука, техника и технология в условиях глобализации: парадигмальные свойства и проблемы интеграции
1–2 ноября 2018 г.	Религия – наука – общество: проблемы и перспективы взаимодействия
3–4 ноября 2018 г.	Профессионализм учителя в информационном обществе: проблемы формирования и совершенствования.
5–6 ноября 2018 г.	Актуальные вопросы социальных исследований и социальной работы
7–8 ноября 2018 г.	Классическая и современная литература: преемственность и перспективы обновления
10–11 ноября 2018 г.	Формирование культуры самостоятельного мышления в образовательном процессе
15–16 ноября 2018 г.	Проблемы развития личности: многообразие подходов
20–21 ноября 2018 г.	Подготовка конкурентоспособного специалиста как цель современного образования
25–26 ноября 2018 г.	История, языки и культуры славянских народов: от истоков к грядущему

1–2 декабря 2018 г.	Практика коммуникативного поведения в социально-гуманитарных исследованиях
3–4 декабря 2018 г.	Проблемы и перспективы развития экономики и управления
5–6 декабря 2018 г.	Безопасность человека и общества как проблема социально-гуманитарных наук

ИНФОРМАЦИЯ О НАУЧНЫХ ЖУРНАЛАХ

Название	Профиль	Периодичность	Научометрические базы	Импакт-фактор
Научно-методический и теоретический журнал «Социосфера»	Социально-гуманитарный	Март, июнь, сентябрь, декабрь	<ul style="list-style-type: none"> • РИНЦ (Россия), • Directory of open access journals (Швеция), • Open Academic Journal Index (Россия), • Research Bible (Китай), • Global Impact factor (Австралия), • Scientific Indexing Services (США), • Cite Factor (Канада), • International Society for Research Activity Journal Impact Factor (Индия), • General Impact Factor (Индия), • Scientific Journal Impact Factor (Индия), • Universal Impact Factor 	<ul style="list-style-type: none"> • Global Impact Factor – 1,711, • Scientific Indexing Services – 1,5, • Research Bible – 0,781, • Open Academic Journal Index – 0,5, • РИНЦ – 0,104.
Чешский научный журнал «Paradigmata poznání»	Мультидисциплинарный	Февраль, май, август, ноябрь	<ul style="list-style-type: none"> • Research Bible (Китай), • Scientific Indexing Services (США), • Cite Factor (Канада), • General Impact Factor (Индия), • Scientific Journal Impact Factor (Индия) 	<ul style="list-style-type: none"> • General Impact Factor – 1,7636, • Scientific Indexing Services – 1,04, • Global Impact Factor – 0,884
Чешский научный журнал «Ekonomické trendy»	Экономический	Март, июнь, сентябрь, декабрь	<ul style="list-style-type: none"> • Research Bible (Китай), • Scientific Indexing Services (США), • General Impact Factor (Индия) 	<ul style="list-style-type: none"> • Scientific Indexing Services – 0,72, • General Impact Factor – 1,5402
Чешский научный журнал «Aktuální pedagogika»	Педагогический	Февраль, май, август, ноябрь	<ul style="list-style-type: none"> • Research Bible (Китай), • Scientific Indexing Services (США) 	<ul style="list-style-type: none"> • Scientific Indexing Services – 0,832
Чешский научный журнал «Akademická psychologie»	Психологический	Март, июнь, сентябрь, декабрь	<ul style="list-style-type: none"> • Research Bible (Китай), • Scientific Indexing Services (США) 	<ul style="list-style-type: none"> • Scientific Indexing Services – 0,725
Чешский научный и практический журнал «Sociologie člověka»	Социологический	Февраль, май, август, ноябрь	<ul style="list-style-type: none"> • Research Bible (Китай), • Scientific Indexing Services (США) 	<ul style="list-style-type: none"> • Scientific Indexing Services – 0,75
Чешский научный и аналитический журнал «Filologické vědomosti»	Филологический	Февраль, май, август, ноябрь	<ul style="list-style-type: none"> • Research Bible (Китай), • Scientific Indexing Services (США) 	<ul style="list-style-type: none"> • Scientific Indexing Services – 0,742

**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,
- присвоение ISBN,
- печать тиража в типографии,
- обязательная отсылка 5 экземпляров в ведущие библиотеки Чехии или 16 экземпляров в Российскую книжную палату,
- отсылка книг автору.

Возможен заказ как отдельных услуг, так как полного комплекса.

**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,
- ISBN assignment,
- Print circulation in typography,
- 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.

It is possible to order different services as well as the full range.

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 IV international scientific conference
on April 20–21, 2018

Articles are published in author's edition.
The original layout – I. G. Balashova

Podepsáno v tisku 23.04.2018.
60×84/16 ve formátu.
Psaní bílý papír. Vydavate llistů 6.
100 kopií

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. +420773177857
web site: <http://sociosfera.com>
e-mail: sociosfera@seznam.cz