

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ
СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ГБУЗ АО «АРХАНГЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»
РОО «АРХАНГЕЛЬСКОЕ ОБЩЕСТВО ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ»
АССОЦИАЦИЯ ВЫПУСКНИКОВ АГМИ – АГМА – СГМУ

Здоровый образ жизни – выбор современного человека

Сборник материалов VII межрегиональной
научно-практической конференции
с международным участием

28–29 марта 2018 г.

Под редакцией проф. Л.И. Меньшиковой

Архангельск
2018

УДК 613.94
ББК 51.204
3 46

Редакционная коллегия:

доктор медицинских наук, профессор *Л.И. Меньшикова* (глав. редактор); доктор медицинских наук, профессор *А.Л. Санников* (отв. редактор); доктор медицинских наук, профессор *Н.И. Ишекова*; доктор медицинских наук, профессор *В.И. Макарова*; доктор медицинских наук, профессор *Т.Г. Светличная*; доктор медицинских наук, доцент *Ж.Л. Варакина*; кандидат медицинских наук, доцент *Э.А. Мордовский*; кандидат медицинских наук, доцент *О.А. Игнатова*

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Северного государственного медицинского университета

3 46 **Здоровый образ жизни – выбор современного человека:**
сборник материалов VII межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. 28–29 марта 2018 г. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2018. – 291 с.

В сборнике представлены материалы исследований по вопросам формирования здорового образа жизни, профилактической медицины. В сборник включены результаты трудов научно-педагогических работников, исследователей, практикующих врачей, студентов из Республики Беларусь, г. Москвы, Архангельска, Кемерово, Кисловодска, Кирова, Оренбурга и др.

Материалы конференции предназначены для практикующих врачей, организаторов здравоохранения, педагогов, научных работников, молодых ученых, клинических ординаторов и студентов.

УДК 613.94
ББК 51.204

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Акишина М. А., Шельке Атул Дадасахеб, Шарма Ятендра Кумар</i> К вопросу об этномедицине в Индии.....	11
<i>Бондаренко Е.Г., Братышева А.И., Морозова Ж.В., Марьяндышева Е.В.</i> Медицинское сопровождение занятий физической культурой	14
<i>Булатников А.Н., Новиков Е. М., Наумова А.Г.</i> Технологии семейной реабилитации в наркологической практике	17
<i>Гайкина М.Ю., Тагаева Т.В.</i> Формирование мотивации на здоровый образ жизни в контексте первичной медико-санитарной помощи.....	25
<i>Горянная Н.А., Ишекова Н.И., Воронова Л.А.</i> Методика реабилитации после эндопротезирования плечевого сустава	31
<i>Джгаркава О.В., Черняева А.Н.</i> Оздоровление детей дошкольного возраста по методике Уманской А.А.	32
<i>Зарецкий В.В., Дубова Е.В.</i> Анализ программ профессиональной переподготовки и повышения квалификации специалистов органов и организаций, осуществляющих мероприятия по профилактике аддиктивного поведения обучающихся, в субъектах Российской Федерации	37
<i>Зашихина В.В.</i> Нейропсихологическая помощь школьникам	46

<i>Ишекова Н. И., Хасанова Н.М., Ильичева О.Б., Красникова М.Н., Земцовская Ю.В., Осетрова Н.М.</i> Половозрастная характеристика пациентов и некоторые показатели работы Первого неврологического отделения АОКБ в 2017 г.	47
<i>Ишекова Н. И., Хасанова Н.М., Ильичева О.Б., Красникова М.Н., Земцовская Ю.В., Осетрова Н.М.</i> Мультидисциплинарный подход в реабилитации пациентов с острой цереброваскулярной патологией	49
<i>Ишекова Н. И., Хасанова Н.М., Ильичева О.Б., Красникова М.Н., Осетрова Н.М., Земцовская Ю.В.</i> Когнитивные нарушения у пациентов с острыми цереброваскулярными заболеваниями (по материалам Первого неврологического отделения Архангельской областной клинической больницы)	52
<i>Ишеков А.Н., Ишекова Н.И., Милехина О.Б.</i> Эффективность рефлексотерапии при повторных курсах у пациентов, перенесших инфаркт головного мозга на II этапе медицинской реабилитации	55
<i>Калгин В.В.</i> Особенности физиотерапии в детском возрасте	58
<i>Киворкова А.Ю.</i> Здоровый образ жизнедеятельности семьи военнослужащего	62
<i>Кичева Е.Ю., Меньшикова Л.И., Ефимова Ю.А.</i> Приверженность пациентов к лечению как составляющая третичной профилактики артериальной гипертензии	66
<i>Ковалева Е.Н., Михайлова Л.Н, Аксентьева С.А.</i> Лекарственные средства в педиатрической практике дома ребёнка	72

Кондратьева И.А.

Вклад центра здоровья для детей в продвижение
здорового образа жизни среди детского
населения города Северодвинска 78

Малышкина Н.А., Воробьева Н.А.

Состояние системы гемостаза
при занятиях различными видами спорта 82

Мардас Д.М., Вязьмин А.М., Щавелева М.В.

Опыт проведения мероприятия, направленного
на повышение уровня репродуктивной
грамотности первородящих женщин 85

Меньшикова М.В., Феликсова О.М.

Формирование здорового образа жизни
через санитарно-гигиеническое воспитание дошкольников
и школьников в центре довузовского образования
и профессиональной ориентации СГМУ 89

Михайлова Л.Н., Коптева Л.С.

Социальное партнерство: дом ребенка и семьи,
оказавшиеся в трудном положении 92

Низовцева Т.Р., Некрасова М.В.

«Нужные слова» – он-лайн инструмент помощи детям,
родители которых серьезно больны 99

Никитин И. Е.

Бригадный подход при проведении
профилактики химических зависимостей
у сотрудников органов внутренних дел 102

Орлова Л.В.

О некоторых приемах работы
с темой «здоровый образ жизни»
на занятиях по русскому языку как иностранному 104

<i>Павлова А.Н., Макарова В.И.</i> Медико-социальная грамотность детей в вопросах репродуктивного здоровья.....	109
<i>Панков М.Н.</i> Развитие помощи детям с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью в Институте медико-биологических исследований САФУ	111
<i>Перевязкина О.В., Дьячкова М.Г., Меньшикова Л.И.</i> Проблемы в состоянии здоровья студентов СГМУ	115
<i>Петухова Т.В.</i> Феномен «эмоционального выгорания» у родителей.....	118
<i>Подолин А.В.</i> Поступки родителей как способ формирования стереотипов поведения и мышления у детей	120
<i>Помыткина Т.Е., Давыдова А.Я., Черкас И.Ю.</i> Табакокурение среди медицинских работников	122
<i>Попов М.В.</i> Формирование безопасности жизнедеятельности и воспитание здорового образа жизни у студентов медицинского вуза.....	125
<i>Попов М.В.</i> Реакции сосудов конъюнктивы глаза как фактор контроля процесса закаливания организма.....	127
<i>Рассоха А.А.</i> О профилактике формирования химических зависимостей у пенсионеров-комбатантов органов внутренних дел.....	129
<i>Растокин И.Ю., Хасанова Н.М.</i> Танцевально-двигательная терапия в реабилитации больных с заболеваниями нервной системы	132

<i>Спирова С.Р.</i> Распространенность избыточной массы тела и ожирения по данным центра здоровья	138
<i>Ушакова Т.В., Шидловская С.В., Попова С.В., Подольская А.Ю, Минак М.С.</i> Участие студентов и ординаторов стоматологического факультета в гигиеническом воспитании населения.....	140
<i>Флеглер Н. А., Меньшикова Л. И.</i> Организационные основы использования профилактических технологий в работе с сельским населением	143
<i>Хатанзейская М.В., Фомина А.С.</i> Диспансеризация определенных групп взрослого населения в условиях городской поликлиники.....	149
<i>Чиркова Н.А., Шабардина Т.П.</i> Формирование мотивации здорового образа жизни у сотрудников органов внутренних дел	154
<i>Чуйко А.В., Борисова Т.А., Киселева О.А., Муратов Л.Б.</i> Характеристика электрокардиографических отклонений у юных атлетов 9-11 лет	157

СТАТЬИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

<i>Аленина М.В.</i> Школы медицины древней Греции классического периода о причинности и профилактике заболеваний.....	162
<i>Артемьева Е.Н.</i> Синтез метода биологической обратной связи и танцевально-двигательной терапии в профилактике химических аддикций у юношей.....	168

<i>Бежанидзе А.М., Ожигина А.А.</i> Медико-организационные аспекты использования вспомогательных репродуктивных технологий.....	173
<i>Бежанидзе А.М., Ожигина А.А.</i> Характеристика уровня физической активности обучающихся в медицинском вузе.....	177
<i>Бецко А.Р.</i> Образ жизни студентов СГМУ	181
<i>Богомол В. В., Демченко Ю.В.</i> Мобильное приложение «Правильное питание и своевременная профилактика заболеваний».....	184
<i>Верещагина Л.В.</i> Популяризация физической культуры и здорового образа жизни в работах русских писателей, учёных и врачей.....	187
<i>Виноградова Ю. С.</i> Роль табакокурения в развитии и лечении эпилепсии	192
<i>Дианова Д.А.</i> Эволюция пищевого поведения человека.....	194
<i>Евтяева О.В.</i> Адаптивная саморегуляция дыхания с использованием компьютерной программы «Комфорт-Лого»	199
<i>Залова С. Ш. кызы</i> Становление превентивной российской гинекологии и акушерства	204
<i>Зловидов А.А.</i> Коррекция образа жизни людей с ограниченными возможностями методами оккупационной терапии	208

<i>Зрибная А.Л.</i> Культура сексуального поведения современной молодежи как фактор угрозы репродуктивной безопасности населения	211
<i>Зюмченко О. Э.</i> Зиновий Петрович Соловьёв – основатель «Артека» и основоположник советской профилактической медицины	216
<i>Иванов В.А.</i> Медико-профилактические взгляды М.В. Ломоносова.....	219
<i>Ирхина И.Е.</i> Роль физической активности в жизни людей пожилого и старческого возраста	222
<i>Исаева А.Д.</i> Распространение медицинских знаний и расширение общественной сети здравоохранения в Архангельске в первой половине XX века	227
<i>Киркина А.А</i> Доабортное консультирование как метод коррекции полового самосохранительного поведения	230
<i>Колесов В.С.</i> История оздоровительных практик в Агинской буддийской академии	234
<i>Лапкиова К.С.</i> Рекомендации родителям при заикании у детей.....	238
<i>Лукачева В.С.</i> «Интернет» как фактор нарушения психики у детей	240
<i>Максимова М.А.</i> Основные направления профилактики травматизма (обзор литературы)	242

<i>Надыргулова Д. И., Туганова А. Т., Тулякова Д. И.</i> Социально-психологические аспекты формирования здорового образа жизни у студентов медицинского вуза.....	247
<i>Османова Г.Ш.</i> Геронтодиетология в образе жизни пожилого человека	249
<i>Рябушкина Е.А.</i> Формирование здорового образа жизни в дошкольных образовательных учреждениях.....	254
<i>Соболева П.А.</i> Антитабачные законы в борьбе за здоровый образ жизни.....	259
<i>Симонян Э.А., Сосновская Т.С.</i> Здоровый образ жизни как приоритетная задача деятельности центров здоровья Архангельской области.....	263
<i>Сыромятникова Н.А.</i> Роль злоупотребления алкоголем в развитии симптоматической эпилепсии в Архангельской области.....	267
<i>Чернова А.Н., Голубев Д.А., Ожигина А.А.</i> Правовые основы для работы по формированию здорового образа жизни (на примере Архангельской области).....	269
<i>Шадрина А.А.</i> Анималотерапия в третичной профилактике и реабилитации людей с ограниченными возможностями	274
<i>Яхяева К.Б.</i> Значение медицинской активности и комплаенса в образе жизни человека.....	280

К ВОПРОСУ ОБ ЭТНОМЕДИЦИНЕ В ИНДИИ

Акишина М. А., Шельке Атул Дадасахб,

Шарма Ятендра Кумар

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Архангельск

Когда говорят о традиционной медицине в Индии, то говорят о четырёх «канонизированных» системах – это аюрведа, сиддха-медицина, унани и тибетская медицина эмчи. Из них свод медицинских трактатов, объединяемый под именем аюрведы, самый популярный – причем настолько, что аюрведа сегодня фактически стала синонимом всей традиционной медицины. Сегодня известно достаточно много аюрведических центров в России («Аюрведические центры» найдено 49 мест и организаций в Москве).

Нам хочется затронуть вопрос об «этномедицине». В сегодняшней (и, вероятно, в досовременной) Индии, особенно в сельских районах, где проживает более 70% индийцев, существовала и существует медицина племен, или «этномедицина», масштабы и значение которой до сих пор не оценены

Этномедицина – *этническая, традиционная, народная медицина* [Meulenbeld, 2004]. Этномедицина – этническая медицина общепринято изучает по письменным и устным источникам опыт традиционной медицинской практики коренных (местных) народов по всему миру: толкование причин заболеваний, методов исцеления и сохранения здоровья в целом с использованием местных климатических, растительных, минеральных, животных и других природных оздоравливающих факторов, а также путем духовных практик. Так, в истории индийской медицины признано учение Сушруты Самхиты, где представлено руководство по всем медицинским дисциплинам [Воробьева, Покхаркар, 2017].

Современная этномедицина изучает опыт традиционной этнической медицины [WILLEM, Jean-Pierre, 2006]. Исследовательский интерес увеличился с 90-х годов прошлого века. Взрыв литературы этнической медицины стимулировался признанием местных понятий здоровья, как средства поддержания этнической идентичности, поиском новых медикаментозных лечений и технологий [Krippner S., 2003].

Этническая медицина заинтересована в изучении медицинских систем с точки зрения местного жителя.

Во-первых, это использование местных растительных оздоравливающих факторов. Некоторые выдающиеся медицинские лекарства, которые были разработаны вследствие этномедицинских использований растений, включают: резерпин из *Rauwolfia serpentina* (индийский корень змеи) используемый для лечения гипертонии, аспирин из *Salix purpurea* (ива), используемый для лечения воспаления, боли и тромбоза, и хинин из *Cinchona pubescens* (хинная кора), используемый для лечения малярии [Cox PA, Balick M., 1994].

Во-вторых, использование местных животных в качестве оздоравливающих факторов. Реальная этническая медицина исследуется для сохранения биоразнообразия исчезающих видов индийской фауны. Так называемая «зоотерапия» 3 в различных племенах и этносах Индии не только почти полностью отличается от канонической аюрведы, но и имеет различия при переходе от одного племени к другому: часто одни и те же виды животных и лечебные снадобья, полученные из них, употребляются разными этносами при различных заболеваниях.

Ниши и гало (Аруначал Прадеш)	Мясо совы Owl meat	Для повышения вирильности To improve virility
Гарасия (Раджастан)	Мясо совы Owl meat	Желудочные заболевания Stomach diseases
Ниши	Желудок, кишечник и мясо дикобраза Stomach, intestines and meat of the porcupine	Диарея и гастрит Diarrhea and gastritis
Племена, проживающие в Западных Гатах (Керала) – ирулар, мудугар и кукумбер	Дикобразовое мясо Porcupine meat	Заболевания дыхательных путей Respiratory tract diseases
Коя, ламбада и мала из Андхра-Прадеш и ниши	Желудок и кишечник дикобраза в сушеном виде Dried stomach and intestines of a porcupine	Желудочные заболевания и пищевые расстройства Stomach diseases and eating disorders
Аштанга Хридая	Мясо павлина Peacock's meat	«Для слуха и голоса» «For hearing and voice»

Сахария (Раджастан)	Смешанные с неочищенным сахаром перья павлина (только участки с «кружками») Peacock feathers mixed with jaggery (only areas with «mugs»)	Женское бесплодие Female infertility
Племена Махараштры	Зола из павлиньих перьев Ash of peacock feathers	Бронхит Bronchitis
Традиционная сиддха-медицина	Препарат, изготовленный из человеческих костей и черепа (иногда вкупе с собачьими черепами)	Психические расстройства Mental disorders
Племя сахария	The drug made from human bones and skulls (sometimes with canine skulls)	Средство от герпеса Herpes remedy

Таким образом, всё это представляет особый интерес, так как лечение основано на включении продуктов животного происхождения в ритуальные целительные практики этих этносов. Следует также отметить, что современные исследования этномедицины имеют целью сохранить биологическое разнообразие и исчезающие виды фауны, занесенные в Красную книгу МСОП. Эти лечебные практики до сих пор не получили статуса подлинного объекта культуры, какими они на самом деле являются.

Литература:

1. Воробьева О.И. Покхаркар С.Ш. Sushruta- один из первых хирургов в истории медицины. Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2017. Т. 19. № 6. С. 101-104.
2. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: Meulenbeld 2002, A History of Indian Medical Literature» <http://labiso.ru/biblio/dominik-vudzhastik-interpretacia-obraza/>
3. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: Этномедицина – Циклопедия syclowiki.org/wiki/Этномедицина
4. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ayurveda.media/ayurveda/ayurveda-v-rossii>
5. Электронный ресурс. – Режим доступа: <https://placesrf.ru/moscow/ayurvedicheskie-centrymire/>

МЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ

**¹Бондаренко Е.Г, ¹Братышева А.И., ²Морозова Ж.В.,
²Марьяндышева Е.В.**

¹ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Архангельск

²ГБУЗ АО «Архангельский центр лечебной физкультуры и спортивной медицины»

Одним из факторов сохранения здоровья является адекватная физическая нагрузка. Основной задачей высших учебных заведений является разработка мероприятий по внедрению занятий физической культурой, которые во многом определяют здоровье будущих специалистов. Согласно Федеральному государственному образовательному стандарту обязательные занятия физкультурой в вузе проводятся с 1-го по 5-й год обучения. В связи с этим считаем актуальным проведение мониторинга состояния здоровья студентов в Северном государственном медицинском университете. С 2009 года на базе университета организована работа кабинета врача спортивной медицины.

Медицинское обеспечение занятий физической культурой обучающихся проводится в соответствии с нормативной базой [1-3] и включает в себя проведение врачебно-педагогических наблюдений и медицинских осмотров, целью которых [2] является определение состояния здоровья и функциональной группы для занятий физкультурой.

В соответствии с методическими рекомендациями, разработанными кафедрой физической культуры и медицинской реабилитации СГМУ совместно с ГБУЗ АО «Архангельский центр лечебной физкультуры и спортивной медицины» («АЦ ЛФиСМ»), на основании физического развития, физической подготовленности, состояния здоровья и функционального состояния студентам определяют основную, подготовительную или специальную медицинские группы для занятия физической культурой. Группа определяется спортивным врачом индивидуально на медицинских осмотрах. Основную

группу составляют практически здоровые студенты – им проводятся занятия физкультурой в полном объеме по учебной программе, разрешены спортивно-массовые мероприятия (в т.ч. ГТО) и занятия спортом.

В подготовительной группе занимаются студенты, **имеющие** отставание в физическом развитии; либо недостаточную физическую подготовленность; незначительные отклонения в состоянии здоровья; либо те, у кого неблагоприятный тип реакции на дозированную физическую нагрузку. Им занятия физкультурой проводятся по тем же учебным планам, при условии более постепенного освоения двигательных навыков и умений, более осторожной дозировки физической нагрузки и исключения противопоказанных движений. Занятия спортом возможны, однако участие в спортивно-массовых мероприятиях и ГТО разрешается после дополнительного врачебного осмотра и проведения функциональной пробы.

В специальной «А» группе занимаются те, кто имеют выраженные отклонения в состоянии здоровья в стадии компенсации. Физкультура для них проходит в образовательном учреждении в специально отведённое время, отдельно от других учащихся, с учетом противопоказаний. Спорт не разрешен. Специальная «Б» (лечебная) группа включает тех, кто имеют значительные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания с выраженными функциональными нарушениями. Им разрешено заниматься только ЛФК по индивидуальным программам под контролем специалистов по адаптивной физической культуре.

Материалом нашего исследования являются данные медицинских осмотров студентов СГМУ в 2016-17 учебном году. Всего было осмотрено 2421 человек, из них преобладающее большинство (72,5%) – девушки.

При распределении на группы для занятия физкультурой мы выделили отдельно еще одну – «спортивную», которая состоит из студентов, имеющих спортивный разряд. Им по состоянию здоровья спорт разрешен, они занимаются в спортивных секциях по индивидуальным программам, участвуют в соревнованиях, отстаивая честь университета, проходят углубленное медицинское обследование в ГБУЗ АО «АЦ ЛФиСМ».

По данным осмотров в 2016-17 учебном году 25,77% были отнесены к основной группе, 29,7% – к подготовительной, 14,9% – к специальной, 23,5% – к лечебной, в спортивную группу вошли 6 % студентов. Среди студентов медицинских специальностей преобладает подготовительная группа, в то время, как для немедицинских – основная. Важным фактом является то, что около 40% студентов имеют лечебную и специальную группу, что требует тщательного наблюдения спортивного врача за динамикой их состояния здоровья.

Наибольшее количество студентов имеют 2 и 3 группы здоровья – 48,3% и 42, 5% соответственно. Первая группа здоровья определена у 8,4%. У 0,8% обследованных поставлена 4 группы здоровья, 18 студентов имеют инвалидность.

Среди имеющейся у студентов патологии в лидерах – заболевания глаз (48,5%) и опорно-двигательного аппарата (46,3%), на 3 месте – патология нервной системы – 24,3%. При этом у студентов медицинских специальностей несколько чаще встречаются заболевания глаз (49,4%), чем у учащихся по другим специальностям (35,48%). При этом у части студентов отмечается наличие нескольких заболеваний. По данным осмотров только 8,45% студентов 1-5 курсов – практически здоровы, 23% имеет 1 заболевание, в то время, как большая часть (66,8%) – имеет несколько диагнозов.

Исследования, проведенные в начале 2000-х годов показали, что к концу обучения в вузе наблюдается тенденция к росту хронических заболеваний [4]. По нашим данным среди старшекурсников наблюдается увеличение доли лечебной группы (27,7%) при уменьшении основной (22,8%) и подготовительной (27,8%), в сравнении с младшими курсами (соответственно – 17,5%, 29,0%, 33,0%). В течение дня у студента происходит длительная и напряженная работа, сочетающаяся с влиянием фактора гиподинамии, которые способствуют снижению активности функциональных систем. Последствиями умственного переутомления могут быть различные болезни, прежде всего нервной и сердечно-сосудистой систем. Занятия физическими упражнениями должны быть включены в режим дня каждого студента-медика.

Таким образом, результаты данного исследования показали, что почти 40% относятся к лечебной и специальной группе; 1 группу здоровья определена всего 8,39% обучающихся. Среди имеющейся у студентов патологии преобладают заболевания глаз и опорно-

двигательного аппарата, а также заболевания нервной системы. При этом преобладающее большинство студентов (68,3%) – имеет по несколько заболеваний. Полученные данные учитываются при формировании учебных планов по физической культуре, при организации учебно-тренировочных занятий и занятий лечебной физкультурой.

Литература:

1. Приказ МЗ России от 01.03.2016 N 134н «О Порядке организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне».

2. Регламент по медицинскому обеспечению за лицами, занимающимися физической культурой и спортом на территории Архангельской области от 03.11.2011 года.

3. Федеральный закон РФ от 4.12.2007г. N 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».

4. Шульгина Т.А., Бровкина И.Л. Мониторинг состояния здоровья студентов Курского государственного медицинского университета за период с 2012 по 2015 гг. // Коллекция гуманитарных исследований. Электронный научный журнал. №1 (1). 2016. – www.j-chr.comстр. С. 78-84.

ТЕХНОЛОГИИ СЕМЕЙНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Булатников А.Н.^{1,2}, Новиков Е. М.¹, Наумова А.Г.²

¹ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», Москва

² ГБУЗ ДЗМ «Московский научно-практический центр наркологии»,
Москва

В России одним из наиболее частых проявлений девиантного поведения является злоупотребление психоактивными веществами. Наряду с тяжелыми психосоматическими осложнениями, инва-

лидизацией и нередко смертью, злоупотребление психоактивными веществами приводит к деструктивному изменению био-психо-социального единства, как самого больного, так и его семьи, и для восстановления этого единства необходим системный подход к реабилитации [1, 2, 3, 12, 16, 18, 20]. Одним из основных путей восстановления полноценного функционирования пациента в био-психо-социальном пространстве является реабилитация вообще и семейная реабилитация в частности [3, 12].

В процессе семейной реабилитации проводится диагностика и коррекция биологического, психологического и социального уровней функционирования как семьи в целом, так и каждого ее члена в отдельности. Подвергаются диагностике и коррекции семейные и индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности и основные направления личностного и микросоциального развития, а также ценностная ориентация пациента и всей его семьи. Эта динамическая диагностика и коррекция, а также личностная и микросоциальная характеристика, пронизывает весь процесс семейной реабилитации и отражает цель и задачи семейной реабилитации наркологических больных [1, 7, 19, 20].

Цель семейной реабилитации наркологических больных – это формирование нормативного био-психо-социального статуса семьи и ее членов на основе отказа пациента от употребления психоактивных веществ.

Задачи семейной реабилитации наркологических больных:

1. Диагностика био-психо-социального статуса каждого члена семьи.
2. Индивидуальная коррекция био-психо-социального статуса каждого члена семьи.
3. Терапевтическая интеграция семьи с созданием реабилитационной среды.
4. Диагностика био-психо-социального статуса семьи и ближайшего социального окружения.
5. Коррекция взаимоотношений и коммуникативных связей в семье и в ближайшем социальном окружении.
6. Реинтеграция семьи в реальный макросоциум.

7. Био-психо-социальная поддержка семьи в постреабилитационном периоде.

Этапность семейной реабилитации наркологических больных напрямую отражает вышеперечисленные задачи, и может быть представлена следующим образом:

Первый этап – индивидуальная работа с каждым членом семьи.

Второй этап – работа при участии семьи и значимых других лиц.

Третий этап – работа с семьей в период реинтеграции в макросоциум.

Четвертый этап – работа с семьей в постреабилитационном периоде.

Семейная реабилитация сопровождается необходимыми кардинальными изменениями в образе жизни, ведущими к реорганизации семьи и личности, характера коммуникативных отношений, включающих преодоление патологических стереотипов поведения и усвоение нормативных социальных установок и форм взаимоотношений [9, 17]. Семейная реабилитация наркологических больных осуществляется при активном участии значимых других лиц из ближайшего социального окружения [4, 5, 10, 11, 13, 15]. Длительность семейной реабилитации определяется необходимостью формирования устойчивых антинаркотических установок, адекватных социальных и психологических навыков. Семейные реабилитационные программы продолжаются от нескольких месяцев до нескольких лет.

На первом этапе семейной реабилитации осуществляется полное био-психо-социальное обследование каждого члена семьи, проводится психологическое и психотерапевтическое консультирование, применяются психотерапевтические методики, направленные на создание устойчивой мотивации для включения, как самого пациента, так и всех членов семьи и ближайшего социального окружения в реабилитационную программу.

Следует сделать акцент на том, что до того как начать работу с семьей в целом, практически необходимо отработать задачи по диагностике био-психо-социального статуса каждого члена семьи и индивидуальной коррекции био-психо-социального статуса каждого члена семьи. Если попытаться одновременно проводить и диагностику био-психо-социального статуса семьи и ближайшего социаль-

ного окружения, и коррекцию взаимоотношений и коммуникативных связей в семье и в ближайшем социальном окружении, то сама семейная реабилитация, скорее всего, окажется малоэффективна [5, 6, 8, 14].

Терапевтическая интеграция семьи с созданием реабилитационной среды необходима, с одной стороны, для разрешения дисфункциональных коммуникаций, а с другой стороны, для формирования нормативных семейных отношений.

В патологической наркологической семье имеет место несоответствие слов и поступков. Открытые коммуникации перестают существовать. Поведение становится реактивным и распространяется не только на семейные, но и прочие жизненные ситуации. В такой семье искажается иерархическая структура, обостряется неспособность избегать и разрешать конфликты, появляется «секретность» по отношению друг к другу, нарушаются простейшие внутрисемейные коммуникации. А семейное функционирование сводится к взаимным нападкам, нескончаемой критике, эмоциональному игнорированию, соперничеству, неумению выслушивать друг друга, изоляции, чередующейся со скандалами. Зачастую пациент, используя разлад в семье, и посредством примитивных психологических приемов, начинает блокироваться с одними членами семьи против других [4, 5, 6, 8].

Пациент и его родственники обучаются новому семейному взаимодействию, умению контролировать собственные негативные поступки, которые могут привести к обострению или разрыву отношений, дезадаптации и рецидивам заболевания.

Элементы семейной системы связаны друг с другом. В процессе семейной реабилитации вырабатываются качественно новые правила семейной жизни, отличные от прежних, которые, как правило, были тесно связаны с отношением к психоактивным веществам.

Ведется работа с чувствами и со способом их выражения. Важна процедура деноминации чувств, поскольку в силу разного жизненного опыта и разного воспитания в одно и то же чувство члены семьи могут вносить разное представление. Необходимо прояснение всего спектра чувств, их свободная циркуляция.

Также следует проводить ролевую коррекцию семейного взаимодействия. В структуре личности каждого члена семьи формируются

нормативные статусы «Я»: телесное, ребенок, мужчина/женщина, партнер, родитель, профессионал [9, 18, 20, 21].

Очень важна для эффективной семейной реабилитации диагностика невербальных форм коммуникаций: тонкие интонации речи, нюансы мимики, движений тела, дыхание и т.д.

Использование индивидуальных и групповых психокоррекционных техник на данном этапе не только способствует снижению эмоциональной силы сложившихся созависимых отношений и их разрушению, но и в определенной мере приводит к оздоровлению внутрисемейного психологического климата и изменению семейной ситуации.

Работа с семьей в период реинтеграции в макросоциум концентрируется на повышении коммуникативных способностей всех членов семьи. Коммуникация – это взаимодействие людей, способность к эффективному обмену информацией и одно из главных условий существования человека. Коммуникативность является гарантией поддержания и увеличения потоков общественных и личных взаимоотношений, а также ценность этих взаимоотношений.

Коммуникативный тренинг неременный атрибут семейной реабилитации. Его применение помогает семье и ее членам избавиться от скованных, закрепощенных или чересчур развязных отношений, от неестественной речи, и, главное, от ощущения неуверенности в себе, в своих силах, в своих возможностях.

Работа с семьей в постреабилитационном периоде определяется утверждением нового подхода к решению проблемы зависимости от психоактивных веществ. Суть подхода заключается в переносе акцента с проблемы самой зависимости от психоактивных веществ на возможные проблемы личности пациента и его значимых других лиц [4, 18, 20]. В постреабилитационном периоде отношение с больным и его родственниками должны иметь возможность решить важнейшую задачу этого этапа – личностное развитие пациента, которое определяется самостоятельным, ответственным и независимым функционированием в соответствии с нормативными личностными статусами. Эффективно оказываемая помощь в постреабилитационном периоде – это залог нормативного существования семьи в целом и каждого ее члена в отдельности.

Таким образом, семейная реабилитация наркологических больных базируется на формировании социально-приемлемого образа жизни как семьи в целом, так и каждого ее члена в отдельности на основе отказа пациента от психоактивных веществ.

Литература:

1. Указ Президента РФ от 9 июня 2010 г. N 690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года»

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 октября 2003 г. № 500 «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)»

3. ГОСТ Р 54990-2012. Национальный стандарт реабилитации наркозависимых

4. Булатников А.Н. Медико-социальная работа с семьёй по решению проблем наркологического профиля / Социальная работа в современном обществе: теория, технологии, образование: материалы Всероссийской научно-практической конференции, 10-11 октября 2006 г. : в 2 кн. Кн. 2 / под общей ред. проф. Е.Д. Катульского; ред.-сост. проф. В.А. Никитин. М.: Издательство Московского гуманитарного университета, 2007. С.12-18.

5. Булатников А.Н. Био-психо-социальные проблемы при реализации программ семейной реабилитации в сфере наркологии / III Пичугинские чтения. Актуальные проблемы педиатрии и детской неврологии (Материалы Российской конференции с международным участием). Том 1./ Под ред. И.П. Корюкиной, Н.И. Аверьяновой, Ю.И. Кравцова, Н.Ю. Зарициной. Пермь, 2007. С.103-107.

6. Булатников А.Н. Проблемы семейной реабилитации в сфере наркологии / Успехи теоретической и клинической медицины: Материалы научных исследований Российской медицинской академии последипломного образования. М.: РМАПО, 2007. Выпуск 7. Том 1. С.113-116.

7. Булатников А.Н. Динамика патологического функционирования семьи при наркологических заболеваниях. / Актуальные проблемы оказания медицинской помощи жителям города Северодвинска: Материалы городской научно-практической конференции, посвященной 70-летию города Северодвинска, 24 апреля 2008 г. Северодвинск, 2008. С.19-22.

8. Булатников А.Н., Зарецкий В.В. Биопсихосоциальные проблемы организации эффективной реабилитационной среды / Материалы IV Международного Конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» / Под ред. А.А. Северного, Ю.С. Шевченко. Киров, 22-24 сентября 2009 г. С. 2-33.

9. Булатников А.Н., Аравиди А.В. Программа реабилитации детей и подростков «Становление личности» / Психолого-медико-социальное сопровождение детей и подростков: здоровье, профилактика, развитие : (по материалам респ. науч.-практ. конф.) / [сост. З.С. Шахурдина и др.]. Якутск : Бичик, 2009. С. 93-98.

10. Булатников А.Н. Практика семейной реабилитации при наркологических расстройствах / Ценностное отношение к здоровью. Практика профилактической работы в образовательной среде. Под ред. Раздина В.И., Портянской Л.Л., Зарецкого В.В. Сборник методических материалов. М.: Народное образование, НИИ школьных технологий, 2010. С.349-356

11. Булатников А.Н. Динамика функционирования семьи при формировании зависимости от психоактивных веществ. Ценностное отношение к здоровью. Практика профилактической работы в образовательной среде / Под ред. Раздина В.И., Портянской Л.Л., Зарецкого В.В. Сборник методических материалов. М.: Народное образование, НИИ школьных технологий, 2010. С.356-364

12. Новиков Е.М., Булатников А.Н. Компоненты организации системы медико-социальной реабилитации при наркологических расстройствах / Материалы научно-практической конференции «Приоритетные вопросы наркологической помощи в условиях модернизации здравоохранения в системе последипломного образования специалистов психиатров-наркологов». Москва: ННЦН. 2012. С.48-49.

13. Булатников А.Н. Континуально-фазовая динамика родительской семьи при наркологических заболеваниях / Психотерапия. 2013. №12. С. 85-86.

14. Булатников А.Н., Новиков Е.М., Соболев Е.С. Дисфункциональность родительской семьи при аддиктивных расстройствах / Материалы мультидисциплинарной научно-практической конфе-

ренции «Терапия семейных отношений как путь профилактики зависимостей» / под ред. д.м.н. Е.А. Брюна. – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2015. С. 27-35.

15. Булатников А.Н. Особенности функционирования созависимой семьи // *Общественное здравоохранение: традиции, инновации, перспективы: сборник научных трудов* / отв. редактор А.Л. Санников. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2016. С.181-183.

16. Булатников А.Н. Фундаментальные компоненты системы реабилитации при наркологических расстройствах (концептуальный обзор) / *Вопросы психического здоровья детей и подростков. №1. 2016. С. 97-103.*

17. Булатников А.Н., Зарецкий В.В. Психотерапевтическая помощь семье при наркологических расстройствах / *Вопросы психического здоровья детей и подростков. №1. 2017 (17). С.73-78.*

18. Валентик Ю.В., Булатников А.Н., Иовчук Н.М. Семейная реабилитация несовершеннолетних / Глава 12 в книге *Руководство по реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих наркотическими веществами* / Под ред. Ю.В. Валентика. М:Издательский Дом «ГЕНЖЕР», 2003. С.326-355.

19. Валентик Ю.В., Иовчук Н.М., Потемкин Г.А., Савченко Л.М., Соболев Е.С., Булатников А.Н., Иванюшкина Т.Н. Дифференциация программ реабилитации в различных возрастных группах несовершеннолетних и молодежи, злоупотребляющих психоактивными веществами (методическое пособие) / М:Издательство ООО «Русь», 2003. 162 с.

20. Валентик Ю.В., Булатников А.Н. Семейная реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. (Методическое пособие) / М.: Московский городской фонд поддержки школьного книгоиздания, 2004. 104с.

21. Стандарты реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами (методическое пособие) / Валентик Ю.В., Булатников А.Н. МИТС-НАУКА: международный научный вестник: сетевое электронное научное издание. 2004. С. 164.

ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ В КОНТЕКСТЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Гайкина М.Ю., Тагаева Т.В.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск

Общество и государство предъявляют все более сложные требования к содержанию и качеству медицинских услуг. Ключевой фигурой, обеспечивающей это качество, конечно, является врач. Профессиональная деятельность врача в свете новых требований и ожиданий выдвигается на первый план. В ходе модернизации системы практического здравоохранения в РФ существенно меняется практика реализации профессиональной медицинской деятельности врача. Данные изменения связаны с новым пониманием цели и результата медицинской деятельности, которые формулируются в документах модернизации системы здравоохранения в России и в мире для достижения нового качества оказания медицинской помощи [1].

В современных условиях развития отечественной системы здравоохранения чрезвычайно важно понять, как именно должна измениться профессиональная медицинская деятельность, поскольку данный период развития медицины можно охарактеризовать как период значительного обновления, обуславливающего изменение практики реализации профессиональной медицинской деятельности [1].

Теоретические основы профессиональной медицинской деятельности были сформированы к концу XX века на основании исследований ученых – организаторов здравоохранения (В.П. Андронов, В.В. Давыдов, А.Н. Леонтьев, А.В. Решетников, В.В. Рубцов). Актуальным этот вопрос остается и на современном этапе (В.Н. Косырев, С.И. Куликов, С.Г. Стеценко и др.).

В настоящее время существует ряд подходов к пониманию сущности профессиональной медицинской деятельности, среди которых можно выделить основные. С одной стороны, медицинская деятельность рассматривается как «комплексная система, включающая организацию предоставления гражданам медицинской помощи, ее

непосредственное оказание в рамках диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, а также контроль качества предоставляемых медицинских услуг» [3, с. 29]. Или, как деятельность «основной целью, которой является охрана здоровья (поддержание и восстановление здоровья, осуществляемые путем профилактики, диагностики и лечения заболеваний пациентов (лиц, в отношении которых осуществляется медицинская деятельность), а также путем ухода за больными (пациентами) и их реабилитации)» [2, с. 72].

С другой, в соответствии с п. 3 Положения о лицензировании медицинской деятельности (утв. Постановление Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. № 291) медицинскую деятельность составляют работы, которые выполняются при оказании первичной медико-санитарной, специализированной, скорой, паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации органов и/или тканей, обращении донорской крови и/или ее компонентов в медицинских целях [5].

Таким образом, определение и изучение сущности профессиональной медицинской деятельности происходит с разных точек зрения. Рассмотрим, каким образом связаны профессиональная медицинская деятельность и психолого-педагогическая деятельность.

Цель нашей работы: изучить формирование мотивации на здоровый образ жизни в контексте первичной медико-санитарной помощи.

Теоретический анализ российских и зарубежных работ врачей-педагогов, ученых-педагогов, таких как В.Н. Бехтерев, В.Л. Боголюбов, Н.И. Пирогов, А.Ю. Ратнер, Н.Д. Ушинский позволил нам выделить ряд основных функций медицинской деятельности врача, среди которых наряду с диагностической, лечебной, реабилитационной, организационно-управленческой, научно-исследовательской, четко выделяется функциональный компонент, связанный с такими аспектами деятельности врача как профилактика, осуществление гигиенического воспитания пациентов, мотивация пациентов на здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, обучение пациентов

и их семей навыкам патронажа, что, по сути, является психолого-педагогической функцией.

Анализируя документы, посвященные модернизации системы практического здравоохранения, можно сделать вывод, что в первичном звене особое внимание уделяется решению следующих проблем профилактики, стоящих перед первичным звеном здравоохранения: «выявление жителей врачебного участка с факторами риска, начальными стадиями заболеваний, проведение мероприятий первичной, вторичной, третичной профилактики, обучение навыкам сбережения и укрепления здоровья» [1, 5]. Для решения данных проблем необходимо создание целого ряда психолого-педагогических условий. При этом, выделяя предложения к дальнейшей работе по построению профилактической работы с населением и пациентами в первичном звене практического здравоохранения, ученые и практики особое внимание уделяют различным аспектам психолого-педагогической деятельности врача. Так, при совершенствовании профилактической работы необходимо учесть следующее:

- «медицинский работник должен не только знать факторы риска развития заболеваний, но также уметь и быть готовым в понятной доступной форме объяснить пациенту сущность и важность профилактических действий, необходимых для сохранения здоровья»;
- недостаточно продекларировать приоритет профилактики, важно прилагать усилия, адекватные современным представлениям о видах профилактики, факторах риска, профилактических методах и методиках;
- необходимо создавать школы профилактики для населения;
- необходимо консолидировать все слои общества в охране здоровья, поскольку проблема улучшения здоровья – это проблема изменения ценности здоровья в системе ценностей общества и личности;
- необходимо развивать межведомственное сотрудничество в элиминации факторов, неблагоприятных для здоровья людей, и в санитарном просвещении населения путем обеспечения многоканального массивированного информационного воздействия социальной рекламы в целях укрепления семьи, формирования здорового, физически активного образа жизни [4].

Представленные требования включаются в современное содержание профессиональных задач врача первичного звена. Так, при совершенствовании моделей первичной медицинской помощи населению необходимо учесть, что «сохранение и укрепление здоровья населения Российской Федерации возможно лишь при условии формирования приоритета здоровья в системе социальных и духовных ценностей российского общества путем создания у населения экономической и социокультурной мотивации быть здоровым и обеспечения государством правовых, экономических, организационных и инфраструктурных условий для ведения здорового образа жизни».

В Концепции развития системы здравоохранения и медицины до 2020г. пишется о том, что «для формирования здорового образа жизни необходимо внедрение системы государственных и общественных мер по:

1) совершенствованию медико-гигиенического образования и воспитания населения, особенно детей, подростков, молодежи, через средства массовой информации и обязательному внедрению соответствующих образовательных программ в учреждения дошкольного, среднего и высшего образования.

2) созданию эффективной системы мер по борьбе с вредными привычками (злоупотребление алкоголем, табакокурение, наркомания и др.), включающей просвещение и информирование населения о последствиях употребления табака и злоупотребления алкоголем, содействие сокращению употребления табака и алкоголя;

3) созданию системы мотивирования граждан к ведению здорового образа жизни и участию в профилактических мероприятиях, в первую очередь, посредством популяризации уклада и стиля жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья граждан Российской Федерации, формирования моды на здоровье особенно среди подрастающего поколения, внедрение системы медицинского обслуживания здоровых и практически здоровых граждан; ведение разъяснительной работы о важности и необходимости регулярной профилактики и диспансеризации граждан;

4) созданию системы мотивирования работодателей к участию в охране здоровья работников посредством установления льгот по страховым взносам на обязательное медицинское и социальное

страхования, стимулирования работающих коллективов к ведению здорового образа жизни;

5) профилактике факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальное давление, неправильное питание, гиподинамия и т.д.);

6) созданию системы мотивирования руководителей учреждений системы школьного образования к участию в охране здоровья и формированию здорового образа жизни школьников» [1].

Кроме того, в Концепции подчеркивается, что «обеспечение здорового безопасного питания населения всех возрастных групп является важным направлением при формировании здорового образа жизни среди населения Российской Федерации, предусматривающим оптимизацию режима и характера питания, а также образование и обучение различных групп населения по вопросам здорового питания, в том числе с участием научных и лечебных центров, занимающихся вопросами питания» [1].

Развитие первичной медико-санитарной помощи (амбулаторно-поликлинический уровень) должно происходить в направлении приоритетного обеспечения населения прикрепленной территории (или учреждения), прежде всего, здоровых людей и лиц с хроническими заболеваниями вне обострения, профилактической помощью. Одной из основных функций первичного амбулаторно-поликлинического уровня должна стать «пропаганда здорового образа жизни и консультирование по вопросам поддержания и улучшения здоровья человека (начиная с раннего детского возраста), семьи или трудового коллектива (диетология, гигиена труда, физическая культура, психология и др.)»

При решении задач, связанных с организацией профилактической работы с пациентами с целью предотвращения наиболее распространенных заболеваний и мотивации на здоровый образ жизни, врач должен организовывать и использовать различные формы и методы работы с пациентами внутри лечебно-профилактического учреждения (индивидуальные, групповые, массовые, на приеме, в центре здоровья и профилактики и пр.), среди которых особое место занимает формирование у пациентов мотивации на здоровый образ жизни.

Врачу первичной медико-санитарной помощи согласно концепции модернизации системы здравоохранения в логике компетент-

ностного подхода предъявляются следующие требования. Он должен на современном этапе в процессе решения задач, связанных с видением личности пациента в лечебно-диагностическом процессе, анализировать и оценивать разнообразные факторы риска для пациента, разрабатывать индивидуальные программы коррекции образа жизни, превентивного лечения, а также вакцинации, мотивировать пациентов на здоровый образ жизни и отказ от вредных привычек. Результатом решения этих задач могут быть правила здорового образа жизни и безопасности, методы ранней диагностики и коррекции образа жизни, связанные с оценкой индивидуальных факторов риска для пациента; совокупность педагогических приемов, направленных на мотивирование пациентов к ЗОЖ и отказ от вредных привычек.

Литература:

1. Концепция развития системы здравоохранения и медицины до 2020г. [Электронный ресурс] // Федеральный справочник. – Режим доступа: <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/Tom%2012/1-9.pdf>

2. Ковалевский М. А. Правовые проблемы оказания платной медицинской помощи // Кодекс-Info. 2002. № 9. С. 72.

3. Стеценко С. Г. Юридическая регламентация медицинской деятельности в России (Исторический и теоретико-правовой анализ): дис. ... д-ра юрид. наук: 12.00.01 / Стеценко Семен Григорьевич. Санкт-Петербург, 2002. 452 с.

4. Обеспечение лечебно-профилактических учреждений первичного звена здравоохранения медицинскими кадрами. Методические рекомендации (утв. Минздравсоцразвития РФ 26.05.2006 № 2813-ВС) [Электронный ресурс] // Правовой сайт «Консультант плюс». – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=373241>.

5. Постановление Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. N 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] // Система ГАРАНТ. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70164724/#helр#ixzz3cPIN4611>.

6. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» [Электронный ресурс] // Система ГАРАНТ. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70170948/#ixzz3cgWTrCU>.

МЕТОДИКА РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Горянная Н.А., Ишекова Н.И., Воронова Л.А.

г. Архангельск

Методика протезирования суставов прочно вошла в арсенал деятельности врачей – хирургов, травматологов. Эндопротезирование в течение нескольких десятилетий зарекомендовало себя как надежный метод быстрого снижения боли и повышения качества жизни. Большое количество операций проводится на крупных суставах ног: тазобедренном и коленном суставах.

В настоящее время также успешно проводят операции по замене плечевого сустава. Это сложное хирургическое вмешательство, позволяющее вернуть подвижность суставам, а также снизить уровень боли в покое и при движении. Показаниями к операции являются артроз плечевого сустава, который прогрессирует и поверхность хряща изнашивается, любое движение причиняет мучительные боли, инфекции, переломы, травмы плечевых костей, ревматизм, дисплазия врожденного характера. В 2018 году операцию протезирования плечевого сустава успешно провели хирурги «СМКЦ им. Н.А. Семашко ФМБА России». После замены сустава пациентке был назначен курс послеоперационной реабилитации.

Восстановительное лечение после эндопротезирования плечевого сустава выполняется с первых суток поэтапно по специально составленной схеме, занимает оно не меньше 3 месяцев, в среднем 12-24 недели.

Ранний этап реабилитации длится с первых суток до 14 дней. Поздний реабилитационный этап продолжается до 12-13 недель. К данному сроку достигается прочная фиксация протеза и полноценные двигательные возможности.

С первого дня после операции пациент находится в иммобилизационной шине, которую использует в течении 3-4 недель. В 1 сутки после операции пациент вынимает руку из шины и сгибает ее в локтевом суставе. На 2 сутки разрешены маятникообразные движения рукой. С 3 дня выполняются движения прооперированной конечностью посредством противоположной здоровой руки. Основное количество упражнений приходится на совершении несложных упражнений в кисти и локтевом суставе при помощи экспандера или мяча. На 3-4 сутки включают пассивную механотерапию.

В поздний этап реабилитации, когда достигается полная фиксация протеза, разрешены активные движения в плечевом суставе, без боли. Через 3 недели разрешены упражнения с гимнастической палкой, мячом. Для восстановления мышечной силы с 6 недели рекомендованы силовые упражнения. Также назначаются курсы традиционного массажа плеча и предплечья, гидромассажа, рекомендованы занятия в бассейне, плавание, спокойный бег, занятия на велотренажере, скандинавская ходьба.

Не рекомендуется перенос и подъем тяжестей, длительные нагрузки, интенсивные махи и вращения в плечевом суставе, резкие толчковые движения рукой.

Литература:

1. Кавалерский Г.М., Архипов С.В. Плечо. Современные хирургические технологии. М.: Медицина. 2009. С. 192

ОЗДОРОВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПО МЕТОДИКЕ УМАНСКОЙ А.А.

Джгаркава О.В., Черняева А.Н.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск

Автор метода, который мы использовали в своей работе, Алла Александровна Уманская, заведующая лабораторией по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова. Доказано,

что точечный массаж по системе Уманской А.А. повышает иммунобиологические защитные свойства организма, нормализует подвижность нервных процессов, состояние гипоталамо-гипофизарной системы и, в конечном счете, повышает адаптационные возможности организма. При этом увеличивается активность фагоцитов и продукция антител, усиленно вырабатываются биологически активные вещества, в том числе интерферон и простагландины, защищающие организм от воздействия различных неблагоприятных факторов внешней среды. Это способствует активизации адаптационных реакций организма на неблагоприятные факторы внешней среды, в том числе и на респираторную группу вирусов.

Исследование проводилось на базе ДООУ детского сада №14 пос. Уйма в течение учебного года. В исследовании принимали участие 15 детей, из них 7 девочек и 8 мальчиков, из группы с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Дети занимались по программе детского сада, и дополнительно 3 раза в неделю им проводились лечебная гимнастика и курсы массажа 2 раза в год для коррекции ортопедических нарушений и укрепления мышечного корсета.

Все дети были отнесены к группе часто длительно болеющих, а также имели различную патологию опорно-двигательного аппарата. Анализ респираторной заболеваемости детей мы проводили по числу случаев ОРВИ за год и по среднему количеству дней, пропущенных по болезни. Когда детям еще не проводили точечный массаж, среднее число случаев ОРВИ составило $4,6 \pm 0,23$ за учебный год, количество дней болезни $8,1 \pm 0,3$. За период с сентября по июнь, когда в программу оздоровления детей мы включили точечный массаж, эти показатели уже составили $1,8 \pm 0,07$ и $4,8 \pm 0,08$ соответственно, снижение составило более чем в 2 раза и было статистически достоверным ($p < 0,05$).

При анализе антропометрических показателей мы получили следующие результаты. В подгруппе мальчиков переход из области «ниже среднего» в область «средних величин» отмечен только по показателю роста, вес остался недостаточным и телосложение негармоничным. В подгруппе девочек отмечен переход всех антропометрических показателей из области «ниже среднего» в область «средних величин», а весо-ростовой индекс Кетле указывал на достижение гармоничности в физическом развитии.

Имеющиеся положительные сдвиги в показателях дыхательных проб у девочек можно соотнести лишь с естественным ростом и развитием их за год наблюдения. Показатели ЖЕЛ, пробы Штанге и индекса Скибинского, отражающего координацию деятельности дыхательной и сердечно-сосудистой системы, остались на среднем уровне. В то время как у мальчиков после уменьшения респираторной заболеваемости увеличились функциональные возможности дыхательной системы, по всем показателям перешли со среднего уровня на уровень «выше среднего».

По гемодинамическим показателям – ЧСС в покое, систолическому артериальному давлению и двойному произведению – все дети в исследуемой группе перешли на качественно новый уровень функционирования системы кровообращения, с уровня «ниже среднего» на уровень с оценкой «хорошо».

В результате снижения респираторной заболеваемости все дети физически окрепли, по уровню выносливости, быстроты и силы достигли 4 баллов, что соответствует оценке «хорошо» по индексу мощности Шаповаловой. Показатель выносливости по индексу Руфье у всех детей повысился и перешел со среднего уровня на уровень выше среднего.

При комплексной балльной оценке физического здоровья детей по сумме баллов 5 морфологических и функциональных показателей – весо-ростового индекса Кетле, двойного произведения, индекса Скибинского, индекса мощности Шаповаловой и индекса Руфье установлено следующее. На первом обследовании уровень здоровья мальчиков был оценен в 14 баллов, что соответствовало уровню ниже среднего. «Слабыми местами» были недостаточные вес, рост и низкая производительность сердечно-сосудистой системы. На втором обследовании уровень здоровья мальчиков был уже оценен в 18 баллов, что соответствовало уровню выше среднего. Негармоничным осталось лишь физическое развитие – мальчики достигли средних величин по показателю роста, но вес и окружность грудной клетки остались на уровне ниже среднего.

В группе девочек на первом исследовании уровень здоровья оценен в 12 баллов, что соответствовало среднему уровню. «Слабыми местами» были недостаточные вес и рост, низкая производитель-

ность сердечно-сосудистой системы и слабая выносливость мышц и быстрота. На втором исследовании общая сумма баллов физического здоровья составила 19, что соответствовало уровню выше среднего. Девочки «подтянулись» по всем показателям, а физическое развитие из астенического перешло на 2 уровня выше и стало гармоничным.

Осмотр ортопеда перед выпуском из детского сада также выявил положительную динамику в сторону уменьшения патологии опорно-двигательного аппарата. Число случаев нарушения осанки уменьшилось с 8 до 2, плоскостопия – с 5 до 3, сколиотической установки с 4 до 2, перекоса таза – с 2 до 1. Х-образной деформации ног – с 2 до 1, но степень искривления ног у ребенка значительно уменьшилась. Число случаев килевидной деформации грудной клетки (у 2 детей) не изменилось, но степень выраженности значительно снизилась. Это связано с корригирующим эффектом лечебной физкультуры и массажа.

Когнитивные способности детей в исследуемой группе также достоверно повысились – на 58,9% улучшилась кратковременная память на слова, на 60% – кратковременная память на образы, наметилась тенденция к повышению уровня внимания. Изменилась также и качественная оценка изучаемых показателей – если при первом обследовании преобладал средний и слабый уровень этих показателей, то при втором обследовании – средний и хороший.

Причины перечисленных изменений следующие. Во-первых, процесс естественного развития и совершенствования когнитивных функций: при первом обследовании детям было в среднем 6 лет, а при втором – уже 7 лет. Во-вторых, по физическим показателям дети также окрепли – нормализовалось весо-ростовое соотношение по индексу Кетле, увеличились показатели силы и выносливости. В-третьих, дети в два раза стали меньше болеть, что с нашей точки зрения является определяющей причиной.

Таким образом, выдвинутая нами гипотеза о том, что оздоровление детей посредством точечного массажа по Уманской А.А. не только снизит респираторную заболеваемость, но и повысит уровень физического здоровья, полностью подтвердилась.

Практические рекомендации

1. Предложенная методика вполне доступна детям, начиная с 5 лет. На обучение необходимо 10-12 занятий. Затем дети могут сами, под контролем воспитателя, использовать точечный массаж.

2. Эффективность точечного массажа по Уманской А.А. в значительной степени определяется регулярностью занятий и положительным эмоциональным настроением, поэтому проводить его с детьми следует в игровой форме.

3. Перед проведением оздоровительной работы с часто длительно болеющим детьми необходима тщательная разъяснительная работа с детьми и с их родителями для создания мотивации и осознанного подхода.

4. Для повышения эффективности следует обучить методике точечного массажа родителей, чтобы дома в выходные дни дети также выполняли процедуры.

5. Массаж в области зон акупунктуры необходимо сочетать с другими профилактическими мерами: применение оксолиновой мази, ремантадина, интерферона, витаминов, промывание полости носа два раза в день водой с мылом, ежедневное полоскание горла. Кроме того, в период эпидемиологической ситуации по гриппу и ОРВИ рекомендуется на ночь закапывать в полость носа настоем лука с медом, смазывать утром и на ночь слизистую оболочку носа масляным настоем чеснока с луком.

Литература:

1. Актуальные вопросы медицинской реабилитации в детских дошкольных учреждениях / Методическое пособие. ГУЗ «ВФД» РО. Ростов-на-Дону. 2012. 58 с.

2. Каштанова Г.В., Е.Г. Мамаева. Медицинский контроль за физическим развитием дошкольников и младших школьников / Практическое пособие. – М.: АРКТИ, 2007. 64 с.

3. Тарасова Т.А. Контроль физического состояния детей дошкольного возраста. М.: ТЦ Сфера, 2007. 167 с.

4. Уманская А. А. Щит от всех болезней: система повышения иммунитета и управления организмом. М.: Физкультура и спорт, 2001. 141 с.

**АНАЛИЗ ПРОГРАММ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
СПЕЦИАЛИСТОВ ОРГАНОВ И ОРГАНИЗАЦИЙ,
ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ МЕРОПРИЯТИЯ
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ
ОБУЧАЮЩИХСЯ, В СУБЪЕКТАХ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
Зарецкий В.В., Дубова Е.В.

ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей»
Министерства образования и науки Российской Федерации,
г. Москва

Развитие профессиональных компетенций специалистов, занимающихся вопросами профилактики аддиктивного поведения среди несовершеннолетних и молодежи зависит от организации системы профессиональной подготовки кадров, реализуемой субъектами профилактики региона, их межведомственной координации.

В связи с этим в рамках выполнения государственного задания НИР, ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» провел мониторинг реализации в 2015-2016 учебном году программ профессиональной переподготовки и повышения квалификации специалистов органов и организаций, осуществляющих мероприятия по профилактике аддиктивного поведения обучающихся во всех 85 субъектах Российской Федерации.

В ходе мониторинговых исследований было выявлено, что реализация дополнительных профессиональных программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов (далее – ПК и ПП) по профилактике аддиктивного поведения обучающихся осуществляется через региональные институты повышения квалификации, институты развития образования, центры повышения квалификации и иные структуры, имеющие лицензию на право реализации дополнительных профессиональных программ различной ведомственной подчиненности.

1. Наличие программ ПК и ПП.

В мониторинговых исследованиях в части реализации дополнительных профессиональных ПК и ПП приняли участие организации

системы образования, системы здравоохранения, системы социальной защиты населения, системы по работе с молодежью, системы правоохранительных органов и организации системы ГО и ЧС всех 85 субъектов Российской Федерации (Таблица 1.)

Таблица 1

Наличие программ профессиональной переподготовки, повышения квалификации по профилактике аддиктивного поведения, разработанных региональными ведомствами субъектов Российской Федерации (по федеральным округам)

Субъекты РФ	Организации системы образования		Организации системы здравоохранения		Система правоохранительных органов		Организации системы ГО и ЧС		Организации системы социальной защиты населения		Организации системы по работе с молодежью	
	Все-го	в %	Все-го	в %	Все-го	в %	Все-го	в %	Все-го	в %	Все-го	в %
Представили программы субъекты РФ	74	86%	17	20%	3	3%	0	0%	13	15%	7	8*
Количество программ	155		29		5		0		27		13	
Центральный ФО	29		9		0		0		3		3	
Северо-Западный ФО	20		1		0		0		2		0	
Южный ФО	11		1		0		0		5		1	
Северо-Кавказский ФО	9		1		0		0		0		0	
Приволжский ФО	29		4		0		0		3		2	
Уральский ФО	10		1		0		0		8		0	
Сибирский ФО	29		6		1		0		5		0	
Дальневосточный ФО	18		6		3		0		2		7	

В системе образования программы ПК и ПП представлены 74 регионами, что составляет 86% от общего количества регионов, участвовавших в мониторинге. Ими представлено 155 дополнительных профессиональных программ ПК и ПП.

В системе здравоохранения программы ПК и ПП представлены

17 регионами, что составляет 20% от общего количества регионов, участвовавших в мониторинге, представлено 29 программ.

В системе социальной защиты населения программы ПК и ПП представлены 13 регионами, что составляет 15% от общего количества регионов, участвовавших в мониторинге. Представили 27 программ ПК и ПП.

Организации системы по работе с молодежью, реализующие программы ПК и ПП представили 7 регионов, что составляет 8% от общего количества регионов, участвовавших в мониторинге.

В системе правоохранительных органов программы ПК и ПП представлены 5 регионами, что составляет 3% от общего количества регионов, участвовавших в мониторинге. Представили 5 программ ПК и ПП.

Организации системы по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации стихийных бедствий не предоставили информации о программах дополнительного профессионального образования и повышения квалификации.

2. Целевые аудитории, тематика и объем профилактических программ

– в системе образования

Реализуемые в системе образования дополнительные профессиональные программы представлены как комплексные, отражающие эффективность моделей профилактики: «Система социально-педагогической деятельности по защите прав ребенка», «Эффективные модели профилактики отклоняющегося поведения несовершеннолетних» (Владимирская обл.), «Организация первичной профилактики злоупотребления ПАВ в профессиональных образовательных организациях» (Ярославская обл.), «Современные стратегии профилактики употребления опьяняющих веществ в образовательной среде» (Архангельская обл.), но также и теми, которые направлены на основные целевые аудитории профилактики – обучающихся: «Первичная профилактика употребления психоактивных веществ в детско-подростковой и молодежной среде» (Костромская обл.), родителей обучающихся: «Психолого-педагогическое сопровождение семьи» (Московская обл.); педагогов и специалистов образовательных организаций, осуществляющих профилактические воздействия:

«Профессиональная компетентность педагога-психолога, социального педагога в условиях реализации новых образовательных стандартов, формирование компетентности педагогов по профилактике употребления ПАВ и негативных явлений в подростковой аудитории» (Вологодская обл.).

Тематика программ, представленных в системе образования по результатам проведенного мониторинга, имеет следующую направленность:

1) Формирование здорового образа жизни: «Здоровьесберегающие технологии в образовательном процессе» (Орловская обл.), «Здоровая личность» (Тверская обл.);

2) Профилактика рискованного поведения обучающихся: «Профилактика рискованного поведения в детско-подростковых и молодежных коллективах» (Костромская обл.), «Программы неспецифической профилактики рискованного поведения обучающихся» (Калининградская обл.).

3) Профилактика аддиктивного поведения обучающихся: «Профилактика злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде» (Орловская обл.), «Формирование и развитие системы профилактики наркомании среди учащихся в общеобразовательных организациях» (Краснодарский край);

4) Профилактика правонарушений и асоциального поведения обучающихся: «Профилактика правонарушений и асоциального поведения молодежи». (Курская обл.), «Профилактика деструктивного поведения детей школьного возраста» (Воронежская обл.).

5) Освоение психолого-педагогических технологий профилактики аддиктивного поведения обучающихся: «Содержательные и методические аспекты программы первичной профилактики рискованного поведения у детей и подростков «Ладья» (Липецкая обл.);

Имеются образовательные программы, которые направлены на вторичную или третичную профилактику, где представлен модуль организации работы по реабилитации несовершеннолетних, потребляющих наркотические или психотропные вещества (Астраханская область – 16 час.).

Дополнительные профессиональные программы по объему учебной нагрузки имеют большой разброс от 280, 108, 72 академических

часов до модулей, объем которых составляет от 8, 16, 24 часа. Соответственно, глубина проработки содержания программы напрямую связана с ее объемом. В кратких модулях, возможно, только познакомить слушателей с проблемой. Стандартные программы, рассчитанные на 72 академических часа, включают достаточную проработку теоретических вопросов, связанных с аддиктивным поведением обучающихся, в них представлены диагностические модули по выявлению и анализу факторов риска, интерактивные технологии по работе с основными целевыми группами профилактики. Некоторые программы включают и проектные модули, направленные на формирование проектных инициатив с привлечением разнообразного профилактического ресурса.

Для реализации модульной программы используется обоснованный выбор форм занятий (лекции, практические занятия, активные формы работы: деловые игры, тренинги, диспуты и др.), адекватные формы и текущего и итогового контроля.

ПК и ПП чаще имеют модульное построение и содержат базовую и профильную части, включающую в себе обязательную и вариативные составляющие. Каждый из модулей – самостоятельная, целостная завершенная, но вместе с тем органично связанная с другими модулями часть программы.

Особого внимания заслуживают программы ориентированные на формирование и развитие добровольчества в основных целевых группах профилактики: «Волонтерство как социально-педагогическое пространство и фактор воспитания жизнестойкости обучающихся в условиях социальных вызовов школе, семье и личности» (Амурская обл.), «Самостоятельные дети» (Республика Татарстан).

Реализуемые в рамках профессиональных стандартов программы дополнительной профессиональной переподготовки педагогов и специалистов системы образования и выявленные в ходе мониторинговых исследований свидетельствуют о включении в них модулей, направленных на профилактику аддиктивного поведения обучающихся: «Проектирование программы воспитания и социализации в части формирования экологической культуры, здорового и безопасного образа жизни в соответствии с требованиями ФГОС» (Новосибирская обл.), Модуль 1. «Организация индивидуальной

профилактической работы с обучающимися». Модуль 2. «Реализация превентивных программ в образовательной организации» (Новгородская обл.), «Профессиональная компетентность педагога в профилактике аддиктивного и асоциального поведения в семье и школе в условиях реализации ФГОС» (Санкт-Петербург).

Целевые аудитории, тематика и объем профилактических программ

– в системе здравоохранения

Дополнительные программы в системе здравоохранения по профилактике аддиктивного поведения детей и молодежи, чаще ориентированы на вторичную профилактику (лечение) и третичную профилактику (реабилитацию) лиц, злоупотребляющих наркотическими или психотропными веществами, или находящимися в зависимости от них. Данные программы реализуются для медицинских работников Центров здоровья, организованных Министерством здравоохранения при поликлиниках субъектов Российской Федерации, врачей-наркологов, врачей-психиатров, наркологических центров и отделений, среднего медицинского персонала и клинических психологов учреждений здравоохранения. Дополнительные профессиональные программы проводятся ведущими институтами повышения квалификации врачей. Модульное построение программ позволяет организовать четкую специализацию в ходе освоения программы и развития профильных профессиональных компетенций.

Тематика программ, представленных в системе здравоохранения по результатам проведенного мониторинга, имеет следующую направленность:

1) Клинические аспекты проявления аддикций: «Медицинская (клиническая) психология» (Брянская обл.).

2) Профилактика аддиктивного поведения: «Профилактика аддиктивного поведения несовершеннолетних» (Воронежская обл.).

3) Профилактика наркологических расстройств: «Профилактика и лечение наркологических заболеваний» (Орловская обл.).

4) Технологии психокоррекции в наркологической сфере: «Психопрофилактика и психокоррекция наркозависимого поведения несовершеннолетних» (Ростовская обл.).

К организационным аспектам психокоррекции в наркологической сфере относятся такие основные направления профилактиче-

ской деятельности: административно-правовой, экономической, медицинский, гигиенический, психологический, педагогический и социальный. То есть первичная профилактика обеспечивается мерами, подавляющее большинство которых реализуется вне круга собственно медицинских проблем. Несмотря на превалирующую значимость немедицинских факторов в осуществлении первичной профилактики, участие в этом процессе врачей, в том числе и наркологов, не только не может быть исключено, но должно рассматриваться в качестве важного раздела в работе по первичной профилактике аддиктивного поведения несовершеннолетних.

Результаты мониторинга показали, что по объему учебной нагрузки ПК и ПП в системе здравоохранения также соответствуют требованиям, предъявляемым к ним, как и в системе образования. Краткие модули составляют 32 – 36 часов, стандартные курсы ПК 72 часа, программы ПП от 144 до 280 часов.

Программы антинаркотического образования в системе здравоохранения призваны ознакомить с политикой государства в наркологической сфере, концепцией и видами профилактики, позитивной направленностью профилактических воздействий, технологиями профилактических мероприятий и оценкой их эффективности. Более углубленное изучение знаний в данной области возможно при включении в программу самостоятельной работы со специальной литературой. В программах представлены цель и задачи курсов, квалификационные требования, учебно-тематический план, учебно-методические материалы, требования к специалисту, определяющие уровень знаний, умений и практических навыков по вопросу профилактики наркологических расстройств. В конце представленных программ представлен предлагается список литературы и основных нормативных документов по данному разделу дисциплины, позволяющий ориентироваться в основных и дополнительных материалах, которые должны изучаться на цикле, а также при самостоятельной подготовке к аттестации, определяющей уровень квалификации.

Целевые аудитории, тематика и объем профилактических программ

– в системе социальной защиты населения

Дополнительные профессиональные программы в системе социальной защиты населения направлены на повышение професси-

ональной компетентности специалистов в области профилактики безнадзорности и социального сиротства, оказания комплексной помощи детям, признанным нуждающимися в социальном обслуживании, и их семьям.

Тематика программ, представленных в системе социальной защиты населения по результатам проведенного мониторинга, имеет следующую направленность:

1) Изучение наиболее эффективных стратегий, подходов и форм и методов профилактической работы: «Психолого-педагогическое сопровождение детей и подростков в учреждениях социальной защиты» (Нижегородская обл.).

2) Углубление знаний о семье, семейном неблагополучии, системных деструктивных нарушениях: «Семьи, имеющие зависимости от ПАВ: основные подходы, технологии организации социально-психолого-педагогической работы» (Тульская обл.).

3) Изучение причин, факторов и условий, способствующих появлению безнадзорности. «Профилактика безнадзорности и правонарушений. Методическое сопровождение и подготовка педагога к работе с подростками с аддиктивным поведением» (ЯНАО).

4. Предоставление социальных услуг, включая экстренную психолого-социальную помощь: «Предоставление социальных услуг гражданам, имеющим внутрисемейный конфликт с лицами с наркотической зависимостью» (ЯНАО), «Психолого-педагогическое сопровождение детей и подростков в учреждениях социальной защиты» (Нижегородская обл.), «Обучение консультантов общероссийского детского телефона доверия (служб экстренной психологической помощи)», «Подготовка специалистов детского «Телефона доверия» (службы экстренной психологической помощи)». «Обучение консультантов общероссийского детского телефона доверия (служб экстренной психологической помощи)» (Республика Тыва).

Целевые аудитории, тематика и объем профилактических программ

– в системе по работе с молодежью

Тематика программ, представленных в системе по работе с молодежью по результатам проведенного мониторинга, имеет следующую направленность:

1) Формирование здорового образа жизни среди молодежи: «Эффективные коммуникации в образовательной деятельности» (Республика Саха (Якутия).

2) Профилактика аддиктивного поведения в молодежной среде: «Профилактика асоциальных явлений в молодежной среде» (Тамбовская обл.).

2) Формирование и развитие добровольчества по реализации социально значимых проектов. «Формирование здорового образа жизни» (Пермский край).

Организация профилактической деятельности в системе ГО и ЧС по данным встречного мониторинга реализуется в рамках программ оказания экстренной помощи для несовершеннолетних в кризисных жизненных ситуациях. В данной системе имеются собственные центры подготовки специалистов, но их деятельность и дополнительные профессиональные программы в ходе проведения мониторинга не были представлены.

Литература:

1. Булатников А.Н. Здоровый образ жизни как профилактика формирования аддиктивного поведения (начало) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. №1, 2014. с.92-99.

2. Булатников А.Н., Зарецкий В.В. Психотерапевтическая помощь семье при наркологических расстройствах // Вопросы психического здоровья детей и подростков. №1. 2017 (17). – с.73-78. ISSN 2305-9133

3. Дубова Е.В., Формирование категории здоровья у школьников экспериментальных общеобразовательных учреждений // Сб. Практика профилактической работы – эффективные проекты: Методические материалы – ФГБОУ ДПО «ЦПКиППС»/ М.: 2013. С. 159 – 164.

4. Зарецкий В.В. Работа в образовательной среде по профилактике употребления наркотиков и психоактивных веществ: оценка и мониторинг// Социальная педагогика. 2011. № 5. С. 20-34.

5. Зарецкий В.В., Булатников А.Н. Регламентация профилактической антинаркотической деятельности в образовательной среде – обеспечение системности // Учебно-методический электронный журнал «Профилактика зависимостей». №2. 2015. с. 82-122. ISSN 2410-4779

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ШКОЛЬНИКАМ **Зашихина В.В.**

ООО «Психофизиологический центр», г. Архангельск

Одной из задач детской нейропсихологии является оценка сформированности различных отделов головного мозга, входящих в три функциональных блока. Недоразвитие этих отделов или функциональная несформированность проявляется в различных симптомах, которые заставляют родителей вести детей к неврологу, или особенностях поведения, эмоциональной сферы или поведенческой регуляции, когда родители вынуждены обращаться к детскому психологу.

Все эти особенности ребёнка отражаются на его взаимоотношениях в семье, в классе, а также на учёбе. Часто именно замечания со стороны учителей (например, «Ваш ребёнок не внимателен», «Ваш ребёнок витает в облаках», «Ваш ребёнок не выполняет задания, которые даются на уроке») заставляют задуматься родителей, что происходит с их дитём и попытаться найти причину и определиться с тем, как помочь ему.

Не всегда обращения к врачам или к детскому психологу помогает ответить на вопрос «Что не так?». И в этой ситуации консультация детского нейропсихолога позволяет разобраться с причинами эмоциональной неустойчивости, особенностями поведения или проблемами в учёбе. В школьном возрасте причины отставания в учёбе в младших, средних и старших классах различны. Но порой истоки находятся в дошкольном возрасте. И поэтому именно в младших классах нейропсихологическая коррективная работа направлена именно на активацию тех отделов головного мозга, которые являются менее зрелыми. В средних классах и старших требуются уже другие подходы.

Нейропсихологическая коррективная работа проходит в виде коррекционно-развивающих занятий. Дети оценивают эти занятия как интересные необычные игры. Но игры для детей подбираются обычно в комплексе, объединённые определённой целью. Эти занятия не направлены на развитие каких-то конкретных знаний (понимание чередование времён года или дней недели). Целью является формирование высшей психической функции, например, развитие пространственных представлений, в том числе ориентировка «право-лево», умение

удержания инструкции и выполнения её в точной последовательности, формирование образа слов при чтении или в речи и т.д.

Развитие высших психических функций способствует не только повышению успеваемости, но и положительно отражается на эмоционально-волевых качествах ребёнка.

Однако коррекционные игры не являются гарантией успеха без усилий со стороны родителей. Всегда одновременно ведутся с ними беседы, о том, на что направлено занятие и как закрепить результат дома, что конкретно должны говорить и делать взрослые члены семьи. И если дома к воспитанию школьника подключены бабушка или дедушка, то и они должны быть участниками этого процесса.

Таким образом, детский нейропсихолог, проводя консультацию у школьников, может определить причины возникших проблем, разработать рекомендации для семьи и предложить комплекс развивающих игр, направленных на решение и нейропсихологических проблем ребёнка, и психологических вопросов в семье.

ПОЛОВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ И НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ПЕРВОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ АОКБ В 2017 Г.

**Ишекова Н. И., Хасанова Н.М., Ильичева О.Б., Красникова
М.Н., Земцовская Ю.В., Осетрова Н.М.**

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения

Российской Федерации, г. Архангельск

ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница»,
г. Архангельск

Цереброваскулярные заболевания остаются одной из ведущих причин смертности и инвалидности населения нашей страны. По результатам исследования ряда авторов, при инсультах отмечена летальность – от 10 до 35%, а смертность от цереброваскулярных заболеваний уступает лишь смертности от болезней сердца и опухолей всех локализаций и достигает в экономически развитых странах 11-12%.

Как в России, так и в большинстве стран мира, преобладают ишемические инсульты, доля которых достигает 80% и также про-

слеживается явная тенденция к преобладанию инсульта у женского населения. По данным Всероссийского центра профилактической медицины, в нашей стране от цереброваскулярных заболеваний умирает 25% мужчин и 39% женщин.

Цель работы: дать половозрастную характеристику пациентов и провести анализ некоторых показателей работы первого неврологического отделения Архангельской областной клинической больницы за период с 1 марта 2017 года по 1 января 2018 года.

Материалы и методы: за период с 1 марта 2017 года по 1 января 2018 года в 1 неврологическом отделении пролечено 393 человека с диагнозами транзиторная ишемическая атака (ТИА) – 79 человек (20,05%), инсульт головного мозга по ишемическому типу (ИИ) – 277 человек (70,3%), инсульт головного мозга по геморрагическому типу (ГИ) – 34 человек (8,63%), субарахноидальное кровоизлияние (САК) – 3 человека (0,76%).

Все пациенты переведены по срочным показаниям из районов Архангельской области, не прикрепленных к первичным сосудистым отделениям (ПСО): это – Холмогорский, Виноградовский, Плесецкий, Няндомский, Пинежский, Каргопольский, Лешуконский, Мезенский, Онежский; Приморский район госпитализация бригадами «Скорой помощи».

Всего умерло 9 человек (2,2% – общая летальность и 2,8% – летальность от инсультов): 7 человек с ИИ (77,8%) и 2 человека с ГИ (22,2%).

Дальнейший статистический анализ 384 пролеченных пациентов (без учета умерших) проводился по следующим показателям: возраст, пол, половозрастная структура и половозрастная структура по нозологиям.

Из 384 человек 220 человек возраста до 65 лет (57,3%), 139 человек – 65-80 лет (36,2%), 25 человек – 80 лет и старше (6,5%). 160 исследуемых – женщины (41,6%), 224 – мужчины (58,3%). В половозрастной структуре женщин до 65 лет – 68 (30,3%), мужчин – 152 (69,7%), женщин 65-80 лет – 77 (55,4%), мужчин – 62 (44,6%), женщин 80 лет и старше – 15 (60%), мужчин – 10 (40%).

В половозрастной структуре по нозологиям из 79 пролеченных пациентов с ТИА (20,6%) – 51 человек в возрасте до 65 лет (64,55%) (среди них 21 женщина (41%) и 30 мужчин (59%)), 24 человека в возрасте 65-80 лет (30,4%) (среди них 12 женщин и 12 мужчин) и 4 человека старше 80 лет (5%) (среди них 3 женщины и 1 мужчина).

Из 270 случаев ИИ (70,3%) – 145 человек в возрасте до 65 лет (53,7%) (среди них 37 женщин (25,5%) и 108 мужчин (74,5%)), 106 человек в возрасте 65-80 лет (39,25%) (среди них 62 женщины (58,5%) и 44 мужчины (41,5%)) и 19 человек 80 лет и старше (7,05%) (среди них 12 женщин (63,15%) и 7 мужчин (36,85%)).

Из 32 случаев ГИ (8,3%) – 21 человек в возрасте до 65 лет (65,62%) (среди них 7 женщин и 14 мужчин), 9 человек в возрасте 65-80 лет (28,13%) (среди них 3 женщины и 6 мужчин) и 2 человека 80 лет и старше (6,25%) (среди них 0 женщин и 2 мужчин). Из 3 пролеченных пациентов с САК все являются женщинами до 65 лет.

Таким образом, в структуре пролеченных больных отмечается преобладание лиц в возрасте до 65 лет (57,3%) и мужского пола (58,3%). Уровень летальности от инсультов по отделению составляет 2,8%, уровень общей летальности от cerebrovasкулярных заболеваний – 2,2%, что свидетельствует о качественном оказании медицинской помощи пациентам.

Литература:

1. Стародубцева О.С., Бегичева С.В. Анализ заболеваемости инсультом с использованием информационных технологий // Фундаментальные исследования. 2012. № 8-2. С. 424-427.

2. Покровский А.В., Кияшко В.А. Ишемический инсульт можно предупредить // Русский медицинский журнал. 2003. № 12. С.691 – 695.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Ишекова Н. И., Хасанова Н.М., Ильичева О.Б., Красникова
М.Н., Земцовская Ю.В., Осетрова Н.М.**

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск

ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница»,
г. Архангельск

Первое неврологическое отделение было открыто в Архангельской областной клинической больнице (АОКБ) в марте 2017 года и

специализируется на оказании помощи пациентам с острой цереброваскулярной патологией.

Отделение реабилитации принимает активное участие в восстановлении пациентов на первом этапе реабилитации. В отделении реабилитации внедрен принцип мультидисциплинарной работы с пациентами первого неврологического отделения. В бригаду входит: заведующая кафедрой физической культуры и медицинской реабилитации СГМУ, заведующая первым неврологическим отделением, заведующая отделением реабилитации, лечащие врачи первого неврологического отделения, врач ЛФК, логопед, медицинские психологи, врачи-физиотерапевты, инструкторы-методисты и инструкторы ЛФК, медицинские сестры по физиотерапии, медицинские сестры первого неврологического отделения, а также пациенты и родственники пациента.

Один раз в неделю проходит обход и заседание мультидисциплинарной бригады, где обсуждаются краткосрочные и долгосрочные реабилитационные цели, пути их достижения, коллегиально обсуждается реабилитационный потенциал и прогноз, определяются показания к переводу на следующий этап реабилитации. По необходимости проводятся реабилитационные консилиумы.

Работает принцип ранней реабилитации пациентов – начало мероприятий с отделения реанимации и палат интенсивной терапии. Применяется стол-вертикализатор для активизации пациентов.

Особенностью Архангельской области является отдаленность районов, в связи с чем в АОКБ пациенты чаще поступают вне терапевтического «окна», а иногда их эвакуация осуществляется через несколько дней после возникновения ОНМК. Так же отдаленность регионов усложняет взаимодействие с родственниками пациентов, которые не всегда могут приехать или приезжают к пациенту на ограниченное время. Несмотря на эти особенности ведется активная работа: созданы школы для родственников и пациентов, занятия в них проводят инструкторы и инструкторы-методисты, клинические психологи и медицинские сестры первого неврологического отделения. Каждое занятие проводится один раз в неделю, кроме этого ведется активное обучение родственников у постели больного. Они обучаются особенностям общения с больными, уходу, безопасному перемещению пациентов, а также принципам лечебной гимнастики.

Для профилактики профессионального выгорания проводится ротация врачей и инструкторов и инструкторов-методистов по отделениям АОКБ, все сотрудники имеют опыт работы с тяжелыми пациентами в отделениях реанимации и палатах интенсивной терапии.

За период с 1 марта 2017 года по 1 января 2018 года в 1 неврологическом отделении выписано 384 человека с диагнозами транзиторная ишемическая атака, инсульт головного мозга по ишемическому типу, инсульт головного мозга по геморрагическому типу, субарахноидальное кровоизлияние.

Врачами ЛФК в 1 неврологическом отделении было проведено 426 осмотров (в эту цифру входят первичные и повторные осмотры). Всего в 1 неврологическом отделении получило мероприятия по реабилитации 377 человек. В июле 2017 года открылся кабинет мелкой моторики. За 6 месяцев в нем получили помощь 59 человек. Проведено 290 процедур и 886 процедурных единиц.

Проведен анализ данных пациентов с ОНМК и ТИА при выписке (исключены умершие пациенты), имеющие 3 и более баллов по шкале Рэнкина при поступлении. На второй этап реабилитации были переведены 98 человек (25,5% от общего количества проанализированных), при этом все переведенные пациенты с ОНМК при поступлении в неврологическое отделение имели 3 и более баллов по шкале Рэнкина. Из всех пациентов, переведенных на второй этап реабилитации, при выписке из неврологического отделения 3 балла по шкале Рэнкина имели 69 человек (70,40%), 4 балла – 27 человек (27,55%), 5 баллов – 2 человека (2,04%). При анализе структуры по возрасту пациентов, направленных на второй этап, выявлено, что преобладали пациенты моложе 65 лет (61 человек – 62,24%), в возрасте от 65-80 лет – 30 человек (30,6%), в возрасте старше 80 лет – 7 человек (7,14%).

В отделения паллиативного лечения направлено 23 человек (5,99% от числа проанализированных).

Таким образом, мультидисциплинарный подход высоко востребован на первом этапе реабилитации пациентов с пациентов с острой цереброваскулярной патологией. Работа мультидисциплинарной бригады в первом неврологическом отделении помогает повысить эффективность реабилитационных мероприятий, улучшает взаимо-

действие с родными пациентов, помогает планировать дальнейшую маршрутизацию больного. Пациенты, имеющие 4 и 5 баллов по шкале Рэнкина, требуют более длительных сроков госпитализации, которые обеспечиваются переводом их на второй этап реабилитации в условиях г.Архангельска.

Литература:

1. Медицинская реабилитация / Учебник // Епифанов А. В., Ачкасов Е. Е., Епифанов В. А. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 669с.
2. Физическая и реабилитационная медицина: национальное руководство / Под ред. Г. Н. Пономаренко.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 551 с.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ПО МАТЕРИАЛАМ ПЕРВОГО НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ)

**Ишекова Н. И., Хасанова Н.М., Ильичева О.Б., Красникова
М.Н., Осетрова Н.М., Земцовская Ю.В.**

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск

ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница»,
г. Архангельск

В связи с увеличением продолжительности жизни и доли пожилых людей в популяции, усложнением технологических процессов, связанным с развитием цивилизации социальная значимость когнитивных способностей неуклонно растет [1,2]. Хорошо известно, что с возрастом у подавляющего большинства людей наблюдается ослабление когнитивных функций, которое чаще всего не выходит за рамки статистически определяемой возрастной нормы и не вызывает нарушение социальной адаптации [4]. Лишь у 6-8% лиц старше 65 лет развивается стойкий выраженный когнитивный дефицит, который приводит к утрате трудоспособности и бытовой независимости и определяется как деменция [3].

В последние годы пристальное внимание привлекает промежуточная стадия развития когнитивных нарушений, когда они еще не достигают степени деменции, но выходят из границ возрастной нормы. Последние эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что когнитивные нарушения (КН) не только влияют на частоту обращений больных за медицинской помощью, но, что особенно важно, способствуют их инвалидизации. Еще одним неблагоприятным проявлением когнитивных расстройств является их влияние на приверженность лечению сопутствующих соматических заболеваний, а также, безусловно, значительное влияние на снижение качества жизни.

Цель исследования: провести анализ когнитивных нарушений у пациентов с острыми цереброваскулярными заболеваниями, получивших лечение в первом неврологическом отделении Архангельской областной клинической больницы в 2017 году.

Материалы и методы: За период с 15.10.17 по 26.12.17 было обследовано 387 пациентов. Статистический анализ проводился по следующим показателям: пол, возраст, район проживания, наследственность, наличие жалоб на снижение памяти, влияние жалоб на качество жизни. Степень когнитивного снижения оценивалась с помощью теста «Мини-Ког»: 3 балла – отсутствие КН, 2 балла – легкие КН, 1 балл – умеренные КН, 0 баллов – выраженные КН.

Из 387 человек было обследовано 169 мужчин (43,7%) и 218 женщин (56,3%). В возрасте 60 – 74 года – 258 человек (66,7%), старше 75 лет – 129 человек (33,3%). Все пациенты были госпитализированы из Архангельской области: г. Архангельск – 64 (16,54%), Вельский р-н – 14 (3,62%), Верхнетоемский р-н – 5 (1,29%), Вилегодский р-н – 2 (0,52%), Виноградовский р-н – 13 (3,36%), Каргопольский р-н – 9 (2,33%), Коношский р-н – 12 (3,10%), г. Коряжма – 4 (1,03%), Котласский р-н – 6 (1,55%), г. Котлас – 5 (1,29%), Красноборский р-н – 4 (1,03%), Ленский р-н – 1 (0,26%), Лешуконский р-н – 2 (0,52%), Мезенский р-н – 21 (5,43%), г. Мирный – 1 (0,26%), НАО – 5 (1,29%), г. Новодвинск – 12 (3,10%), Нямдомский р-н – 10 (2,58%), г. Онега – 3 (0,78%), Онежский р-н – 13 (3,36%), Пинежский р-н – 22 (5,68%), Плесецкий р-н – 36 (9,30%), Приморский р-н – 41 (10,6%), г. Северодвинск – 23 (5,94%), Устьянский р-н – 16 (4,13%), Холмогорский р-н – 3 (0,78%), Шенкурский р-н – 8 (2,07%).

Из 387 опрошенныхотягощенную по когнитивным нарушениям наследственность отмечали 48 пациентов (12,4%). Жалобы на снижение памяти предъявляли 250 пациентов (64,5%). Из них 0 б – 9 (3,6%), 1 б – 118 (47,2%), 2 б – 95 (38%), 3 б – 28 (11,2%). Влияние снижения памяти на качество жизни отмечали 109 из 250 пациентов (43,6%). Из них 0 б – 7 (6,4%), 1 б – 60 (55%), 2 б – 29 (26,6%), 3 б – 13 (12%).

По шкале «Мини-Ког» КН 0 б – 2 б было выявлено у 345 человек (89%). Из них 2 б – 156 человек (45,2%), 1 б – 175 человек (50,8%), 0 б (тяжелое когнитивное снижение) – 14 человек (4%). Из 345 опрошенных КН 0 б – 2 б имеют 187 из 218 женщин (85,8%), 158 из 169 исследуемых мужчин (93%); пациентов в возрасте 60 – 74 г – 222 из 258 (86%), старше 75 лет – 123 из 129 (95%). Из 14 человек с КН 0 б (тяжелые КН) женщин – 5 (35%), мужчин – 9 (65%), пациентов в возрасте 60 – 74 г – 7 человек (50%), старше 75 – 7 человек (50%).

Среди пациентов городского населения (г.Архангельск, г.Коряжма, г. Котлас, г.Мирный, г.Новодвинск, г.Онега, г.Северодвинск) КН 0-2б было выявлено у 97 пациентов из 113 (86%) (из них у 61 женщины (83%), у 36 мужчин (90%); пациентов в возрасте 60 – 74 года – 59 из 73 пациентов (81%), старше 75 – 38 человек из 40 (95%).)

Среди пациентов сельского населения (Вельский р-н, Верхнетомский р-н, Вилегодский р-н, Виноградовский р-н, Каргопольский р-н, Коношский р-н, Котласский р-н, Красноборский р-н, Ленский р-н, Лешуконский р-н, Мезенский р-н, НАО-5, г.Новодвинск, Няндомский р-н, Онежский р-н, Пинежский р-н, Плесецкий р-н, Приморский р-н, Устьянский р-н, Холмогорский р-н, Шенкурский р-н) КН 0-2б было выявлено у 248 пациентов из 274 (90,5%) (из них 126 – женщины (87%), 122 – мужчины (94,5%); пациентов в возрасте 60-74 года – 163 человека (88%), старше 75-85 человек (95,5%).

Таким образом, проанализировав результаты теста «Мини-Ког» у лиц пожилого возраста, мы пришли к выводу, что наиболее часто встречающаяся степень снижения когнитивных функций равна 1 баллу (умеренные КН) – 50,8%. Пациенты повторяли за исследователем предложенные 3 слова, но испытывали значительные затруднения при тесте рисования часов, а так же при повторении слов спустя некоторое время. Оценивая половозрастную структуру, очевидно,

что чаще КН подвержены лица, старше 75 лет (95%), мужского пола (93%). Частота встречаемости КН, согласно данным проведенного нами исследования, выше у пациентов сельского населения (90,5%), чем у городского.

Литература:

1. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение // Рус. Мед. Журн. 2004. №10. С. 573-576.
2. Яхно Н.Н. Актуальные вопросы нейрогерииатрии / В кн.: Достижения в нейрогерииатрии. М 1995. № 9. С.27.
3. Braak H., Del Tredici K., Braak E. Spectrum of pathology / In: Mild cognitive impairment. Ed. R.C. Petersen.Oxford University Press. 2003. P.149–189.
4. Knopman D.S., Boeve B.F., Petersen R.C. Essentials of the proper diagnoses of mild cognitive impairment, dementia and major subtypes of dementia // Mayo Clin Proc. 2003;78: P. 1290–1308.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ ПОВТОРНЫХ КУРСАХ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ ГОЛОВНОГО МОЗГА НА II ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Ишеков А.Н., Ишекова Н.И., Милехина О.Б.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет», г. Архангельск

Инфаркт головного мозга (инсульт) является одним из наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний. Во всем мире ежегодно происходит 6 миллионов инсультов, из них 450 тысяч – в России. Таким образом, каждые полторы минуты у одного из жителей нашей страны случается инсульт. Частота заболевания варьирует в различных регионах от 460 до 560 случаев на 100 тысяч человек. В Москве ежегодно происходит примерно 36 тысяч инсультов, в Санкт-Петербурге – 12 тысяч случаев в год. В последние годы частота инсультов стала в 2-3 раза превышать частоту инфарктов миокарда.

Стремление снизить прогрессирование инсульта приводит к необходимости применения большого количества медицинских средств, влияющих на различные звенья патогенеза. В настоящее время поиск новых возможностей в комплексном лечении больных с инфарктом головного мозга остаётся актуальной проблемой ангионеврологии.

Остаётся открытым использование различных немедикаментозных методов в профилактике инсульта на различных этапах реабилитации, в частности максимального применения всех имеющихся возможностей рефлексотерапии для наиболее интенсивного воздействия на церебральную гемодинамику и активацию нейропротективных механизмов организма. Все эти проблемы требуют дальнейшей разработки и исследования.

С целью разработки нового подхода в реабилитации больных с поражением центральной нервной системы в 2016-2017г.г. было проведено исследование по применению рефлексотерапии в лечении инфаркта головного мозга в отделении медицинской реабилитации № 1 ГБУЗ АО «Первая ГКБ им. Е. Е. Волосевич».

В настоящем исследовании была предпринята попытка оценить динамику лечения у мужчин и женщин после повторного курса рефлексотерапии.

Объект исследования: 1 группа – 30 пациентов мужского и женского пола (средний возраст $58,6 \pm 2,2$ лет) с диагнозом инфаркт головного мозга в вертебро-базиллярном бассейне (ВББ) с формированием вестибуло-атактического синдрома, прошедшие первичный курс корпоральной и аурикулярной ИРТ- 7 сеансов в 2016 году.

2 группа – 30 пациентов мужского и женского пола (средний возраст $61,4 \pm 1,8$ лет) с диагнозом инфаркт головного мозга в бассейне в левом или правом каротидном бассейнах с формированием умеренного гемипареза, прошедшие первичный курс корпоральной и аурикулярной иглорефлексотерапии (ИРТ) – 7 сеансов в 2016 году. Длительность заболевания у пациентов – от 6 до 12 месяцев (поздний восстановительный период).

Методы: использовалась корпоральная и аурикулярная иглорефлексотерапия по точкам общего действия (IX(МС)-6, 7; XIII(Т)-20; V(С)-7; III(Е)-36; IV(RP)-6; I(P)-5. 10; VIII(R)-1, 2; XI(VB)-20; AT-34, 51,55, 100, 115) и специальным точкам на стороне гемипареза.

Второй тормозной и возбуждающий метод. Курс лечения составил в среднем 7 дней, длительность сеанса 30-40 мин.

Результаты исследования: оценивались по клиническим проявлениям патологии: выраженность пареза, тонус мышц, расстройства чувствительности, высшие психические функции (ВПФ), в частности речь. Оценка тяжести инсульта по шкале NIHSS (табл. 1).

Таблица 1

**Проявления инфаркта головного мозга у пациентов
после повторного курса рефлексотерапии**

Проявления	1 курс ИРТ		2 курс ИРТ	
	1 группа (ВББ)	2 группа (ЛКБ и ПКБ)	1 группа (ВББ)	2 группа (ЛКБ и ПКБ)
Динамика инсульта по NIHSS	С 9 до 8 баллов	С 10 до 8 баллов	С 7 до 6 баллов	С 8 до 6 баллов
Гемипарез	20%	50%	30%	70%
Гемигипестезия	10%	20%	40%	40%
Гипертонус	50%	60%	50%	50%
Атаксия	30%	10%	50%	20%
ВПФ	20%	30%	30%	30%

Выводы: Применение корпоральной и аурикулярной рефлексотерапии в комплексе реабилитационных мероприятий на фоне медикаментозной терапии эффективно, в плане восстановления двигательной активности, профилактики развития постинсультной тревоги и депрессии, снижения уровня инвалидизации и повышения качества жизни больного.

Целесообразно назначать схемы лечения для всех больных независимо от типа локализации инфаркта головного мозга с раннего восстановительного периода на длительный курс не менее 7 дней.

Использование метода позволяет в первые сутки снизить тонус паретичных мышц, уменьшить проявления вестибуло-атактического синдрома, в последующем, способствует уменьшению пареза и восстановлению чувствительности.

В течение года наблюдается положительная динамика течения инфаркта головного мозга у обследуемых пациентов. Тяжесть заболевания снижается до легкой (6 баллов по шкале NIHSS).

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИОТЕРАПИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Калгин В.В.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Архангельск

В настоящее время детям с самого рождения применяют различные физические факторы с реабилитационной и профилактическими целями. Детский организм имеет определенные анатомо-физиологические особенности и отличия от организма взрослого человека, которые необходимо учитывать при применении физических факторов.

Выделяют периоды роста и развития ребёнка, в течение которых завершается формирование органов и систем организма. Возрастные периоды не имеют чётких временных границ, но знание их необходимо для определения показаний и противопоказаний применения физиотерапии у детей. Периоды: 1) новорожденность – от рождения до отпадения остатка пуповины и заживления пупочной ранки (3-4 недели); 2) грудной – ребёнок на грудном вскармливании (до 1 года); 3) преддошкольный (от 1 года до 3 лет); 4) дошкольный (от 3 до 7 лет); 5) младший школьный возраст (7-12 лет); 6) подростковый – полового созревания (12-18 лет).

Многие системы и органы детского организма отличаются физиологической «незрелостью». Один из главных отличительных факторов детского организма от взрослого относительно большее содержание воды в теле ребёнка, а, следовательно, большая чувствительность к воздействию физических факторов.

Кости ребёнка отличаются большей гидрофильностью и пористостью строения, за счёт этого кости пластичные и легко деформируются, но менее подвержены переломам. Гидрофильность костей обуславливает более сильное на них воздействие физических факторов, например: тепловых и электромагнитных. Костная ткань чувствительна к СМВ и ДМВ, что обуславливает применение этих физических факторов при заболеваниях и повреждениях опорно-двигательного аппарата. Эффективно применение у детей для профилактики и лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата средневолнового ультрафиолетового облучения, которое стимули-

рует образование жирорастворимого витамина D и положительно влияет на обмен кальция.

Поперечно-полосатые мышцы у детей слабо развиты. Масса мышц новорожденного составляет около двадцати пяти процентов от веса тела (у взрослых 35-42%). Мышечные волокна тонкие, содержат больше соединительной ткани. У детей первых месяцев жизни имеется физиологический гипертонус сгибателей скелетной мускулатуры. Воздействие импульсными токами на детей грудного возраста может привести тетанусу скелетных мышц, поэтому при использовании электрической стимуляции нужно применять методики импульсной электро-физиотерапии адекватные возрасту ребёнка.

Эпидермис и дерма детей первых лет жизни относительно незрела, гидрофильны, содержат меньше клеток, неплотно связаны между собой. Кровеносные сосуды дермы имеют тенденцию к расширению. Сальные железы, активно выполняют свою функцию во внутриутробном и в грудном периоде и почти перестают работать до начала полового созревания. Потовые железы начинают функционировать приблизительно с одного месяца и окончательно формируются к младшему школьному возрасту. Большее содержание воды в коже ребёнка уменьшает её сопротивление электричеству, делает более подверженной к воздействию магнитных полей, увеличивает всасывающую способность. Эпидермис и дерма детей отличаются хорошей регенерацией и имеют тенденцию к образованию келоидных рубцов, особенно в дошкольном возрасте. Жировая ткань в детском возрасте отличается большей способностью к увеличению количества адипоцитов, а не только их размеров.

Нервная система ребёнка находится в постоянном развитии, по сравнению с организмом взрослого она физиологически «незрела», в ней преобладают процессы возбуждения, ускорено формирование условных рефлексов, отмечается лёгкая «истощаемость», поэтому детям назначается меньшее количество и время физиотерапевтических процедур. Физические факторы могут вызывать у детей не только местные, но и общие реакции организма, при сегментарном воздействии возможны реакции со стороны других сегментов, не подвергавшихся воздействию, так как зоны сегментов больше и шире, следовательно, не желательно применение общих и сегмен-

тарных воздействий в дошкольном периоде. Детям дошкольного и более раннего возраста нежелательно воздействие физических факторов на область головы и спинного мозга.

У детей раннего возраста слабая физическая и химическая адаптация к изменению температуры тела при воздействии физических температурных факторов, что связано с несовершенной нейро-гуморальной регуляцией. Детям не применяют высокие и низкие температуры при теплотерапии и криотерапии.

Детям не рекомендуется проводить физиотерапевтические процедуры, которые вызовут у них негативные реакции. Ребёнку, по возможности, надо рассказать о физиотерапевтической процедуре, её важности для его лечения, доступными для понимания словами. При физиотерапевтическом лечении надо учитывать режим бодрствования, сна и питания ребёнка. Дети должны принимать процедуры за один час до еды или полчаса после еды. Стимулирующие процедуры проводят в первой половине дня, после пробуждения, а седативные во второй, перед сном.

Врач-физиотерапевт может назначить ребёнку первую физиотерапевтическую процедуру в виде «плацебо» или уменьшить время и дозировку физического фактора. При контактных стабильных методиках необходимо зафиксировать контактные пластины с телом ребёнка, а после процедуры осмотреть кожные покровы, на которые действовал физический фактор и обработать их кремом для детей.

Гальванизация и электрофорез. Дозировка плотности постоянно-го тока: для детей первого года жизни – до 0,01 мА/см²; детям 2-3 лет – до 0,02 мА/см²; в дошкольном возрасте – 0,03-0,05 мА/см²; 7-15 лет – 0,05-0,08 мА/см². Продолжительность процедуры – 7-8 минут для детей до года, старше – 15-20 минут.

Используются следующие методики гальванизации и электрофореза для детей раннего возраста. Гальванический воротник по Щербаку применяют детям с 2 лет. «Шалевый» электрод площадью от 200 до 400 см² располагают на уровне С₆-Th₂, второй электрод – в пояснично-крестцовой области L₂-S₂. Силу тока постепенно увеличивают от 2-4 мА до 10-12 мА (по переносимости), время – с 2-4 минут до 12-14 минут, прибавляя по 1 мА и 1 мин через процедуру. Курс 10-12 процедур. Электрофорез по Вермелю новорожденным и груд-

ным детям. Анод площадью 100 см² накладывают в межлопаточной области (на уровне Th₂-Th₁₀). Катод аналогичной площади располагают на передней брюшной стенке или передней поверхности бедер. Плотность тока до 0,01 мА/см², продолжительность воздействия – до 7-8 минут. Курс 8-10 процедур.

Амплипульстерапия. Используют переменный режим; рода работы – III, IV, V; глубину модуляции – не более 75%. Стимуляцию начинают с высоких частот – 100-90 Гц. Время процедуры у детей до года 8-10 минут; от 1 до 7 лет – 10-15 минут. При патологических состояниях нервной системы продолжительность воздействия можно увеличить.

Электросон по глазнично-затылочной методике назначают детям с трёх лет. Лучше применять лобно-затылочную методику. Подбор адекватной частоты начинают со средних величин (60-80 Гц). Низкие частоты – 5-15 Гц применяют для лечения в подростковом возрасте. Время процедуры одного часа. Курс 10-12 процедур.

Токи надтональной частоты являются более физиологичными для детей и могут быть использованы с первых месяцев жизни с целью уменьшения отёков, воспаления и восстановления при патологии эпидермиса, дермы и жировой ткани.

Ультравысокочастотную терапию детям применяют с первой недели жизни. Дозировка зависит от возраста и локализации. Детям до одного года – мощность воздействия до 15 Вт, от 1 до 3 лет – до 15-20 Вт, от 3 до 7 лет – до 30-40 Вт, старше 7 лет – до 50-60 Вт.

Сантиметровую волновую терапию детям используют с первого года жизни. У детей применяют только малую плотность мощности, благодаря большим излучателям и малой мощности – 5 Вт. Детям от 2 до 5 лет – до 5-7 Вт, старше 7 лет – мощность до 10-12 Вт. При использовании излучателя диаметром 3,5 см мощность не должна превышать на первом году жизни – 2-2,5 Вт, дошкольников 3-4 Вт, школьников – 5 Вт. Повышение плотности мощности может вызвать ожоги.

Ультрафиолетовое облучение применяется, как для терапии, так для профилактики заболеваний. Детям лучше проводить местное ультрафиолетовое облучение кистей и стоп.

Хромотерапию синим цветом при желтухе новорожденных, делают с первых дней жизни. Хромотерапию применяют для улучшения «созревания» органов, систем и тканей организма ребёнка.

Ультразвуковая терапия. Плотность мощности для детей от 1 до 3 лет – 0,05-0,1 Вт/см²; от 3 до 6 лет – 0,2-0,4 Вт/см²; детям старшего возраста – 0,5-0,6 Вт/см². Детям не применяют плотность мощности выше 0,6 Вт/см². Продолжительность воздействия на одно поле – 2-5 минут. Продолжительность воздействия на одно поле – 2-5 минут.

Таким образом, при назначении физиотерапевтических методов лечения необходимо учитывать анатомо-физиологические особенности детского организма в соответствии с возрастом ребенка.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЬИ ВОЕННОСЛУЖАЩЕГО

Киворкова А.Ю.

ФГКУ санаторий «Жемчужина Кавказа», г. Кисловодск

Семья играет значимую роль в жизни любого человека, независимо от его социального статуса и сферы профессиональной деятельности. Это особенно актуально в связи с усилением социально-экономической напряженности и потока негативной информации, искажающей статус и структуру современной семьи. К сожалению, неустойчивость и конфликтность семейных отношений, заканчивающихся зачастую разводом, стали своеобразной характеристикой российской семьи, которая, по мнению отечественных исследователей, утратила свой потенциал солидарности и ей угрожают многочисленные риски [1]. Для предотвращения возникновения и развития психической дезадаптации очень значима социальная поддержка семьи и близких людей. Благоприятный семейный климат, взаимопонимание и поддержка микросоциального окружения оказывают положительное влияние на состояние здоровья человека, и, наоборот, постоянная напряженная семейная обстановка неблагоприятно сказывается на здоровье [5].

Профессиональная деятельность военнослужащих, проходящих службу в силовых ведомственных структурах и относящихся к представителям так называемых опасных профессий, характеризуется высоким уровнем напряжения адаптационных механизмов, перенапряжением психических и физиологических функций, обуслов-

ленных осознанной опасностью для жизни и здоровья [9]. При этом семья была и остается одним из важнейших составных элементов армейского организма, выступающим в роли среды, в которой военнослужащий получает эмоциональную и моральную поддержку, компенсируя этим все трудности воинской службы.

Целью работы явилась систематизация основных факторов риска нарушения и обоснование направлений сохранения здорового образа жизнедеятельности семьи военнослужащих.

Жизнедеятельность семьи военнослужащего строится на воинских ценностях и живет интересами армии [8]. Выполняя, в основном, те же общественные функции, что и любая другая, она испытывает большое воздействие особенностей специфики службы, что отражается на семейном микроклимате. Жена военнослужащего, командированного в зону боевых действий, находится в состоянии стресса из-за пребывания мужа в экстремальных условиях, зная, что его жизни угрожает опасность. Перед командировкой мужа она испытывает широкий спектр эмоций, включающий печаль, беспомощность, беспокойство, депрессию, отчаяние, чувство вины, низкую самооценку, гнев, нетерпимость к детям и опасения, связанные с верностью мужа. Может возникать ряд физиологических симптомов, включая усталость, головные боли, плохую концентрацию внимания, нарушение менструального цикла, изменения в весе, боли в спине, головные боли, вялость и другие сопутствующие нарушения соматического здоровья [2]. Возвращение военнослужащего домой также сопряжено с переживанием напряженного для жены периода, так как она должна приложить максимум усилий для создания внутри семьи благоприятного психологического климата.

Состояния повышенного психоэмоционального напряжения жен военнослужащих способны не лучшим образом сказаться на психологическом климате семьи и могут вызвать цепную реакцию, в дальнейшем влияя на психологическое развитие детей. Известно, что решающее значение для ребенка играет не столько состава семьи, сколько степени ее гармоничности [3], а реакции детей на психотравмирующие события во многом зависят от реагирования на психотравму родителей и других, значимых для детей лиц. Отмечается, что одной из психологических особенностей детей профессиональ-

ных военнослужащих является наличие очень высокой тревожности, что связано с ожиданием опасности, с предчувствием ее. Дети офицеров живут под страхом потери кормильца, его увечья, социальное положение военнослужащих вызывает у их детей состояние боязни и обреченности [4]. В этой связи влияние матери на гармоничное психологическое развитие ребенка в семье военнослужащего очевидно, но оно будет благотворно только в том случае, когда она в состоянии управлять своим эмоциональным состоянием и способна нивелировать личностные и поведенческие особенности мужа, связанные со спецификой его профессиональной деятельности.

Основываясь на этих фактах, подчеркивается важность проведения своевременной психологической профилактики личностных расстройств женам и детям профессиональных военнослужащих. С учетом реципрокного воздействия посттравматического стресса и семейной системы, от специалистов требуется своевременно предотвращать пагубное воздействие на межличностные взаимосвязи негативных переживаний военнослужащих. В противном случае, при отсутствии своевременно проведенных реабилитационных мероприятий и дальнейшего психологического сопровождения члены семьи способны запустить механизмы взаимной декомпенсации – как чрезвычайной психологической внутрисемейной ситуации [6]. Учитывая, что семейные отношения могут стабилизировать или дестабилизировать уровень адекватности самосознания представителей экстремальных профессий, необходимо разрабатывать и внедрять методы психологического сопровождения не только для военнослужащих, но и для их жен и детей.

В этой связи в военно-медицинских подразделениях ряда силовых министерств и ведомств активно развивается процесс создания системы комплексной медико-психологической реабилитации, направленной на устранение выявляемых психогенно-индуктивных расстройств, как у самих представителей экстремального профиля служебной деятельности, так и у их ближайшего окружения – членов их семей [7]. Программы комплексной семейно-ориентированной реабилитации включают в себя психокоррекционные и психотерапевтические воздействия, способствующие потенцированию результатов реабилитации, активизации механизмов саморегулиро-

емого поведения, психологической самоадаптации, учитывающей сложные когнитивные и эмоциональные механизмы обеспечения целенаправленных действий в стрессовых ситуациях.

Своевременная медико-психологическая помощь женам и детям военнослужащих, способствует повышению психофизиологической стрессоустойчивости, восстановлению саморегуляции эмоций, интрапсихической адаптации и достижению социально-значимых установок на поведенческие стратегии, способствующие сохранению здоровья и восстановлению социально-психологической безопасности семьи. Личностные особенности жен военнослужащих, их толерантность к специфике профессиональной деятельности супругов способствуют гармоничному развитию личности детей и здоровому образу жизнедеятельности семьи, в целом, что увеличивает вероятность формирования достойной преемственности поколений и сохранении высокой мотивации к передаче традиций и ритуалов воинской службы.

Литература:

1. Егорова Н.Ю., Сизова И.Л. Имеет ли российская семья шанс стать солидарной? // Социологические исследования. 2014. № 4. С. 97-102.
2. Киворкова А.Ю., Соловьев А.Г. Медико-психологическая реабилитация жен военнослужащих в условиях внутрисемейной стрессовой ситуации // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2016. № 2. С.109-115.
3. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983. 256 с.
4. Локтаева С.А. Проявление личностных свойств детей при различных типах детско-родительских отношений в семьях профессиональных военнослужащих / С.А. Локтаева // Вестник РУДН. 2010. № 4. С. 94-99.
5. Модестов А.А., Рублева Т.Ю. Социально-гигиенические аспекты здоровья сотрудников ФС РФ по контролю за оборотом наркотиков // Медицинский вестник МВД. 2006. № 6. С. 3–7.
6. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Барачевский Ю.Е., Марунык С.В. Психолого-психиатрические аспекты чрезвычайных ситуаций // Медицина катастроф. 2008. № 3. С. 54-57.

7. Соловьев А.Г., Киворкова А.Ю. Применения биоповеденческой терапии в медико-психологической реабилитации членов семей лиц опасных профессий // Медицина катастроф. 2017. № 4. С. 26-30.

8. Тенитилов С.В. Основные проблемы профессиональной подготовки офицеров в вузах Министерства обороны Российской Федерации // Армия и общество. 2007. №5. С. 72-78.

9. Ушаков И.Б., Бубеев И.А. Стресс смертельно опасных состояний: особый вид стресса при жизнеугрожающих состояниях // Боевой стресс. Медико-психологическая реабилитация лиц опасных профессий : сб. материалов X Всерос. науч.-практ. конф. М., 2012. С. 432–434.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кичева Е.Ю.¹, Меньшикова Л.И.², Ефимова Ю.А.³

¹ ГБУЗ АО «Северодвинская городская больница № 2 скорой
медицинской помощи», г. Северодвинск

² ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск

³ ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница
им. Е.Е.Волосевич» г. Архангельск

По данным ВОЗ на глобальном уровне треть от общего числа смертей в год составляют сердечно-сосудистые заболевания. Одним из ключевых факторов риска болезней сердечно-сосудистой системы является артериальная гипертензия. По мнению исследователей, артериальная гипертензия является причиной сердечных приступов и инсультов, обуславливая 9 млн смертельных случаев в год в мире [2].

Согласно данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат) первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения увеличилась более, чем в 2 раза, с 17,1 до 37,5 на 1000 населения с 2000 г. по 2016 г., а количество впервые выявленных болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением, возросло более, чем в 2,5 раза с 2,99 до 8,59% соответственно [4,5].

За последние 15 лет в России значительно увеличилась смертность за счет лиц трудоспособного и репродуктивного возраста. Основной причиной происходящего являются фатальные сердечно-сосудистые катастрофы на фоне артериальной гипертензии [1], что говорит о недостаточной профилактической активности, направленной на предупреждение развития и прогрессирования заболевания, о необходимости знаний факторов риска и методов борьбы с ними на этапах первичной, вторичной и третичной профилактики. В свою очередь, вторичная и третичная профилактики должны быть основаны на регулярном приеме лекарств. Залогом выполнения пациентом лечения является компетенция всех сторон терапевтического процесса, включая организационные аспекты оказания медицинской помощи. Поэтому приверженность к терапии является одной из наиболее изучаемых проблем в лечении и профилактике многих заболеваний.

Цель работы: на основании изучения медико-социальных характеристик пациентов с артериальной гипертензией и факторов, влияющих на приверженность их к антигипертензивной терапии, разработать мероприятия по повышению эффективности лечения.

Задачи:

Изучить медико-социальные характеристики пациентов с АГ и составить медико-социальный портрет больных артериальной гипертензией.

Оценить степень приверженности пациента к лечению АГ и факторов, влияющие на нее.

Разработать мероприятия по повышению эффективности терапии АГ за счет повышения приверженности к лечению.

Материалы и методы. В проведенном нами исследовании использовался социологический метод, с помощью специально разработанной анкеты. Были опрошены 100 амбулаторных пациентов дневного терапевтического стационара ГБУЗ Архангельской области «Северодвинской городской больницы №2 скорой медицинской помощи» (ГБУЗ АО «СГБ 2 СМП»).

Анкета содержала 25 вопросов, включающих в себя: пол, возраст, образование, наличие группы инвалидности, доход и расход на лекарственные средства в месяц, обеспеченность жильем, сред-

ние цифры АД, посещение школ АГ, отношение к своему АД, вызовы скорой медицинской помощи, лечение в круглосуточном стационаре, информированность пациентов о пожизненной терапии АГ, схему лечения АГ, стоимость покупаемых препаратов, страну производителя, предпочтения к использованию оригинальных или дженерических препаратов, наличие льгот на лекарственное обеспечение, курение, дополнительные методы лечения АГ, просмотр телепередач, кто контролирует лекарственную терапию, предложения по улучшению качества медицинской помощи.

Математическую обработку данных проводили с помощью программы Excel 2007.

По результатам опроса средний возраст респондентов составил 55 лет (от 21 до 80 лет). Большинство опрошенных – это женщины (72 %). По уровню образования пациенты распределились следующим образом: среднее – 12 %, неполное среднее – 3 %, среднее профессиональное – 53 % и высшее – 32 %. В основном, респонденты не имели группы инвалидности (88 %), 1 группу инвалидности имели 3%, вторую – 4%, третью – 5%. Среднемесячный доход опрошенных составил от 10 до 20 тыс. рублей на человека (52%), более 20 тыс. рублей на человека – 39% и лишь 9% имели среднемесячный доход менее 10 тыс. рублей на человека.

На лекарственные средства, согласно анкетированию, 35% респондентов тратили от 500 до 1000 рублей в месяц, 39% – более 1000 рублей в месяц и 26% – менее 500 рублей в месяц. 92% опрошенных были обеспечены квартирами, 3% проживали в общежитии или коммунальной квартире, 1% имели собственный дом, остальная часть дала ответ «иное». Показатели среднего АД респондентов распределились следующим образом: менее 140/90 мм.рт.ст – 56%, 140/90 – 160/90 мм.рт.ст. – 35% и 9% цифры АД выше 160/90 мм.рт.ст. [3].

Знали о наличии школ артериальной гипертензии 65% опрошенных (из них посещали школы 24%, не посещали 53%, не считают необходимым посещение школ 23%); не знали и не посещали школы 35% опрошенных.

К сожалению, только 28% респондентов считали цифры АД выше 140/90 мм рт.ст. повышенными, а 9% об этом никогда не задумывались.

При повышении АД большинство пациентов (75%) не вызывали скорую помощь, 21% вызывали ее 1-2 раза в год, 2% – 1 раз в неделю или 1 раз в 3 месяца. При этом стационарное лечение 1 раз в год получали 2/3 респондентов (69%), а ежемесячно – 3%. Основная часть (82%) опрошенных знали, что лечение АГ является неопределенно долгим, но, к сожалению, 12% опрошенных об этом просто не знали, а 6% не задумывались над этим.

Абсолютная приверженность к лечению является идеальным, но, к сожалению, практически недостижимым явлением. Априори каждый пациент в той или иной мере нарушает рекомендации его лечащего врача. Характер несоблюдения назначений имеет некоторые общие отличительные черты у отдельных групп пациентов, поэтому можно говорить о «шаблонах» отсутствия приверженности к терапии [6].

Половина пациентов (49%) принимали антигипертензивные препараты постоянно, четверть (26%) опрошенных принимали лекарственные средства временами, остальная часть (25%) – при повышении АД. При этом 78% всех опрошенных не имели льготного обеспечения ЛС, а 16% отказались от предоставляемого соцпакета. По стоимости лекарственных препаратов первое место заняли медикаменты в пределах 100 – 500 р. (46%), второе – поделили лекарства с ценой менее 100 р. и более 1000 р. (23% и 19%, соответственно). Поровну были выбраны отечественные и зарубежные препараты (49% и 51%, соответственно), оригинальные препараты предпочитала половина опрошенных (48%), чуть меньшая часть ориентировалась на предложения работника атечной сети (45%). В рамках бесплатной медицинской помощи 75% респондентов были готовы принимать препараты пожизненно, 15% – не были готовы, а 10% сомневались в качестве препаратов. Большинство (77%) респондентов не курили, 5% курить бросили, остальная часть продолжала курить. Из них были готовы бросить потреблять никотин 63,4%, были категорически не готовы 26,3%, а 10,3% – прекратили бы при убеждении врача. Помимо основного лечения, часть пациентов лечилась травами (9%), принимала БАДы (7%) и занималась самовнушением (1%). Треть опрошенных (36%) принимала препараты и прибегала к советам телепередач, а 8% респондентов доверяли телепрограммам о здоровье, но не принима-

ли лекарственных средств. Основная часть (91%) пациентов получала препараты по назначению врача, 4% – по рекомендации работника аптечной сети, остальные занимались самолечением.

В целом, 88% респондентов были удовлетворены оказанием медицинской помощи (не указали в анкете пожеланий), 12% анкетированных выразили свое мнение по улучшению оказания помощи пациентам с АГ в виде ежегодной госпитализации с целью обследования, а так же коррекции антигипертензивной терапии раз в полгода на амбулаторном приеме.

Выводы

1. Медико-социальный портрет больных артериальной гипертонией ГБУЗ АО «СГБ 2 СМП» следующий: женщина 55 лет со средним специальным образованием, без социального пакета и льгот, с достатком в пределах 20 тыс. рублей в месяц, которая контролирует АД. В стационаре она лечится, в среднем, 1 раз в год, редко вызывает скорую помощь и знает нормальные цифры АД. Данная пациентка готова лечиться качественными отечественными и в тоже время недорогими, до 500 рублей в месяц, препаратами. Медикаментозная терапия изначально была назначена врачом, но ее коррекция проводится чаще работниками фармации. Пациентка следит за медицинской информацией в СМИ, часто использует БАДы, готова лечиться неопределенно долго.

2. Степень приверженности пациента к лечению артериальной гипертонии остается невысокой, так как:

- отмечается недостаточная информированность населения о рисках сердечно-сосудистых осложнений и необходимости постоянного приема антигипертензивных препаратов;
- взгляды на лечение артериальной гипертонии у пациентов различаются в зависимости от психологических особенностей личности, уровня образования и социального статуса;
- 25% пациентов с артериальной гипертонией занимаются самолечением, в том числе используя нелекарственные средства;
- большинство пациентов не готовы приобретать дорогие препараты, вероятно, за счет низкого достатка в семье;
- ряд пациентов испытывает сложности в приеме многокомпонентной терапии со сложным режимом дозирования.

3. Для повышения приверженности пациентов к терапии:

- антигипертензивные препараты должны быть качественными, эффективными и доступными, целесообразно активно использовать комбинированные формы препаратов с целью упрощения схем лечения;

- необходимо обучение пациента в школах артериальной гипертензии с постоянным контролем полученных знаний; тесное взаимодействие врача с пациентом (динамический контроль гемодинамических и лабораторных показателей; подбор адекватного лечения и своевременная коррекция терапии);

- необходима пропаганда здорового образа жизни и разъяснение последствий неконтролируемого течения артериальной гипертензии через социальную рекламу, путем использования СМИ.

Литература:

1. Бойцов С.А., Баланова Ю.А. Артериальная гипертония среди лиц 25-64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014. №4. С. 4–14.

2. Глобальное резюме по АГ (2013г.).ВОЗ. [Электронный документ]. Режим доступа: <http://www.who.int/ru/>. (дата обращения: 02.02.2018)

3. Клинические рекомендации. Артериальная гипертония у взрослых. МЗ РФ, 2016. – с. 70. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://cr.rosminzdrav.ru/clin_recomend.html (дата обращения 01.02.2018).

4. Статистические материалы. Управление Федеральной службы государственной статистики. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/urov/kn-ujn/tab13.html (дата обращения 30.01.2018)

5. Статистические материалы Минздрава РФ [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.rosminzdrav> (дата обращения 30.01.2018)

6. Lars Osterberg, M.D., and Terrence Blaschke, M.D. Drug therapy: adherence to medication / N Engl J Med 2005;353:487-97.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ДОМА РЕБЁНКА

Ковалева Е.Н., Михайлова Л.Н, Аксентьева С.А.

ГКУЗ Архангельской области «Северодвинский специализированный дом ребенка для детей с поражением центральной нервной системы, нарушением психики», г. Северодвинск

Рациональное применение и правильный подбор дозировки лекарственного средства (далее по тексту – ЛС) у детей раннего возраста является одной из труднейших задач, которая состоит в том, что в процессе развития ребенка количественным и качественным изменениям подвергаются практически все виды обмена, функции всех органов и систем, что сказывается на фармакодинамике лекарств.

По данным литературы, более 50% лекарственных средств, используемых в странах Европейского союза при фармакотерапии у детей, не проходили испытания с участием этой возрастной группы населения. Поэтому в педиатрической практике используют лекарственные средства, предназначенные для взрослых и детей старше 12 лет. При создании таких лекарственных средств не учитывалась неординарность/специфика использования их в педиатрической практике, а именно: лекарственная форма, фармакологические и фармакокинетические особенности применения таких препаратов в условиях развивающегося организма. Применение таких лекарств может быть опасным для пациента и привести к развитию нежелательных побочных последствий.

Как альтернативный вариант отсутствующим детским лекарственным формам используются лекарственные препараты для взрослых после проведения с ними соответствующих манипуляций. Следует отметить, что такие действия не позволяют проконтролировать правильность дозирования активного вещества лекарства, которое принимает ребенок, особенно если препарат в своем составе содержит психоактивные вещества. Среди таких манипуляций чаще всего используют следующие:

– разделение драже/таблетки на сегменты, даже если она покрыта кишечнорастворимой оболочкой;

- измельчение таблетки;
- раскрытие капсулы (креон, эссенциале форте, линекс, аципол, бронхомунал, энтерол)
- разделение суппозитория (цефекон, парацетамол)
- применение растворов для введения другими способами (5% р-р аминокaproновой кислоты)
- разрезание трансдермальных пластырей (трансдермальные пластыри представляют собой популярный метод лечения многих заболеваний). Их механизм действия обусловлен активным веществом, которое наносится на основу. Через кожный покров препарат всасывается в кровоток и таким образом проявляет своё действие.

Выше перечисленные манипуляции, за исключением разрезания трансдермальных пластырей, применяются в условиях дома ребенка.

Однако, ни один из приведенных методов дозирования не обеспечивает достижения надлежащей дозировки для ребенка, и не гарантирует соответствующего фармакологического эффекта при лечении этими лекарственными средствами детей.

Морфофункциональный детский организм существенно отличается от организма взрослого, особенно это касается новорожденных и детей первых месяцев жизни. Период новорожденности характеризуется функциональной и морфологической незрелостью, это обязывает врача проявлять особую осторожность, и даже отказываться от некоторых лекарственных средств. У ребенка грудного возраста еще недостаточно развиты процессы метаболизма и элиминации (выведения лекарственного вещества из организма естественными путями) лекарственных средств, нет линейной зависимости между ступенеобразным повышением дозы препарата и ожидаемым наращиванием лечебного эффекта. Ребенок отличается быстрым нарастанием массы и роста, повышенным содержанием воды в организме, переходным синдромом недостаточности антител и усиленным обменом веществ. Кроме того, маленькие дети не в состоянии описать свои ощущения во время лечения, поэтому крик или плач может быть единственным признаком неблагоприятного влияния терапии. При этом, чем младше ребёнок, тем он более чувствителен к нежелательным эффектам лекарственных средств. Чаще побочные эффекты отмечаются при пероральном применении лекарственных средств у

грудных детей, у которых недостаточно развиты функции печени и почек, или у детей любого возраста с патологией этих органов и преимущественно почечной недостаточностью.

При назначении лекарств в детском возрасте имеют значение, как моменты индивидуального характера, так и специфические особенности разных периодов детства. У взрослых же существует тесная корреляция (соотношение, взаимосвязь) между дозой лекарства и массой тела, и возраст не имеет значения.

Для обеспечения лучшего лечебного эффекта, минимальных побочных действий и удобства применения каждому лекарственному препарату присваивается форма выпуска. Жидкие лекарственные формы (далее по тексту – ЛФ): бальзамы, экстракты, эликсиры эмульсии, капли, микстуры, лосьоны, настойки, растворы, сиропы, суспензии, мази, пасты, гели, кремы, шампуни, спреи, аэрозоли, линименты. Твёрдые ЛФ: капли, таблетки, леденцы, плёнки, пастилки, порошки, драже, суппозитории, гранулы, капсулы, спансулы, резинки.

Из жидких ЛФ в широком диапазоне в Доме ребенка используются капли, настойки, растворы, сиропы, суспензии, мази, пасты, гели, кремы, шампуни, спреи, аэрозоли, линименты. Из твердых ЛФ – таблетки, порошки, драже, суппозитории, капсулы.

В настоящее время Северодвинский дом ребёнка работает по Формулярному перечню, согласно которого используется 176 наименований лекарственных средств. Формулярный перечень составляется с учетом стандартов лечения, клинических федеральных рекомендаций, с учетом возрастных ограничений в приеме ЛС у детей раннего возраста. Жидкие ЛФ используются в 76,1% от всех ЛС Формулярного перечня дома ребенка и твёрдые – в 23,9%. Жидкие ЛФ делятся на внутренние – 106 наименований – 60,2% (суспензии, гели, растворы, сиропы, отвары, капли/уши, капли/нос, капли/глаза) и наружные – 28 наименований – 15,9% (растворы, гели, мази/пасты). Твёрдые ЛФ – 42 наименования – 23,9% (таблетки, драже, капсулы, суппозитории/свечи). Для дозирования жидких ЛФ применяем мерные ложки, мензурки, пипетки, колпачки-капельницы, шприц-дозатор.

При делении твердых форм используем нож. ЛФ делим на 2, 4 части (фенибут, парацетамол, фурагин), хотя международные экс-

перты предостерегают от деления ЛФ на 2 и более частей, указывая, что такая практика не обеспечивает точности дозирования, может оказать негативное влияние на стабильность препарата, переносимость и всасываемость в желудочно-кишечный тракт. С целью обеспечения точности дозирования, исключая деление твердых ЛФ на 3 части, необходимо использовать альтернативную формулу расчета дозы (целая или $\frac{1}{2}$ таблетки). Следует подчеркнуть, что делить таблетки можно только в том случае, когда они произведены с помощью специальной технологии, позволяющей добиться равномерного распределения активного вещества на единицу объема, имеют специальную риску. Количество таких препаратов (хлоропирамин, супрастин, фенибут, пиридоксина гидрохлорид, фолиевая кислота, кетотифен, панангин, биотредин, фильтрум-сти) составляет 54,8% от имеющихся в Доме ребенка.

При делении из числа используемых лекарственных препаратов на части не удовлетворяют требованиям безопасности:

- твердые ЛС в форме капсул желатиновых, которые имеют наполнение в виде порошка (линекс, аципол), гранул (креон), пастообразной субстанции (эссенциале форте), таблеток в кишечнорастворимой оболочке (хлопротиксен, глютаминная кислота), драже (сонапакс), суппозиториев (парацетамол, цефекон)

- жидкие внутренние ЛС (10,7% от общего числа жидких внутренних) – сиропы/растворы, не снабженные дозировочным устройством (30% раствор Элькара, 10% раствор Пантогама, Корень солодки, Эриспирус/эреспал, Порталак, Ретинола ацетат 3,44% масляный раствор, витамин «Е» 10% масляный раствор).

- жидкие наружные ЛС (100% от общего числа жидких наружных) – мази, пасты, гели, кремы, линименты, т. к. их дозирование является приблизительным (столбик, равный 0,5 см).

Наиболее удобные для перорального приёма (имеют дозировочное устройство) и часто используемые в условиях дома ребёнка – это жидкие ЛФ (75,4%): капли Мульти-табс Бэби, Зиртек, Зодак, Фенистил (имеют пипетку в 1 мл – 20капель), суспензии Амоксиклав, Амоксициллин, сиропы Кетотифен, Кленбутирол, Бронхипрет, сироп/капли – Нурофен, Мальтофер, Мотилиум, Хилак форте, Вигантол, Аквадетрим с удобным шприцом-дозатором. Сиропы Лазолван,

Амбробене наливаем в мерный стаканчик, раствор Канефрона имеет удобную капельницу.

По литературным данным в специальных детских формах выпускается всего около 10% от общего количества зарегистрированных в Государственном реестре РФ лекарственных средств. Северодвинский дом ребенка использует 27,8% специальных детских форм от общего количества лекарственных препаратов, представленных в Формулярном перечне нашего учреждения.

По нашим данным ЛС, используемые в Северодвинском доме ребенка, в 5,7% случаев имеют некорректную информацию – у производителей разные возрастные ограничения в инструкциях к одному и тому же препарату. Врачи-педиатры находятся в сложном положении и должны самостоятельно решать вопрос о назначении необходимого препарата ребенку, хотя его использование в детской практике не подтверждено научными данными, но имеется положительный опыт применения в педиатрии. На практике проблема назначения нужного ЛС решается с участием врачебной комиссии, с оформлением протокола, акта согласия/отказа законного представителя ребенка.

Таким образом, анализ лекарственных препаратов, используемых в Северодвинском доме ребенка показал: структура формулярного перечня обусловлена особенностями состояния здоровья детей и возрастными ограничениями. Число специальных детских форм ЛС составляет 27,8% от общего количества лекарственных препаратов, представленных в формулярном перечне. Постоянное изменение массы тела быстро растущего организма, индивидуальные особенности каждого ребенка – факторы, влияющие на изменение дозировок препаратов, назначаемых детям. Сиропы, растворы для приема внутрь – самая удобная пероральная лекарственная форма в педиатрической практике.

Для повышения эффективности и безопасности фармакотерапии в Северодвинском доме ребенка необходимо:

- учитывать, что показания к назначению ЛС ребенку должны быть строгими с учетом реальной возможности дробления твердых лекарственных форм при расчете дозы ЛС на кг массы ребенка;
- проведение мониторинга фармацевтического рынка по выпуску и продаже ЛС в детских формах;

- своевременное пополнение запаса новыми ЛС, удовлетворяющими требованиям детского организма и позволяющих заменить уже имеющиеся;

- использовать ЛФ, требующие минимального числа приемов в день;

- применять менее травматичные ЛС для детей – ректальные формы: свечи, микроклизмы, аэрозоли, капсулы, мази, ректиоли.

Решение проблемы в масштабах российской фармацевтической промышленности видим в следующем: разрабатывать специальные детские ЛФ, с адекватной информацией по их применению (с указанием единых возрастных критериев). Снабжать все жидкие педиатрические ЛФ специальным дозирующим устройством с доступной маркировкой. Использовать только безвредные вспомогательные вещества, которые должны придавать приятный вкус и запах, не снижать его активности, оптимально обеспечивая необходимый терапевтический эффект. Объем жидкости в упаковке не должен быть слишком большим – достаточно 2,5-10 мл, т. е. количество препарата для минимального курса лечения. При разработке таблеток и драже для детей следует стремиться к их наименьшему размеру (от 3-4 мм в диаметре и ниже). Необходимо создавать детские лекарственные формы пролонгированного действия. Желательно, чтоб упаковка ЛС была с защитным устройством, позволяющим открывать только взрослым.

Литература:

1. Ушкалова Е.А., Андреева И.В., Стецюк О.У. Ошибки дозирования лекарственных средств в педиатрической практике – значение инструкции по медицинскому применению / Научный центр «АГиП им. Акад. В.И. Кулакова» МН РФ, Москва; НИИ антимикробной химиотерапии ГБОУ ВПО СГМА МН РФ, г. Смоленск, 2012.

2. Хафизьянова Р.Х., Бурькин И.М., Алеева Г.Н. Особенности дозирования лекарственных веществ детям / ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, кафедра фармакологии, Учебно-методическое пособие по фармакологии, 2013.

3. Володин Н.Н. Неонатология. Национальное руководство. Часть II Принципы дозирования лекарственных средств в педиатрии. 2008.

4. Ванюшина И. Н. Математическое моделирование дозирования лекарственных средств в педиатрической практике // Международный школьный научный вестник. № 1. 2017.

5. Формулярный перечень лекарственных препаратов, используемых в ГКУЗ АО «Северодвинский дом ребенка», 2017.

ВКЛАД ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ В ПРОДВИЖЕНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА СЕВЕРОДВИНСКА

Кондратьева И.А.

ГБУЗ АО «Северодвинская городская детская клиническая
больница», г. Северодвинск

В рамках национального проекта «Здоровье» на территории Российской Федерации с 2009 года стали открываться Центры здоровья для взрослого и детского населения с целью формирования у граждан приоритетов здорового образа жизни. Девиз государственной программы – «Сохранить здоровье «здоровых» – сохранить здоровье нации». Основными задачами Центров здоровья являются профилактическая и разъяснительная работа, проверка здоровья на факторы риска развития основных хронических неинфекционных заболеваний, разработка индивидуальных рекомендации по ведению здорового образа жизни [1,2].

В г.Северодвинске Центр здоровья для детей начал функционировать с января 2011 года. Работу Центра здоровья обеспечивает коллектив из четырех человек: врач – педиатр, две медицинских сестры, гигиенист стоматологический. Все сотрудники подразделения имеют квалификационные категории.

В 2011 – 2017 гг. в Центре здоровья для детей получили комплексное профилактическое обследование более 14 тысяч детей, подростков. Дети до 14 лет составили 77,5%, подростки от 15 до 18 лет – 22,5%. Контроль за состоянием здоровья здорового ребенка, подростка с выявлением факторов риска развития заболеваний является основным элементом здорового образа жизни. В программу профилактического обследования входит скрининг на установленном

оборудовании, врачебный осмотр, оценка доврачебного скрининга, выявление факторов риска, отклонений в состоянии здоровья, заболеваний, консультация по результату обследования в формате беседы, составление программы по сохранению и укреплению здоровья с заполнением карты здорового образа жизни, которая выдается родителям ребенка и/или подростку.

По данным обследования дети с отклонениями в состоянии здоровья составили 95,8%. Направлено к врачам – специалистам, для подтверждения впервые выявленной патологии, постановки диагноза и назначения лечения 2048 детей. Направлено в стационар – 4 ребенка. Факторы риска здоровью выявлены у 95% детей, подростков. К основным факторам риска относятся нерациональное питание, недостаточная физическая активность, снижение гигиенических навыков, психотравмирующие ситуации, недостаточный питьевой режим, нарушение мочевого режима, нарушение осанки, избыточный вес, дефицит веса, кариес зубов, курение. Все выше перечисленные факторы риска свидетельствует о низкой потребности в здоровом образе жизни у подрастающего поколения горожан.

В 2017 году Центр здоровья для детей проводил мониторинг факторов риска развития неинфекционных заболеваний. Первое место по распространенности занимает нерациональное питание. К сожалению, 85% родителей не обеспечивают своих детей питанием полностью удовлетворяющих их физиологические потребности. Задача Центра здоровья донести информацию до родителей детей, подростков о важности соблюдения принципов рационального питания на весь период их роста, включая полноценность, сбалансированность, разнообразие, режим и безопасность питания, а также ознакомить с основным набором необходимых продуктов, которые должен получать ребенок ежедневно, а какие продукты можно включать в рацион питания один или два раза в неделю.

На втором месте по распространенности факторов риска находятся стоматологические проблемы, которые выявлены у 54,6% детей, в том числе множественный кариес постоянных зубов имеют 8,5% детей, обследованных гигиенистом стоматологическим, нуждаются в консультации ортодонта 29,0% детей, снижены гигиенические навыки ухода за полостью рта у 69% детей, подростков. Задача гиги-

ениста стоматологического не только оценить гигиеническое состояние полости рта, направить к специалистам смежных профессий, но и повысить уровень знаний и обучить родителей, ребенка, подростка правилам гигиены полости рта, оказать квалифицированную помощь в подборе индивидуальных гигиенических средств, при необходимости провести профессиональную гигиену полости рта.

На третьем месте – нарушение осанки, которую имеют 41,4% детей. Необходимо напомнить родителям во время проведения консультации по результату обследования, что осанка начинает формироваться сразу после рождения ребенка, продолжается в течение всего периода роста и развития, во многом зависит от положения позвоночного столба, развития мышц. Важно научить ребенка группировать тело правильно в положении сидя, стоя, при ходьбе и ежедневно укреплять мышцы, удерживающие позвоночник. Родителям предлагается комплекс упражнений, которые ребенку необходимо выполнять дома ежедневно при проведении динамических пауз между занятиями.

Низкая физическая активность занимает четвертое место по распространенности и выявлена у 32,5% обследованных в Центре здоровья детей. Родителям ребенка, подростку необходимо также донести информацию о том, что уровень физической активности недостаточен у их ребенка или у подростка для поддержания здоровья и дальнейшего развития, как следствие, показатели физического развития, включая, показатели кистевой динамометрии и спирометрии, у них ниже возрастных. Для изменения ситуации предлагается программа коррекции образа жизни и изменение поведения, которое способствовало бы укреплению здоровья.

Самый значительный фактор агрессии против здоровья детей – табакокурение занимает пятое место по распространенности, причем распространенность табакокурения среди студентов профессиональных образовательных учреждений составила 34,5%, среди учащихся восьмых-девярых классов – 12,3%.

Профилактика табакокурения среди подростков одно из основных направлений деятельности Центра здоровья. В оснащении Центра здоровья есть диагностический прибор, предназначенный для определения концентрации угарного газа в выдыхаемом воздухе. Данное исследование проводится сотрудниками Центра здоровья не только во время проведения профилактического обследования, но

и во время акции «Проверь свои легкие» среди учащихся старших классов средних образовательных учреждений и студентов профессиональных образовательных учреждений города. Такие мероприятия проводятся с 2013 года, по предварительной договоренности с администрацией образовательных учреждений с целью не только выявить распространенность курения в конкретном учреждении, но и попытаться найти индивидуальный подход к каждому подростку, который попал в категорию курильщика.

Следует отметить, что детям, подросткам с высокими факторами риска здоровью рекомендуется динамическое наблюдение в Центре здоровья. Это, прежде всего дети с избыточным весом, нарушением осанки, сниженной физической подготовленностью, а также подростки, нуждающиеся в поддержке при отказе от курения.

Таким образом, для продолжения эффективной работы подразделения необходимо активизировать работу по привлечению детского населения в Центр здоровья для детей; объединить усилия педагогов, родителей, медицинских работников в создании необходимых условий для формирования у детей, подростков приверженности к здоровому образу жизни; совершенствовать сотрудничество и преемственность по вопросам охраны здоровья детей, подростков с другими подразделениями детской больницы; продолжить мониторинг распространения среди детей, подростков факторов риска развития неинфекционных заболеваний; оценить комплаентность родителей детей и/или подростков в отношении рекомендаций, данных после прохождения профилактического обследования.

Литература:

1. Игнатова О.А., Пышнограева Н.С., Меньшикова Л.И., Дьячкова М.Г. Роль центров здоровья в реализации национальной стратегии действий в интересах детей. Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке», 2016. т. 18. № 2, с.445-448

2. Меньшикова Л.И., Дьячкова М.Г., Мордовский Э.А. Пути совершенствования организации медицинской помощи подросткам: взгляд врача-педиатра и организатора здравоохранения // В сборнике: VI Апрельские чтения памяти профессора М.В. Пиккель. Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. Архангельск, 2016. С. 92-96.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЗАНЯТИЯХ РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ СПОРТА

Малышкина Н.А.¹, Воробьева Н.А.²

¹ГБУЗ АО «Архангельский центр лечебной физкультуры
и спортивной медицины»,

²ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск

Одним из составляющих здорового образа жизни является занятие физической культурой и спортом. В зависимости от адаптационных возможностей организма величина физических нагрузок, приносящих пользу, варьируется индивидуально. Тип физической нагрузки при занятиях тем или иным видом спорта также определяет баланс между благоприятным и неблагоприятным влиянием спортивной подготовки на организм человека. Физическая нагрузка способна вызвать изменения в биохимических процессах и явиться провоцирующим агентом для проявления нежелательных генетически обусловленных фенотипических эффектов [3].

Триггеры неблагоприятного воздействия спорта на организм атлета – это высокие физические нагрузки, эмоциональные перенапряжения, травмы, психологические переживания, условия окружающей обстановки, климато-географические, экологические особенности, возрастные, половые факторы и многое другое [1,2,4]. Физическая нагрузка, являющаяся стрессовым фактором, действуя на организм, приводит к изменению состояния системы гемостаза, и в частности – системы фибринолиза. Данные изменения тем активнее приводят к состоянию дисбаланса сред и систем организма, чем слабее его адаптационный потенциал.

Для оценки влияния различных типов физической нагрузки на организм, в частности на работу системы гемостаза в условиях того или иного генотипа было проведено исследование, включившее 98 спортсменов, представителей нескольких видов спорта: спортивная борьба – 8 % спортсменов, гимнастика и акробатика – 12 % спортсменов, теннис – 5 % спортсменов, конькобежный спорт – 9 % спортсменов, легкая атлетика – 8 % спортсменов; лыжные гонки,

биатлон и полиатлон – 27 % спортсменов, плавание – 8 % спортсменов, силовые виды спорта – 7 % спортсменов, хоккей – 15 % спортсменов. В соответствии с Олимпийской классификацией были сформированы группы: единоборства, циклические, сложно-координационные, спортивные игры, скоростно-силовые виды спорта, многоборье. Оценивались параметры системы фибринолиза: количественное определение тканевого активатора плазминогена, количественное определение урокиназного активатора плазминогена и количественное определение комплекса плазмин – антиплазмин, количественное определение ингибитора активатора плазминогена 1 типа (PAI-1). Также было проведено генотипирование по основным генам системы гемостаза и фолатного обмена.

В пределах референсных значений находилась лишь концентрация плазмин-антиплазминового комплекса. Уровень тканевого активатора плазминогена в 88,5 % случаев находился ниже референсного интервала. Уровень урокиназного активатора плазминогена почти в половине случаев был определен в пределах физиологической нормы, в трети случаев – повышен. У трети обследованных спортсменов концентрация ингибитора активатора плазминогена 1 типа превышала референсные значения.

При сравнении групп спортсменов, разделенных по видам спорта, среднее значение по медиане уровня тканевого активатора плазминогена для сложно-координационных видов спорта было статистически значимо выше, чем для циклических видов спорта ($p=0,005$). В уровне урокиназного активатора плазминогена статистически значимых различий среди групп разных видов спорта обнаружено не было ($p = 0,16$). Статистически значимые различия в уровне комплекса плазмин-антиплазмин обнаружены между группой единоборств, многоборья и скоростно-силовых видов спорта. Уровень плазмин-антиплазминового комплекса был статистически значимо выше в группе многоборья, по сравнению с группой единоборств и скоростно-силовых видов спорта ($p=0,008$). Статистически значимые различия в уровне PAI-1 обнаружены между циклическими и скоростно-силовыми видами спорта. Уровень PAI-1 был статистически значимо ниже в группе циклических видов спорта, по сравнению с группой скоростно-силовых видов спорта ($p=0,005$).

Выявлено значимое снижение уровня тканевого активатора плазминогена у спортсменов ($M=0,73$ нг/мл (95 % ДИ: 0,61; 0,88)), повышение уровня ингибитора активатора плазминогена первого типа ($Me=29,89$ нг/мл [22,3; 47,3]), что свидетельствует об угнетении системы фибринолиза и является фактором риска активации прокоагулянтных свойств крови у спортсменов. Кроме того, снижение уровня тканевого активатора плазминогена может быть обусловлено развитием эндотелиальной дисфункции, так как синтез данного фактора осуществляется преимущественно эндотелиоцитами. Активатор плазминогена урокиназного типа кроме клеток эндотелия синтезируется в юкстагломерулярном аппарате почек, фибробластами, эпителиальными клетками, пневмоцитами, то есть имеет дополнительный источник синтеза. При сравнении фибринолитической активности крови представителей различных видов спорта наибольшему риску оказались подвержены скоростно-силовые виды спорта.

Проведенное исследование демонстрирует возможность негативного воздействия избыточности физической нагрузки, характерной для спортивной деятельности. Для исключения данного влияния необходим пристальный врачебный контроль состояния здоровья спортсменов, находящихся в группе риска.

Литература:

1. Хадарцев А.А., Фудин Н.А. Психоземotionalный стресс в спорте, физиологические основы и возможности коррекции (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. Т. 9. № 3. С. 33.

2. Фудин Н.А., Судаков К.В., Хадарцев А.А., Классина С.Я., Чернышов С.В. Индекс Хильдебрандта как интегральный показатель физиологических затрат у спортсменов в процессе возрастающей этапно-дозированной физической нагрузки // Вестник новых медицинских технологий. 2011. № 3. С. 244-247.

3. Шахматов И.И. Влияние различной продолжительности однократной физической нагрузки и иммобилизации на реакции системы гемостаза // Фундаментальные исследования. 2010. № 3. С. 144-150.

4. Coffey V.G., Hawley J.A. The molecular bases of training adaptation // Sports Med. 2007. V. 37 (9). P. 737.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННОГО НА ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ГРАМОТНОСТИ ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН

Мардас Д.М., Вязьмин А.М., Щавелева М.В.

Белорусская медицинская академия последипломного образования,
г. Минск

Аннотация

В статье рассматривается опыт организации и проведения проекта «День открытых дверей родильного дома» для образовательных, научных и профилактических целей. Проект представляет собой комплексное мероприятие, включающее лекции, дискуссии, трансляцию обучающих видео, ознакомительную обзорную экскурсию по учреждению здравоохранения. Проанализированы принципы организации мероприятия, информационное взаимодействие в ходе его подготовки и проведения. Ключевые слова: день открытых дверей родильного дома, репродуктивная грамотность, психоэмоционально напряжение.

Актуальность

Реальным потенциалом повышения рождаемости в Республике Беларусь является молодая семья, работа с которой должна быть комплексной и многоуровневой. Будущие родители в процессе подготовки к родам сталкиваются с множеством сложностей, которые, при отсутствии грамотно разработанной помощи, способны негативно сказаться на их желании иметь детей в последующем. Необходимо правильно маршрутизировать будущих родителей в поиске информации о беременности и родах и свести к минимуму использование ими недостоверных источников [1].

Основными источниками получения необходимой информации должны стать учреждения здравоохранения, открытость и доступность которых необходимо подчеркнуть новыми современными мероприятиями [2]. Важным аспектом является поддержание позитивных, доверительных взаимоотношений между пациентами и медицинскими работниками, внедрения новых форм их взаимодействия.

Проект «День открытых дверей родильного дома» является активной формой взаимодействия, которая позволит не только повы-

снить уровень репродуктивной грамотности будущих родителей, но и поддержит степень доверия к медицинскому персоналу родильного дома.

Цель проекта: оптимизировать систему взаимодействия будущих родителей и медицинских работников на уровне родильного дома.

Задачи проекта:

1. Повысить уровень репродуктивной грамотности будущих родителей.
2. Снизить степень психоэмоционального напряжения беременных накануне родоразрешения.
3. Сформировать высокий уровень доверия будущих родителей к медицинскому персоналу родильного дома.
4. Повысить информированность будущих родителей о родильном доме.

Организационные и методические аспекты проведения мероприятия. Для реализации поставленных задач формируется рабочая группа проекта, организационно-методическая и техническая база, утверждаются сроки и этапы его реализации.

Этапы реализации проекта.

1. Подготовительный этап: выбор локации мероприятия, разработка общей концепции и сценарного плана мероприятия, формирование аудитории, реклама мероприятия.

На данном этапе важно учитывать некоторые особенности, как целевой аудитории проекта, так и функционирования родильного дома. При выборе локации, даты и времени проведения проекта необходимо учитывать мощность и загрузку, график плановых дезинфекций и внутренних мероприятий учреждения здравоохранения. Приоритетными являются дата и время, которые позволят эффективно провести мероприятие, не нарушая при этом привычный уклад работы родильного дома. С учетом вышеизложенного, было рассчитано и принято к исполнению, привлечение к проекту не более 30 участников одновременно.

Принимая во внимание задачи проекта, становится понятным, что действующим звеном целевой аудитории является именно первородящая женщина, информированность которой о структуре и функционировании родильного дома, уступает таковой у повторно-

родящей женщины. В этой связи, в регистрационную форму участника проекта включены такие, обязательные для заполнения графы, как «Какая по счету данная беременность?», «Какие по счету роды Вам предстоят?».

Основной «рекламной площадкой» проекта для целевой аудитории, является женская консультация, информационно-методическое взаимодействие с которой тщательно прорабатывается. Дополнительными «рекламными площадками» являются сайты учреждений здравоохранения, социальные сети, тематические электронные ресурсы.

Сценарный план проекта составляется совместно с руководством учреждения здравоохранения, на базе которого он проходит. Учитываются особенности и требования конкретного учреждения.

2. Основной этап: непосредственная реализация проекта.

Следует отметить, что «День открытых дверей родильного дома» имеет специфические отличия от других подобных мероприятий и, несмотря на кажущуюся простоту организации, требует соблюдения ряда норм и правил. В первую очередь речь идет о соблюдении норм и правил санитарно-эпидемиологического режима. В связи с чем, каждый участник мероприятия оснащается одноразовым стерильным комплектом одежды и обуви.

Проект «День открытых дверей родильного дома» можно рассматривать как сложную комплексную программу, которая включает в себя лекции, дискуссии, трансляцию обучающих фильмов, ознакомительную экскурсию по учреждению здравоохранения, медико-социологические опросы. Поэтому при его проведении используется, как правило, весь спектр организационно-методических технологий и оборудования: мультимедийные компьютер и проектор, аудиоклонки, микрофоны, Wi-Fi.

Важнейшим этапом проведения мероприятия является ознакомительная экскурсия по родильному дому, что является основной технической сложностью организации подобного мероприятия. Маршрут экскурсии строится с учетом нагрузки на отделения учреждения в конкретную единицу времени. Этот момент достаточно сложно спрогнозировать, поэтому к этому этапу подготовки следует подходить предельно ответственно.

Отдельное внимание должно быть уделено медико-социологическим опросникам, вопросы в которых формируются, как с учетом возможности качественной аналитики в последующем, так и запросов конкретного учреждения.

3. Заключительный этап: анализ полученных результатов.

Заключительный этап является одновременно важным аналитическим этапом в данном конкретном учреждении, и прогностическим этапом для следующего проекта, с новой локацией. Анализ приобретенного опыта и обмен информацией позволяет не только оценить эффективность данного мероприятия, но и внедрить новые организационно-технические возможности на последующих этапах реализации проекта.

Проведение подобного рода мероприятий привлекает внимание, как участников и сотрудников родильного дома, так и общества в целом. Позволяет в организованном порядке охватить целевую аудиторию и достичь поставленных задач. В процессе подготовки и проведения мероприятия будущие родители не только получают более детальную информацию о организации службы родовспоможения в Республике Беларусь, но и приобретают навыки безопасного и ответственного поведения.

Литература:

1. Вязьмин А.М. Репродуктивные установки современных первородящих женщин / А. М. Вязьмин, М. В. Щавелева, Д. М. Мардас // БГМУ в авангарде медицинской науки и практики : сб. науч. тр. / Белорус. гос. мед. ун-т; под ред. А. В. Сикорского, О. К. Дорониной. Вып. 6. Минск : РНМБ, 2016. С. 148

2. Вязьмин А.М., Щавелева М.В., Мардас Д.М. Медико-социальный портрет первородящих женщин, находящихся на стационарном лечении в родильном доме / Общественное здоровье и здравоохранение: традиции, инновации, перспективы: сборник научных трудов. Архангельск, 2016. С. 19.

**ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
ЧЕРЕЗ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ
ДОШКОЛЬНИКОВ И ШКОЛЬНИКОВ В ЦЕНТРЕ
ДОВУЗОВСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ СГМУ
Меньшикова М.В., Феликсова О.М.
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск**

Здоровый образ жизни – поведение, стиль, способствующий сохранению, укреплению и восстановлению здоровья данной популяции. Здоровый образ жизни связан с выбором личностью позитивного в отношении здоровья стиля жизни, что предполагает высокий уровень гигиенической культуры общества. К гигиенически рациональным формам поведения относится поведение, способствующее повышению защитных свойств организма, а также поведение, направленное на борьбу с вредными привычками, влияющими на здоровье.

Обучение здоровому образу жизни – целенаправленный, систематический и организованный процесс. Именно такая организация обучения способствует формированию представлений о здоровьесбережении и научит детей отличать здоровый образ жизни от нездорового, поможет в дальнейшем беречь свое здоровье и здоровье окружающих.

В центре довузовского образования и профессиональной ориентации СГМУ обучение здоровому образу жизни проводится с использованием разнообразных форм и методов с учетом возрастных особенностей детей.

В 2016-2017 учебном году была введена новая форма работы с дошкольниками – «Школа малышей». В школе за учебный год проведено 4 занятия на темы по здоровому образу жизни: «Знакомство с частями тела человека, гигиена полости рта»; «Здоровая спина»; «Внутренняя кухня человека»; «Полезные и вредные привычки». Занятия посетили 44 дошкольника г. Архангельска. «Школу малышей» могут посещать дети 4-7 летнего возраста. Занятия в «Школе малышей» проводятся

не только в стенах университета, но и непосредственно в стенах детских дошкольных учреждений. Программа построена с учетом психолого-педагогических рекомендаций работы с детьми дошкольного возраста. В дошкольный период ребенок должен получить гигиенические знания о соблюдении правил личной и общественной гигиены; о необходимости содержания в чистоте рук, лица, зубов, помещения, одежды и обуви, элементарные сведения об инфекционных болезнях. Все эти темы рассматриваются на занятиях в занимательной игровой форме, для закрепления знаний применяются активные методы обучения: рисование, моделирование, лепка, танцы. Только с самого раннего возраста можно привить детям знания, навыки и привычки в области охраны здоровья, которые впоследствии превратятся в важнейший компонент общей культуры человека и окажут влияние на формирование здорового образа жизни всего общества [2].

Для детей школьного возраста существует «Школа здорового образа жизни». Программа разделена на этический, психологический, правовой, семьеведческий и медико-гигиенический блоки. Программа рассчитана на учащихся 2 – 7 классов. Сотрудники центра довузовского образования и профессиональной ориентации проводят занятия по утвержденной программе, совмещая таким образом образовательный и воспитательный компонент.

Для учащихся 7-11 классов в рамках акции «Мы за здоровый образ жизни!» проводится лекторий по здоровому образу на актуальные и интересные детям темы. Студенты старших курсов в доступной форме рассказывают детям об основных правилах здоровья, режиме дня, правильном питании, профилактике травматизма. Особое внимание уделяется вопросам влияния вредных привычек (алкоголизм, наркомания, курение) на развивающийся организм ребенка. Лекции проводятся как непосредственно в детских коллективах, так и в форме вебинаров, что позволяет охватить не только Архангельск, но и всю Архангельскую область. На сегодняшний день значительная часть школ Архангельской области обладает необходимой технической базой для проведения вебинаров. Поэтому такая форма воспитательной работы достаточно эффективна [2].

В 2017 году на базе центра аккредитации и симуляционного образования открылся инновационный образовательный и профориен-

тационный проект «Медик-град» для школьников и дошкольников. Задачи «Медик-града»: научить детей ответственно относиться к своему здоровью, находить в дополнительной литературе интересные и необходимые факты, связанные с сохранением и укреплением здоровья, научиться оказывать первую медицинскую помощь, а так же выявить у детей их будущие профессиональные качества и человеческую мотивацию.

«Медик-град» призван выполнять не только образовательную, но и воспитательную функцию. Для детей младшего возраста оборудована игровая комната с набором детских настольных игры по медицине, мягкими игрушками и большим количеством детских энциклопедий. В компьютерном классе установлены детские компьютерные игры, играя в которые школьники смогут почувствовать себя настоящим доктором, помогать своим виртуальным пациентам и узнавать больше о современной медицине [1].

Старшеклассники на занятиях будут получать основы медицинских знаний и умений, на специальных тренажерах и муляжах научатся выполнять внутримышечные, внутривенные и подкожные инъекции, промывание желудка. Программа гигиенической подготовки старшеклассников предусматривает обучение их приемам оказания первой помощи при травмах, ожогах, отморожениях, отравлениях, тепловом ударе и т. п., наложения повязок или шин из подручного материала. На занятии по сердечно-легочной реанимации ребята учатся использовать дефибриллятор и на специальном тренажере проводить реанимацию с оценкой результата.

Воспитательная работа ведется и на занятиях профориентационной школы «Юный медик». Слушатели отделения «Сестринское дело» получают первичные медицинские знания, а слушатели отделения «Юный стоматолог» знакомятся с правилами гигиены зубов и профилактикой стоматологических заболеваний.

Воспитательную направленность имеют и экскурсии для школьников в музеи СГМУ. При проведении экскурсий преподаватели университета особенно подчеркивают значимость здорового образа для профилактики заболеваний

При университете существует научное общество «Малая академия». При выполнении научных работ учащиеся имеют возмож-

ность самостоятельно провести собственное исследование по темам здорового образа жизни, что позволит у них сформировать более глубокое понимание здорового образа жизни [3].

ЦДОиПО является инициатором творческих конкурсов, посвященных здоровому образу жизни, профилактике зависимостей. Такие конкурсы позволяют ребенку раскрыть свой творческий потенциал и незаметно формируют основные правила здоровья.

Литература:

1. Денисова Ю.Н. «Медик-град» – как новый инструмент профориентационной работы со студентами // Основные направления обеспечения качества профессионального образования. XXII межрегиональная учебно-методическая конференция. Секция «Профориентационная работа и довузовская подготовка в медицинском вузе»: сборник тезисов и материалов. Архангельск, 2017. С.20.

2. Меньшикова М.В. Школа здоровья – комплексная образовательная программа/ М.В.Меньшикова / XVIII межрегиональная учебно-методическая конференция «Развитие системы непрерывного медицинского образования в современных условиях» 18 апреля 2013 г.: сборник тезисов и материалов. Архангельск, 2013. С.70.

3. Меньшикова М.В. Комплекс «школа-вуз»: процессы создания и взаимодействия // Сборник тезисов и материалов XXI межрегиональной учебно – методической конференции «Медицинское образование в XXI веке: традиции и инновации». Архангельск, 2015. С. 57 – 60.

СОЦИАЛЬНОЕ ПАРТНЕРСТВО: ДОМ РЕБЕНКА И СЕМЬИ, ОКАЗАВШИЕСЯ В ТРУДНОМ ПОЛОЖЕНИИ

Михайлова Л.Н., Коптева Л.С.

ГКУЗ Архангельской области «Северодвинский специализированный дом ребенка для детей с поражением центральной нервной системы, нарушением психики», г. Северодвинск

Дома ребенка, впервые созданные в царской России, в течение времени претерпели значительные изменения. Если сначала они были просто приютами для младенцев, то к 2000 г. они стали решать

задачи комплексной реабилитации детей, попавших в трудную жизненную ситуацию и обеспечения семейного устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. В настоящее время еще одной приоритетной задачей стала профилактика социального сиротства.

Одним из первых и важнейших прав ребенка является его право на семью. Поэтому, создание условий, позволяющих вернуть, по возможности, детей в кровную или передать в приемную семью стало основной задачей. В нашем Доме ребенка решение поставленной задачи проводится в форме социального партнерства: Дом ребенка и семьи, оказавшиеся в трудном положении. Социальное партнерство, в нашем случае, это 3-х сторонняя система взаимоотношений между родителями, ребенком, персоналом Дома ребенка.

Стороны социального партнерства следующие:

1. Дети в возрасте с 0 до 4 лет. В эту группу входит:

- дети с временным круглосуточным пребыванием в Доме ребенка
- дети с временным дневным пребыванием
- дети, оставшиеся без попечения родителей

2. Родители:

- биологические родители детей с круглосуточным пребыванием
- биологические родители детей с дневным пребыванием
- кандидаты в усыновители, опекуны, приемные семьи

3. Специалисты Дома ребенка:

- воспитатели групп
- воспитатель по работе с родителями
- медицинский психолог
- специалист по социальной работе
- учитель-дефектолог
- логопед
- музыкальный руководитель
- педагог по Монтессори
- врачи-педиатры, невролог, психиатр, оториноларинголог
- инструктор ЛФК
- медсестра по массажу

Мы придерживаемся основных принципов социального партнерства:

1. Равноправие сторон

2. Уважение и учет интересов партнеров

3. Заинтересованность сторон в участии договорных отношений.

К сожалению, со стороны родителей детей с временным круглосуточным пребыванием существует проблема социального иждивенчества. Они видят, что ребенок накормлен, одет, за ним ухаживают, он имеет то, чего не мог бы получить, проживая дома. Их устраивает, что ребенок воспитывается в доме ребенка.

4. Реальность обязательств, принимаемых на себя сторонами. Необходимо было оценить возможности учреждения оказывать дополнительные услуги без дополнительных финансовых средств в рамках имеющегося штатного расписания.

5. Соблюдение сторонами законов и нормативно-правовых актов. К сожалению, у родителей отсутствуют элементарные знания об ответственности за своих детей.

6. Содействие государства, в частности, учредителей в лице министерства здравоохранения Архангельской области в укреплении и развитии социального партнерства.

Архангельская область, а именно Северодвинский дом ребенка, был новатором во многих делах. С 1989 года в Северодвинском доме ребенка работает центр социальной реабилитации «Квартира» (набор помещений, представляющих собой 2-комнатную квартиру в здании дома ребенка). Автор проекта – Иванова Н.С. – главный врач в период с 1979 по 2000гг..

С 1998г. работает группа с дневным пребыванием детей из семей социального риска. С 2000г. дети с ограниченными возможностями здоровья интегрированы в группы к детям с относительно нормальным развитием для улучшения нервно-психического развития и формирования норм человеческого общения. В последующем, данные формы работы были законодательно закреплены в Постановлении Правительства РФ №481 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей».

7. Обязательность выполнения соглашения.

8. Ответственность сторон.

Целью социального партнерства является:

– помощь в формировании социально-положительной ориентации, повышение психологической устойчивости и педагогической культуры родителей в сферах межличностного, семейного и родительского общения;

– освоение системы психолого-педагогических знаний, направленное на полноценное всестороннее развитие и раннюю социализацию детей младшего возраста к условиям возвращения в биологическую или устройства в приемную семью;

– участие персонала Дома ребенка в формировании детско-родительских отношений посредством предоставления медицинской, психолого-педагогической и социальной помощи в соответствии с потребностями личности и характера самих проблем.

Наблюдая за общением родителей с детьми во время свиданий в Доме ребенка, мы пришли к выводу, что у «наших» родителей нет чувства привязанности к собственным детям. Они не знают и не умеют общаться и играть со своими детьми, не умеют употреблять ласковые слова при обращении к своим малышам. Взрослым зачастую не хватает знаний, сил, времени и возможности для осуществления полноценного воспитания ребенка.

Анализируя выше сказанное, пришло осознание того факта, что персонал учреждения с учетом условий и возможностей должен участвовать в мероприятиях, направленных на профилактику социального сиротства.

Работа по восстановлению родственных связей и устройства ребенка в семью определена в нашем учреждении как приоритетная. В связи с этим, в нашем доме ребенка был разработан проект по работе с родителями «Дорога домой» (автор Коптева Л.С.). Проект направлен на 2 категории родителей – биологических и приемных.

Анализ семей наших воспитанников позволил определить круг участников, с которыми необходимо вести работу. Их можно объединить по ряду неблагоприятных факторов:

1. социально-экономический фактор (низкий материальный уровень семьи, плохие жилищные условия либо полное их отсутствие)

2. медико-социальный (инвалидность или хронические заболевания ребенка, родителей или других членов семьи, вредные условия работы родителей, пренебрежение родителями санитарно-гигиенических норм)

3. социально-демографический (неполная или многодетная семья, несовершеннолетние родители)

4. социально-психологический (деструктивные, эмоционально-конфликтные отношения между супругами, между родителями и детьми, педагогическая несостоятельность родителей, проявление жестокости, деформированные ценностные ориентации)

5. территориальный (семьи, живущие на территории МО «Северодвинск», в т.ч. о.Ягры, на территории области)

6. семьи, ведущие аморальный и паразитический образ жизни (алкоголизм и наркомания в семье)

7. семьи, в которых один или оба родителя находятся в местах лишения свободы

Эти факторы в реальности действуют не поодиночке, а скорее, в совокупности.

Наиболее перспективными для нашего проекта были первые 4 группы семей. Мы поставили следующие задачи: оптимизировать и гармонизировать детско-родительские отношения через развитие новых коммуникативных форм поведения, способствующих самосовершенствованию и самоутверждению родителей; формировать навыки адекватного общения родителей с детьми; стимулировать личностный рост, повышать социальную и психологическую компетентность родителей.

Работа строится в следующих направлениях:

1. Информационно-аналитическое направление (выявление интересов, потребностей, запросов родителей, уровня их педагогической грамотности; определение родителями оценки эффективности работы специалистов и воспитателей): проведение опросов, анкетирование.

2. Досуговые мероприятия, в основе которых установление эмоционального контакта между педагогами, родителями и детьми, формирование семейных традиций: развлечения различной тематики, семейные конкурсы, концерты, участие родителей и детей в тематических выставках, посещение центров семейного творчества, каникулы в биологической семье.

3. Познавательные формы работы (ознакомление родителей с возрастными и психологическими особенностями детей раннего возраста)

та, формирование у родителей практических навыков воспитания детей):

- индивидуальные консультации специалистов, оформление консультаций в папках-передвижках;
- индивидуальные беседы;
- родительские собрания;
- переписка с родителями, проживающими за пределами города и находящимися в местах лишения свободы;
- совместное участие в режимных моментах (купание, прогулка, кормление);
- совместные игры с педагогическим содержанием;
- Родительский клуб;
- школа молодых родителей;
- визит ребенка в гости к кандидатам в усыновители, опекуны.

4. Наглядно-информационные методы (ознакомление родителей с работой учреждения, формами продуктивной деятельности детей, особенностями воспитания детей): информационные стенд «Для Вас, родители!»; проспекты и брошюры для родителей; картотека игр и занятий родителей с ребенком в зависимости от возраста и вида деятельности.

Трудности в работе с биологическими родителями:

1. низкая заинтересованность родителей в своих детях (формальное посещение мероприятий, родители забывают о дне рождения своего ребенка, с нежеланием идут на прогулку, с трудом откликаются на взаимодействие с ребенком);

2. нарушают правила посещения Дома ребенка (неопрятный внешний вид, резкий запах табака, частые попытки накормить ребенка, не учитывая состояние здоровья малыша).

Таким образом, об эффективности работы учреждения можно судить по следующим результатам:

1. За 68 лет работы Дома ребенка 783 ребенка, оставшегося без попечения родителей, нашли приемную семью.

2. За 19 лет работы группы дневного пребывания 570 детей из семей социального риска не стали социальными сиротами, из них: 95 детей с ограниченными возможностями здоровья.

3. Достигнут высокий показатель устройства в семью. Ежегодно

выбывает в семью из Дома ребенка более 95% детей, из них: в биологическую семью выбывает 2/3 детей, в приемную семью – 1/3.

4. Анкетирование усыновителей и опекунов показало, что 76% респондентов оценили результативность общения со специалистами Дома ребенка на максимальное значение – 5 баллов, 24% – на 4 балла.

Литература:

1. Волкова Е., Грибанова Л. Иные родители, иная семья. Формы устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. М., 2001.

2. Инновационные услуги в профилактике социального сиротства /под ред. Егоровой М.О. М., 2006.

3. Комплексная программа работы с кровными семьями «Навстречу друг к другу». Центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей «Азовский центр помощи детям».

4. Николаева Е.И., Япарова О.Г. Навстречу ребенку. Пособие для принимающих родителей. М.: ООО «Издательство «Проспект», 2010. 88с. (Семья для ребенка)

5. Организация работы Регионального центра развития семейных форм устройства детей-сирот и профилактики социального сиротства: Методическое пособие. М.: ООО «Издательство «Проспект», 2010. 264с. (Семья для ребенка)

6. Руководство для врачей домов ребенка / под ред. Дружининой Л.В. М., 1987.

7. Борзов С.П., Григорьев Д.А. Актуальные вопросы внедрения технологии «Раннее выявление случаев нарушения прав детей»: Методическое пособие. М., 2015.

8. Борзов С.П., Григорьев Д.А. Организация работы междисциплинарной команды специалистов со случаем нарушения прав ребенка: Методическое пособие. М., 2015.

9. Дети в трудной жизненной ситуации: преодоление социальной исключительности детей-сирот. Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, 2012.

«НУЖНЫЕ СЛОВА» – ОН-ЛАЙН ИНСТРУМЕНТ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, РОДИТЕЛИ КОТОРЫХ СЕРЬЕЗНО БОЛЬНЫ

Низовцева Т.Р.

ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая
психиатрическая больница»

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения

Российской Федерации, г. Архангельск

Некрасова М.В.

ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница»

С 2012 года Архангельская клиническая психиатрическая больница сотрудничает с больницей Сорландет (Кристиансанд, Норвегия). Целью данного сотрудничества является улучшение качества медицинской помощи и медико-социальной реабилитации для пациентов, страдающих наркологическими и психическими расстройствами, а также улучшение взаимодействия психиатрической и наркологической служб. За четыре года сотрудничества специалисты обеих больниц обменивались опытом в ходе совместных семинаров и стажировок на рабочем месте.

С 2016 года в проекте появилось новое направление и новый партнер – организация BarnsBeste («Лучшее детям»). BarnsBeste – это национальная сеть компетентности, и она создана для сбора, систематизации и распространения знаний о детях, которые имеют родителей с соматическими, психическими и/или наркологическими расстройствами.

Главная идея нового направления работы проекта звучит так: дети, являющиеся родственниками пациентов, нуждаются в том, чтобы их видели, слышали и принимали во внимание.

В соответствии с законодательством Норвегии специалисты здравоохранения несут юридическую ответственность за выяснение наличия детей у поступивших на лечение пациентов, а также за оценку их потребностей в получении определенной информации и дальнейшем сопровождении.

Персонал медицинских учреждений обязан:

- выяснить, имеет ли пациент детей;
- если есть необходимость, защищать права и потребности ребенка;

– обсудить с пациентом потребность ребенка в информировании или поддержке и предоставить информацию и принять необходимые меры для помощи детям;

– получить согласие для проведения необходимых поддерживающих мероприятий;

– предпринять шаги, чтобы убедиться, что ребенок и тот, кто о нем заботится, получили информацию о состоянии родителя, лечении и возможности посещений. Информация должна быть представлена в доступной форме.

«Нужные слова» – это он-лайн инструмент, разработанный BarnsBeste в партнерстве со специалистами здравоохранения – психиатром Анне Кристине Бергем (Anne Kristine Bergem) и детским психологом Свейном Оверландом (Svein Overland) в помощь тем, кто желает поддержать детей, чьи близкие больны. Это практичное и доступное средство, которое можно использовать в беседе с родителями и детьми. Родители, как правило, лучше всего способны объяснить всё ребенку, но им самим может потребоваться информация, поддержка и рекомендации в плане того, каким образом это можно сделать. Путем разработки рекомендаций и приведения примеров можно снизить уровень сложности и мотивировать взрослых к тому, чтобы они поговорили с детьми.

Инструмент состоит из нескольких блоков:

Первый – «специалисты здравоохранения и дети» – содержит рекомендации для медицинского персонала по ведению беседы с ребенком. Целью здесь является обеспечить у ребенка присутствие чувства защищенности, помочь понять суть происходящего, а также то, каким образом психическое заболевание их родителя(ей), зависимость от алкоголя/наркотиков, серьезное соматическое заболевание или увечье влияют на жизнь членов семьи.

Второй – «специалисты здравоохранения и родители» – направлен на оценку ситуации и потребностей ребенка/детей.

Третий – «прочие взрослые и дети» – поможет наладить контакт и побеседовать с ребенком тем, кто общается с ним в повседневной жизни (учителям, воспитателям, тренерам спортивной секции, соседям и т.п.).

Четвертый блок содержит рекомендации и примеры того, каким образом вы, как специалист здравоохранения, или как взрослый че-

ловец, имеющий отношение к повседневной жизни детей, можете поговорить с ребенком или с молодым человеком, если у вас имеются основания беспокоиться за них, и что вы можете сделать, если у вас имеются серьезные опасения.

Оставшиеся блоки содержат глоссарий, информацию о проекте, ссылки на норвежские нормативные акты, литературу по теме.

Сотрудники медицинских учреждений Норвегии регулярно проходят обучение по правилам ведения бесед с пациентами, их детьми и другими близкими. При этом используются специально разработанные руководства и литература, которая помогает в работе.

Специалисты Архангельской клинической психиатрической больницы в ноябре 2015 года получили возможность познакомиться с он-лайн инструментом, и администрация учреждения приняла решение о внедрении данного направления проекта. В настоящее время разработана анкета для пациентов, имеющих несовершеннолетних детей, она внедрена в работу врачей и социальных работников отделений. В рамках проекта переведен и напечатан постер «10 пожеланий, адресованных медицинскому работнику от ребенка, чей родитель болен», где простым «детским» языком описывается, как дети хотели бы, чтобы с ними разговаривали специалисты. В ноябре 2017 года состоялось обучение персонала специалистами из организации BarnsBeste по навыкам ведения беседы с пациентами, имеющими детей, их близкими и непосредственно ребенком.

Конечно, учитывая опыт норвежских коллег, мы понимаем, что реализация этого проекта потребует изменения мировоззрения медицинского персонала, увеличит нагрузку на специалистов стационара, займет достаточное длительное время, будет требовать постоянного обучения сотрудников и поддержки. Однако в этой ситуации основной мотивацией будет забота об одной из наиболее незащищенных и чувствительных групп – детях наших пациентов. Ведь зачастую для того, чтобы в жизни ребенка наступили серьезные перемены, достаточно чего-то совсем маленького.

При подготовке использованы материалы сайтов:

http://www.sshf.no/pasient_/kompetansentre_/barnsbeste_/barnsbeste

<http://therightwords.nu/>

БРИГАДНЫЙ ПОДХОД ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИКИ ХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Никитин И. Е.

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Кировской области», г. Киров

Эффективное исполнение оперативно-служебных задач сотрудниками органов внутренних дел (ОВД) напрямую зависит от состояния их физического и психического здоровья. Вопросы мотивации личного состава на ведение здорового образа жизни (ЗОЖ) являются ключевыми в работе командиров, начальников подразделений ОВД, ведомственных клинических психологов и врачей [5].

В условиях современной политической ситуации, с ростом преступности, наркотизации, терроризма и экстремизма, возрастает нервно-психическая и физическая нагрузка на сотрудников ОВД, что способствует их невротизации и формированию потребности в снижении избыточного напряжения [3].

Эффективная организация психопрофилактических обследований сотрудников ОВД, проведение им своевременных медико-психологических реабилитационных мероприятий выходит за рамки компетенции одних только психиатров. Они могут быть действенными лишь с позиции комплексного подхода с привлечением специалистов в области клинической психологии [2].

Психологическая дезадаптация истощает адаптационные ресурсы организма, и при отсутствии сформированных адаптивных копинг-механизмов нередко приводит к росту аддиктивных форм поведения с повышенной частотой употребления алкоголя для снятия эмоционального напряжения [2], что в дальнейшем может привести к формированию пограничных психических расстройств и химических зависимостей [1]. Вопросы профилактики химических зависимостей у сотрудников ОВД с формированием валеологического самосознания является важнейшим условием их личного благополучия и успешной деятельности [5].

Цель исследования: оценка эффективности бригадного подхода при проведении мероприятий по профилактике химических зависимостей у сотрудников ОВД.

Материалы и методы исследования: В 2015г. в Центре психофизиологической диагностики (ЦПД) Медико-санитарной части МВД России по Кировской области, было обследовано 4090 сотрудников ОВД, средний возраст $32,4 \pm 2,2$. Были включены в «группу риска» (ГР) 769 сотрудников ОВД, имевших признаки дезадаптации в форме астенических состояний, синдрома эмоционального выгорания, донозологических невротических нарушений психического здоровья. Для дальнейшего обследования нами были отобраны 179 чел. из ГР с донозологическими невротическими состояниями, употребляющие алкогольные напитки не реже 2 раз в неделю. С ними проводились индивидуальные профилактические мероприятия, направленные на редукцию психопатологической симптоматики и формирование мотивации к ведению ЗОЖ. Использовался бригадный подход с участием врачей-психиатров, врачей-психотерапевтов, медицинских психологов и социальных психологов кадровых подразделений. Применялась индивидуальная психотерапия, арттерапия, психологическая коррекция.

Результаты исследования: В 2015 году 179 (23,2%) сотрудников, отнесенных к ГР, для снятия избыточного нервно-психического напряжения использовали алкогольные напитки с частотой употребления не менее 2 раз в неделю. При проведении занятий с психотерапевтом и психокоррекционных мероприятий с психологами сотрудникам ОВД делался акцент на соблюдение ЗОЖ, предлагались рекомендации по альтернативным способам снятия эмоционального напряжения.

При осмотре данных лиц из ГР в 2016 году, было выявлено, что 72 чел. (40,2%) в связи с улучшением психического состояния не нуждались в продолжении психопрофилактических мероприятий. Им удалось отказаться от частого употребления алкоголя и научиться снимать стресс с помощью конструктивных методов согласно установкам на ведение ЗОЖ. Респонденты отмечали, что после проведенных психопрофилактических мероприятий они уменьшили частоту употребления алкоголя, снизилась раздражительность, вспыльчивость, появилось чувство удовлетворенности служебной ситуацией и прекратились конфликты в семье. Остальным 107 чел. (50,8%) было продолжено проведение профилактических мероприятий с бригадным подходом.

Таким образом, бригадный полипрофессиональный подход является эффективной формой работы, способствующей профилактике химических зависимостей и формированию ЗОЖ у сотрудников

ОВД. Необходимо рассмотреть вопрос о систематизации данного направления работы при проведении ежегодных психопрофилактических осмотров сотрудников ОВД в ЦПД МВД России.

Литература:

1. Рослякова Е.М., Алипбекова А.С., Игибаева А.С., Бисерова А.Г., Байжанова Н.С., Касенгазы А. Значение валеологического образования при подготовке студентов медицинского университета // Международный журнал экспериментального образования. 2017. № 3-2. С. 172-173.

2. Давыдова Н.Е., Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Психосоциальные особенности сотрудников органов внутренних дел, способствующие алкоголизации // Наркология. 2017. т. 16. № 7. с. 58-64.

3. Соловьев А.Г., Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Харькова О.А. Психосоциальные факторы риска формирования деструктивного поведения с употреблением наркотических средств у кандидатов на службу в органы внутренних дел // Наркология. 2016. т. 15. № 7 (175). с. 77-80.

4. Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г., Харькова О.А., Шутко Г.В. Прогнозирование возникновения донозологических психических расстройств у комбатантов // Экология человека. 2016. № 10. с. 47-50.

5. Путан Л.Я. Формирование ориентации на здоровый образ жизни у курсантов в вузе МВД России / Автореф. ... канд. педагогических наук, 2003. 18 с.

О НЕКОТОРЫХ ПРИЕМАХ РАБОТЫ С ТЕМОЙ «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ» НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ КАК ИНОСТРАННОМУ

Орлова Л.В.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск

В настоящее время, в условиях глобализации образования и с учетом решения государственной задачи выхода России на международный рынок образовательных услуг, особую значимость приоб-

ретае обучение русскому языку как средству профессионального общения. Изучение темы «Здоровый образ жизни» (далее – ЗОЖ) на втором курсе международного факультета врача общей практики СГМУ позволяет сделать определенные шаги в обучении русскоязычной профессиональной коммуникации. Работа с темой включает несколько этапов:

- 1) обоснование актуальности как введение;
- 2) усвоение и активизация необходимой лексики;
- 3) анализ компонентов ЗОЖ;
- 4) обсуждение проблем ЗОЖ с опорой на жизненный опыт обучающихся.

Проходя этап адаптации к суровому северному климату, студенты из Индии часто болеют и обращаются за медицинской помощью в университетскую поликлинику. Поэтому актуальным для них является вопрос: «Что надо делать, чтобы жить долго и не болеть?» Второкурсники способны самостоятельно сформулировать ответ: «Нужно вести здоровый образ жизни». Кроме того, они могут воспользоваться опорой на учебник Ю.Г. Овсиенко «Русский язык для начинающих», где есть пословицы и афоризмы о здоровье с переводом на английский язык. Например, студенты находят высказывание древнеримского философа Луция Анея Сенеки: «Жизнь длинна, если ею умело пользоваться» [4, с. 241].

Рассматривая лексику как аспект языка и аспект обучения, мы солидарны с О.Д. Митрофановой и В.Г. Костомаровым, которые полагают, что усвоить лексическую единицу – это значит усвоить структуру значения русского слова на фоне родного, овладеть достаточно большим количеством словосочетаний, раскрывающих семантико-грамматические валентности слов, а сама организация словарной работы, ее продуктивность во многом зависит от того, насколько методика этой работы соответствует не только лингвистическим, но и психологическим, психолингвистическим закономерностям [3, с. 173].

Лексическая система русского языка постигается иностранцем посредством изучения слова в составе текста; лексико-тематической группы по темам («ЗОЖ», «Моя будущая профессия», «Наш университет» и др.); лексико-семантической группы, типа «Глаголы речи»

и др.; лексико-словообразовательной группы (лечить, лечиться, вылечить, пролечить и пр.).

Реализация предъявления лексического материала, по мнению В.Н. Вагнер, требует решения четырех глобальных задач:

- 1) провести отбор лексического материала трех основных стилей языка;
- 2) осуществить его классификацию;
- 3) определить способы его семантизации;
- 4) определить характер его закрепления [1, с. 59].

Остановимся на некоторых способах семантизации слов по теме «ЗОЖ»:

- Наглядность (предмет, рисунок, схема, компьютерное изображение) – это наиболее продуктивный способ семантизации слов с конкретным значением, т.к. одновременное участие зрения и слуха способствует более прочному и беспереводному усвоению значения нового слова.

- Перевод – самый экономичный способ. Методисты считают, что перевод необходим там, где невозможен иной способ семантизации, например, при введении лексики с абстрактным значением [2, с. 123]. Перевод лучше давать в виде краткой ремарки после того, как это слово прозвучит по-русски.

- Синонимы: болезнь – заболевание, чуть-чуть – мало, огромный – очень большой.

- Антонимы: здоровый – больной, старый – молодой, движение – неподвижность, забывать – вспоминать, чистый – грязный, радоваться – грустить.

- Подбор родового понятия к видовому: таблетки, капли, спреи – лекарства; курение, алкоголь, наркотики – вредные привычки.

- Словообразовательный анализ: больной – болеть, житель – жить.

- Описание или толкование значения слова на русском или на английском языке, указание на родовое слово и его конкретизация путем дополнительных признаков: век – это сто лет; здоровье – это отсутствие болезни и состояние полного благополучия.

- Понимание значения нового слова по контексту.

- Опора на языковую догадку студентов (интернациональные слова, звукоподражание и др.)

Одной семантизации слова недостаточно для того, чтобы учащийся начал употреблять это слово в речи. Как правило, слово семантизируется в его начальной форме или в той форме, в которой оно употребляется в тексте. Поняв значение слова, обучающийся должен:

- 1) научиться произносить и писать слово;
- 2) находить его в словаре;
- 3) прочесть слово в тексте;
- 4) понять морфологические и синтаксические особенности, а также словообразовательные возможности;
- 5) научиться распознавать слово на слух в речи носителей языка и тех, кто изучает вместе с ним русский язык;
- 6) научиться употреблять его в речи.

Активизация лексики проходит с использованием интерактивного методического приема – кластера. Это слово произошло от английского “*cluster*” (кость, пучок, гроздь) и означает выделение смысловых единиц текста, их графическое оформление в определенном порядке в виде грозди, а также прием систематизации материала. Наши мысли не громоздятся, а «гроздятся», располагаясь в определенном порядке. В центре доски (а у студентов – посередине чистого листа) пишется название темы «ЗОЖ». Вокруг этого понятия размещаются его компоненты: 1) движение; 2) рациональное питание; 3) режим дня; 4) гигиена; 5) закаливание и тренировка иммунитета; 6) отказ от вредных привычек; 7) психическое здоровье.

Затем, анализируя ключевые понятия, мы добавляем к ним «слова-спутники». Например, у компонента «движение» – бег, плавание, йога, фитнес, танцы, походы; у компонента «рациональное питание» – умеренность, разнообразие, баланс, белки, жиры, углеводы, микроэлементы и т.д. Таким образом, устанавливаются новые логические связи, появляется структура, которая определяет информацию по теме и графически отражает наши размышления. Обсуждая со студентами созданные кластеры, следует указывать направление развития темы, при необходимости укрупнять смысловые блоки или сосредотачивать внимание на одном ключевом аспекте.

Наконец, мы переходим к разговорной практике – к обсуждению проблем ЗОЖ с опорой на жизненный опыт обучающихся. Это могут быть следующие вопросы:

– Чтобы не страдать от гиподинамии, очень важно заниматься спортом, много двигаться. Каким спортом занимаетесь вы?

– Что значит выражение «соблюдать режим дня»? А вы его соблюдаете?

– Вы питаетесь рационально? Что вы обычно едите на завтрак, обед, ужин?

– Какие привычки называют вредными? Почему им следует сказать «нет»?

– Что вы делаете, чтобы сохранить психическое здоровье?

– Как вы думаете, сейчас модно вести здоровый образ жизни? Вы относитесь к нему как к моде?

Последний вопрос, как правило, вызывает дискуссию, которой и можно завершить работу с темой на втором курсе.

Тема «Здоровый образ жизни», наряду с такими темами, как «Моя будущая профессия», «Наш университет», позволяют обучать иностранных студентов азам профессиональной коммуникации на русском языке. Следует обеспечить их готовность к русскоязычному общению в профессиональной сфере на самых ранних этапах обучения. В СГМУ, как и в других медицинских вузах, пока сохраняется традиционный поэтапный подход к речевой подготовке студентов, при котором на элементарном и базовом уровнях (1-ый и 2-ой курсы) представлены коммуникативные ситуации и лексика бытовой тематики. Профессионально-ориентированный материал начинает изучаться на первом сертификационном уровне, что соответствует 3-ему и 4-ому годам обучения. Хочется надеяться, что новая дисциплина для студентов 1-го курса «Основы медицинской лексики» позволит решить эту проблему.

Литература:

1. Вагнер В.Н. Лексика русского языка как иностранного и ее преподавание: учебное пособие. М.: Флинта: Наука, 2009. 104 с.

2. Крючкова Л.С., Мошинская Н.В. Практическая методика обучения русскому языку как иностранному: учебное пособие. М.: Флинта: Наука, 2009. 480 с.

3. Митрофанова О.Д., Костомаров В.Г. при участии Вятютнева М.Н., Сосенко Э.Ю., Степановой Е.М. Методика преподавания русского языка как иностранного. М.: Русский язык, 1990. 269 с.

4. Овсиенко Ю.Г. Русский язык для начинающих: Учебник (для говорящих на английском языке). М.: Русский язык. Курсы, 2013. 472 с.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ГРАМОТНОСТЬ ДЕТЕЙ В ВОПРОСАХ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

¹Павлова А.Н., ²Макарова В.И.

¹ ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 6»

² ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Архангельск

Известно, что состояние здоровья детей во многом определяется социально-экономическим благополучием общества, условиями воспитания, образования и жизни в семье [1,2,3].

С целью определения уровня и качества медико-социальной грамотности детей в начале периода полового созревания в вопросах репродуктивного здоровья нами проанкетированы 478 детей 13-14 лет (249 – девочек, 229 – мальчиков). Анкетирование выполнено в рамках организационно-методического направления работы «Школы благополучия подростка» (г. Архангельск).

Анализ социологического исследования показал низкую медико-социальную грамотность детей, вступивших в пубертатный период. Мы выявили отсутствие у них необходимых знаний в вопросах репродуктивного здоровья и полового воспитания. Так, 38,7% (185) детей подросткового возраста (чаще мальчики, $p < 0,001$, $\chi^2 = 34,77$), не знали, что такое репродуктивное здоровье. Родители 42,2% девочек никогда не разговаривали с ними о репродуктивном здоровье, беременности, контрацепции. Среди мальчиков такая практика встречалась чаще – в 69,9% ($p < 0,001$, $\chi^2 = 36,53$). Эти различия мы объяснили близостью девочек к матерям, которым с девочками беседовать по теме репродуктивного здоровья значительно легче, чем с мальчиками. Мальчики чаще девочек уверены в своей достаточной информированности в вопросах репродуктивного здоровья ($p < 0,05$, $\chi^2 = 3,98$), но, в целом, 50,4% детей считают, что информированы недостаточно.

У 42,3% (202) детей (чаще мальчики, $p < 0,01$, $\chi^2 = 9,04$), есть потребность узнать больше о физиологических особенностях мужского и женского организма. Они не получают достаточного объема необходимых знаний и начинают изучение половых отношений часто с личного опыта, опыта сверстников, советов интернета, что приводит к тяжелым последствиям (гинекологические заболевания, половая распущенность, ранняя беременность). Фактическими источниками информации о половом воспитании респонденты назвали интернет – 46,2% (чаще мальчики, $p < 0,001$, $\chi^2 = 11,08$), сверстников – 39,1%, родителей – 38,9% (чаще девочки, $p < 0,05$, $\chi^2 = 4,35$). Тот факт, что интернет являлся первым фактическим источником информации в вопросах полового воспитания у мальчиков, мы связали с несовершенством современной системы андрологической помощи, дефицитом детских урологов-андрологов, отсутствием системы занятий по половому воспитанию мальчиков в общеобразовательных учреждениях. В результате чего дети сами начинают искать недостающую информацию, что легче выполнить при обращении к интернету или сверстникам.

При этом получать информацию по вопросам полового воспитания 44,1% детей хотели бы от родителей (чаще девочки, $p < 0,05$, $\chi^2 = 5,82$), 43,5% – от медицинских работников (чаще мальчики, $p < 0,01$, $\chi^2 = 10,67$). Почти половина девочек (45,8%) когда-либо самостоятельно обращались к гинекологу, и только 17,5% (40) мальчиков ($p < 0,001$, $\chi^2 = 43,8$) подтвердили факт самостоятельного обращения к урологу. На современном этапе гинекологическая помощь для девочек более доступна, как по кадровому составу врачей, так и по основным принципам организации по сравнению с андрологической помощью.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что современные 13-14-летние дети не обладают необходимым уровнем знаний в вопросах полового воспитания и репродуктивного здоровья. Сложившаяся ситуация диктует необходимость создания системы ценностных отношений детей подросткового возраста к своему здоровью, в том числе и репродуктивному, которая должна быть комплексной, доступной, с учетом межведомственного взаимодействия.

Литература:

1. Игнатова О.А., Меньшикова Л.И., Дьячкова М.Г. Качество жизни в оценке состояния здоровья подростков // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2017 т.19, №7, с.81-83.

2. Меньшикова Л.И., Игнатова О.А., Пастбина И.М., Белоусова И.Г., Дьячкова М.Г. Основные тенденции в состоянии здоровья детей и подростков, проживающих на территории Архангельской области, в критические возрастные периоды // Вестник Уральской медицинской академической науки. 2014. № 2 (48). С. 81-83.

3. Цыбульская И.С. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей. Томск. Изд-во «Ветер». 2012. 480с.

РАЗВИТИЕ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ В ИНСТИТУТЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ САФУ

Панков М.Н.

ФГАОУ ВО «Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова», Архангельск

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) является широко распространенным, длительным, непроцессуальным, поддающимся лечению детским поведенческим расстройством, характеризующимся тремя группами симптомов: невнимательностью, гиперактивностью и импульсивностью. Сотрудники института медико-биологических исследований Северного (Арктического) федерального университета имени М.В. Ломоносова изучением СДВГ у детей занимаются более 15 лет. Комплексная помощь детям с этими нарушениями рассматривается не только как коррекционно-реабилитационная и лечебная работа с детьми и оказание консультативной помощи семье и социальному окружению ребенка, но и как получение новых знаний о данном синдроме, подготовка и переподготовка кадров.

Поскольку СДВГ является нейробиологическим нарушением [5, 6], этиология и патогенез которого носят комбинированный характер [3, 4], то основными направлениями в исследовании этого на-

рушения сотрудниками института являются нейро- и психофизиологические методы. Результаты научных исследований по проблеме СДВГ представлены в многочисленных публикациях, методических рекомендациях, учебных пособиях и монографиях [1, 2]. В институте медико-биологических исследований разработаны и внедрены в практическую образовательную деятельность программы специальных курсов «Поведенческие нарушения у детей и подростков с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью» и «Коррекционная помощь детям с СДВГ», программа повышения квалификации для специалистов образовательных и коррекционных учреждений «Синдром дефицита внимания с гиперактивностью, синдром Туретта, синдром Аспергера», в которых представлены как современные взгляды на вопросы этиологии, патогенеза, диагностики, лечебно-коррекционных мероприятий при СДВГ, так и результаты научных исследований сотрудников ИМБИ по данной проблеме и анализ значительного практического опыта оказания комплексной помощи детям с СДВГ и их семьям.

Разработанные спецкурсы включены в учебные планы подготовки коррекционных педагогов, педагогов начального образования, психологов и специалистов по адаптивной физической культуре. По заказу Министерства образования и науки Архангельской области проводятся курсы повышения квалификации для работников образовательных учреждений региона. В настоящий момент более 70 специалистов из образовательных учреждений Архангельской области и Ненецкого автономного округа получили знания о современных методах диагностики и коррекции проявлений СДВГ. В курсах повышения квалификации принимали участие российские и норвежские специалисты, программа курсов разработана в соответствии с российскими и международными образовательными стандартами. Таким образом, расширяются возможности изучения зарубежного опыта в вопросах медико-социального и психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ.

Обоснованность и уместность различных подходов к организации и реализации помощи детям с СДВГ – актуальная и широко обсуждаемая проблема. Так, например, ряд исследований, проводимых в США [3], направлены на доказательство приоритетности и спец-

ифичности терапии психостимуляторами центрального действия при лечении СДВГ. При этом необоснованно занижается или отрицается эффективность психотерапии, психолого-педагогической коррекции, тренингов с использованием функционального нейробиоуправления. Не уделяется должного внимания вопросам риска формирования зависимости от психостимуляторов, которые назначают детям и подросткам с данным синдромом. Возможность использования психостимуляторов, в частности метилфенидата («Риталин»), для лечения СДВГ у детей в России была негативно воспринята как профессиональным сообществом, так и общественными организациями, что, в конечном счете, привело к запрету в России в 2005 г. метилфенидата («Риталина») как психотропного препарата (Постановление Правительства РФ № 681 от 30 июня 2005 г.).

Научно-исследовательская и образовательная деятельность института медико-биологических исследований тесно связана с реализацией практической помощи детям с СДВГ. Залогом эффективной коррекционной и лечебной работы с гиперактивным ребенком являются и усилия специалистов различного профиля – врачей, педагогов, психологов, и использование широкого спектра медикаментозных подходов и немедикаментозных технологий, и активное участие семьи, социального окружения ребенка в достижении позитивных результатов. Дети с СДВГ получают консультативно-диагностическую помощь и рекомендации по дальнейшей реабилитации. Помощь детям с СДВГ оказывается в соответствии с международными актами в области защиты прав и законных интересов ребенка, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента РФ, Постановлениями и распоряжениями Правительства РФ, региональным законодательством, Уставом САФУ имени М.В. Ломоносова, Положением об институте медико-биологических исследований.

В институт за консультативно-диагностической и коррекционной помощью обращаются родители детей по рекомендации школьных психологов и социальных педагогов, по направлению медицинских учреждений, кроме того, записываются на прием самостоятельно. На прием приходят также и специалисты-педагоги, чтобы согласовать совместную работу и реабилитационные мероприятия по конкретным случаям. Проводится постоянная работа по созданию базы

данных нормативно-правового обеспечения помощи детям с СДВГ, оказывается содействие развитию общественных и родительских организаций, помогающих решать проблемы детей с СДВГ.

Особенностью региона является территориальная удаленность, труднодоступность сельских районов. Вместе с тем, развитие сети Интернета обеспечивает возможности общения специалистов, проведения профессиональных видеоконференций, семинаров и совещаний по вопросам практической работы с детьми, оказания консультативной помощи родителям и специалистам. Подобная форма работы активно используется, например, в северных регионах Норвегии, и использование международного опыта дистанционного консультирования было бы весьма ценным. В настоящий момент в институте медико-биологических исследований проводится работа по созданию региональной сети дистанционного консультирования детей в отдаленных территориях Северо-Арктического региона (САР). Развитие региональной сети соответствует приоритетному направлению развития САФУ имени М.В. Ломоносова: «Человек в Арктике». Результаты, полученные в ходе внедрения научно-обоснованной модели региональной сети дистанционного консультирования детей в отдаленных территориях могут быть использованы для распространения в других регионах России.

Таким образом, комплексная деятельность института медико-биологических исследований САФУ имени М.В. Ломоносова, сотрудничество с другими учреждениями и ведомствами, в том числе зарубежными, заинтересованными в решении проблем детства, позволяют наиболее эффективно и полно реализовать идею о формировании в регионе системы комплексной психолого-педагогической и медико-социальной помощи детям с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Литература:

1. Очерки психофизиологии детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью: Монография /А.В. Грибанов (отв. ред.) [и др.]; Поморский гос. ун-т им. М.В. Ломоносова. Архангельск: Поморский университет, 2009. 242 с.

2. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: Руководство практического психолога / А.В. Грибанов, Т.В. Волокитина, Е.А. Гусева, Д.Н. Подоплекин. М.: АкПроект, 2004. 176 с.

3. Barkly R.A. Attention deficit hyperactivity disorder. New York, London: The Guilford Press, 1998. 628 p.
4. Brown T.E. Attention-deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults. Washington, BC; London, England: American Psychiatric Press, Inc., 2000. 671 p.
5. Faraone S.V., Biederman J. Neurobiology of attention deficit/hyperactivity disorder // Biol. Psychiatry. 1998. Vol. 48. P. 951–958.
6. Finkel M.F. The evolution of the attention of the/hyperactivity disorder across the hyman life spain / K. Michelsson, S. Stanman (Eds.). Helsinki: Acta Gyllenbergiana II, 2001. P. 93–102.

ПРОБЛЕМЫ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ СГМУ

Перевязкина О.В., Дьячкова М.Г., Меньшикова Л.И.
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Архангельск

Состояние здоровья студентов не только важный индикатор общественного развития, отражение социально – экономического и гигиенического благополучия страны, но и мощный экономический, трудовой, оборонный и культурный потенциал общества. Несмотря на устоявшееся мнение, что молодежь – наиболее здоровая категория населения, именно в студенческие годы наблюдаются высокие темпы роста заболеваемости практически по всем классам болезней [2].

Интегральным показателем, позволяющим оценить состояние здоровья обучающихся является комплексная оценка с определением группы здоровья. Так, I группа состояния здоровья устанавливается, если у обучающегося отсутствуют хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний. Лица с I группой здоровья не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний). II группу состояния здоровья имеют лица, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний, однако они не нуждаются в дис-

пансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний). III группу состояния здоровья мы устанавливали в случае, если у обучающегося имеются хронические неинфекционные заболевания, требующие диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании.

Распределение студентов всех курсов СГМУ по группам здоровья свидетельствует о том, что I группу состояния здоровья имеют 18,6% студентов, II группу – 65,8%, III – 15,6%. Данный факт свидетельствует о том, что большинство студентов имеют факторы риска хронических неинфекционных заболеваний, а у каждого шестого студента уже имеется хроническая патология.

Для изучения состояния здоровья обучающихся в СГМУ методом случайной выборки было отобрано 717 медицинских карт амбулаторного больного (форма № 025/у) и паспортов здоровья: 318 карт студентов 2-х курсов; 195 карт студентов 4-х курсов; 204 карты студентов 6-х курсов. Всего в анализируемой группе было 505 девушек и 212 юношей.

В структуре заболеваемости студентов 2-го курса первое рейтинговое место заняли болезни глаз – 35 %, второе место – болезни органов дыхания – 17,4%, третье – болезни мочеполовой системы – 17,4%, четвертое – болезни органов пищеварения – 15,9%. Из 318 студентов 2-го курса хроническая патология была выявлена у 63 человек (19,8%), в т.ч у 34 девушек и 29 юношей. В структуре заболеваемости студентов 4-го курса первое рейтинговое место заняли болезни органов пищеварения – 24,5 %, второе место – болезни органов дыхания – 22,4%, третье – болезни глаз – 20,4%, четвертое – болезни мочеполовой системы – 18,4%. Из 195 студентов 4-го курса хроническая патология была выявлена у 49 человек (25%), в т.ч у 37 девушек и 12 юношей. В структуре заболеваемости студентов 6-го курса первое рейтинговое место заняли болезни глаз – 40,3%, второе место – болезни органов пищеварения – 9,7 %, третье – болезни органов дыхания – 9,7%, четвертое – болезни мочеполовой системы – 8,3%. Из 204 студентов 6-го курса хроническая патология была выявлена у 72 человек (35%), в т.ч у 55 девушек и 17 юношей.

Анализ частоты хронической патологии в зависимости от длительности обучения в университете свидетельствует о том, что имеет место нарастание хронической патологии от младших курсов к старшим: так, на втором курсе хронические заболевания имели 19,8 %, на четвертом – 25 %, на шестом – 35 % обучающихся.

В структуре выявленной патологии отмечается увеличение удельного веса заболеваний органов зрения. Лидирующие позиции в течение всего времени обучения в университете принадлежат заболеваниям органов дыхания, пищеварения и мочеполовой системы.

Ухудшение здоровья студентов в период обучения в вузе в большей степени связано с неблагоприятным воздействием социально-гигиенических факторов среды и реализацией наследственной предрасположенности. Так, по данным Фильчакова С.А. и соавт. (2013), при поступлении в вуз у большей части студентов происходит изменение привычных жизненных стереотипов, смена места проживания, изменение условий самостоятельной работы, смена режима и качества питания. При этом большая часть студентов проживает в общежитиях. Дополнительным неблагоприятным фактором, является необходимость совмещения учебы с работой, как правило, это происходит в вечернее или ночное время. Уже на первых курсах учебу с работой совмещают более 30 процентов юношей и 15 процентов девушек. Это приводит к значительному нарушению режима дня. Около трети студентов принимают горячую пищу только один раз в день. По данным проведенных исследований среди студентов различных вузов нашей страны, отмечен сильный рост негативных тенденций в гигиеническом поведении студентов. Количество курящих, употребляющих алкоголь и наркотики студентов достигло 72,8%. Низкая физическая активность отмечается почти у 70% студентов. Многие проведенные исследования показывают, что среди студентов популярен западный стиль питания: однообразная пища, насыщенная животными жирами и сахарами, большое количество бутербродов, которые запиваются газированными напитками, используется очень малое количество овощей, фруктов, плодов, круп, корнеьев. Довольно часто студенты в перерывах между «парами» перекусывают, чем придется, это: жевательная резинка, конфеты, шоколад, газированная вода. Интенсивная учеба сопровождается дополнительной нагрузкой на орган зрения [3,4].

Гончарова О.В. и соавт. (2013) отмечает, что высокий уровень за-

болеваемости студентов различных ВУЗов нашей страны связан с низкими адаптационно-приспособительными реакциями на фоне постоянного стресса, а также с низкой мотивацией молодежи на здоровьесберегающее поведение [1].

Таким образом, негативные тенденции, которые складываются в настоящее время в студенческой среде в отношении своего здоровья, обуславливают необходимость разработки целевых мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья молодежи. В СГМУ утверждена комплексная программа «Университет здоровья», которая направлена, в т.ч., и на развитие самосохранительных стратегий поведения у обучающихся, что обеспечит позитивную социализацию и профессионализацию студенческой молодежи.

Литература:

1. Гончарова О.В., Анкасов Е.Е., Соколовская Т.А. Состояние здоровья студентов ВУЗов РФ по данным диспансерного наблюдения // Медико – социальная экспертиза и реабилитация. 2013. №3. С.10-14.
2. Журавлева И.В. Здоровье студентов: социологический анализ / Институт социологии РАН, монография. Москва. 2012. 252 с.
3. Материалы V Международной студенческой электронной научной конференция «Студенческий научный форум»15 февраля – 31 марта 2013 года. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.scienceforum.ru/2013/> (Дата обращения: 15.02.2018).
4. Фильчаков С.А., Чернышова И.В., Шлемов М.В. Актуальные проблемы состояния здоровья студентов // Молодой ученый. № 10. 2013. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.scienceforum.ru/2013/> (Дата обращения: 15.02.2018).

ФЕНОМЕН «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» У РОДИТЕЛЕЙ

Петухова Т.В.

ООО «Психофизиологический центр», г. Архангельск

Как часто мы слышим словосочетание «эмоциональное выгорание», а если это словосочетание применить к «родительству»? Как феномен «эмоциональное выгорание» применяется чаще всего в сфере трудовых отношений.

Понятие «burnout» (выгорание) было введено в науку американским психиатром Х. Дж. Фрейденбергом в 1974 г. для описания особого расстройства личности у здоровых людей, возникающего вследствие интенсивного и эмоционально нагруженного общения в процессе работы с клиентами, пациентами, учениками [2].

Во многих странах эмоциональное выгорание официально признается заболеванием, связанным с трудовой деятельностью, которое нуждается в профилактике и лечении. Больше всего страдают от выгорания представители помогающих профессий. Эмоциональное выгорание – одна из болезней современности, связанная с многозадачностью и большой скоростью современного мира.

Семейные отношения непосредственно влияют на эмоциональный фон всех членов семьи, который непосредственно связан с развитием эмоционального выгорания. Семья, как естественный социальный и психологический организм сталкивается с различными трудностями, которые могут угрожать ее жизнедеятельности и вести к нарушениям эмоционального фона членов семьи. Понятие «семейное нарушение» выступает сложным образованием, включающим факторы, его обуславливающие (трудность, с которой столкнулась семья), неблагоприятные последствия для семьи и ее реакцию [3].

В отношении родителей феномен «Эмоционального выгорания» не принято обсуждать, т.к. социально не одобряется родительская беспомощность. И, если мама находится уже в первой или второй стадии эмоционального выгорания, то в качестве «поддержки» очень часто слышит «Да ладно, соберись, не кисни!». Синдром эмоционального выгорания может проявляться у отцов, и бабушек, и дедушек. Если вовремя родитель не выйдет из этого состояния, то будет страдать вся семья [1].

В развитии синдрома эмоционального выгорания родителей выделяют три стадии.

Первая стадия – стеническая, стадия выдерживания, когда человек уже устал, вымотался, но он справляется. Это стадия может длиться достаточно долго, на этой стадии человек хочет побольше отдохнуть – маме или папе выспаться бы, побыть какое-то время одному, и все приходит в норму.

Во второй стадии присоединяются дополнительные стрессы в виде каких-то мелочей, и «снежный ком» может нарастать. Перена-

пряжение нервной системы может проявиться в виде соматического заболевания, например, ангины. Стадия выдерживания, сменяется на стадию не-выдерживания – «больше не могу».

Третья стадия характеризуется личностной деформацией.

Каждый из членов семьи может испытать все стадии. Если один из членов семьи находится в определенном психоэмоциональном состоянии, то вся семья «заражается», возникает постоянное напряжение, что может привести к распаду семьи. Происходит кризис, после которого члены бывшей семьи испытывают облегчение.

В сложный для родителей жизненный период очень важно, чтобы рядом были люди, которые могут поддержать, ободрить, помочь, а еще было бы замечательно, если было понимание того, что происходит с семьей и с ее членами. Поэтому самый лучший вариант – обращение таких родителей к семейным психологам, которые помогут увидеть, осознать, понять существующую проблему, и, конечно же, помогут справиться с ней.

Литература:

1. Если мама «на нуле» (конспект вебинара Л.Петрановской) Источник: <https://www.babyblog.ru/user/Teresa/3262817> © BabyBlog.ru. Дата обращения 19.02.2018

2. Ермакова Е.В. Изучение синдрома эмоционального выгорания как нарушения ценностно-смысловой сферы личности (теоретический аспект) // Культурно-историческая психология. 2010. № 1. С. 27–39.

3. Стекольников Ю. Н., Ильинский С. В. Эмоциональное выгорание супругов в зависимости от семейного стажа // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия: Психология. 2013. № 2(14). С. 137-149.

ПОСТУПКИ РОДИТЕЛЕЙ КАК СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ СТЕРЕОТИПОВ ПОВЕДЕНИЯ И МЫШЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Подолин А.В.

ООО «Психофизиологический центр», г. Архангельск

Причинами конфликтных межличностных отношений часто являются стереотипы мышления и поведения, заданные родителями. Стереотип поведения – система поведенческих навыков, передавае-

мых от старшего поколения семьи младшему посредством наследования сигнальной информации. Стереотипы поведения и мышления человека – это алгоритмы, т.е. программы поведения и мышления, которым человек следует не задумываясь. Большая часть этих стереотипов приобретается в процессе воспитания.

Модели поведения родителей, характер их взаимных отношений воспринимаются ребенком на бессознательном уровне. И для ребенка эти отношения являются не только нормальными (даже если они далеко не нормальны), но и единственно возможными. То, чему он научился, то и будет бессознательно воспроизводить в своей взрослой жизни. Вариант взаимоотношения родителей становится естественным, откладывается на бессознательном уровне в виде приоритетного способа мышления, общения в семье, в виде стереотипов и шаблонов поведения.

Еще польский психотерапевт Воцлав Яцек установил, что связь двух людей всегда имеет определенный сценарий развития. Большинство проблем в браке возникает из-за того, что встречаются люди с разными сценариями. В этой ситуации один партнер навязывает свой сценарий отношений, а второй вынуждено принимает сценарий отношений, но чувствует себя несчастным и неудовлетворенным. Кроме того, он не может дать желаемое второму партнеру. Как результат отношения разрушаются или тлеют годами, не принося радости [2].

Другими шаблонами выступают сценарии алкоголизма, агрессии, тунеядства, насилия, которые бессознательно копируются с родителей или сознательно отвергаются, что в конечном итоге приводит к повторению родительских установок. Ребенка никто не учит, как строить счастливую семью, как успешно решать конфликты, как правильно воспитывать детей. Вместо этого родители показывают ребенку пример формирования отрицательных отношений в семье.

Возможное влияние семейного сценария на жизнь человека описано Эриком Леннардом Берном, американским психологом и психиатром, известного как основоположника транзакционного анализа и сценарного анализа, автора книги «Люди, которые играют в игры». По мнению автора, жизнь каждого человека протекает по определенному сценарию, заложенному еще в раннем детстве. Согласно этому

сценарию человек общается со своими коллегами, родными и друзьями, выбирает спутника жизни [1].

Когда на консультации у психолога человек начинает замечать схожесть своего поведения и родительского, когда осознает идентичность своих и родительских шаблонов и стереотипов, только тогда возможны изменения в отношениях с партнером и налаживание взаимопонимания в семье.

Литература:

1. Берн Э. Люди, которые играют в игры // Источник <http://transactional-analysis.ru/> Дата обращения 19.02.2018
2. Демпси И.Г. Сценарии зависимых отношений // Источник <http://www.irinagavrilovadempsey.ru>. Дата обращения 19.02.2018

ТАБАКОКУРЕНИЕ СРЕДИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Помыткина Т.Е., Давыдова А.Я., Черкасс И.Ю.

ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Кемерово

В Международной классификации болезней десятого пересмотра табачная зависимость наряду с алкогольной и наркотической отнесены к категории “Умственные и поведенческие расстройства, обусловленные использованием психоактивных соединений”. Теперь табакокурение классифицируется как заболевание (по МКБ 10 шифр F 17.0).

Опыт стран, успешно проводящих борьбу с курением, доказывает, что значимый вклад в отказ от курения вносят медицинские работники первичного звена здравоохранения. Учреждения первичной медико-санитарной помощи являются оптимальным местом для выявления активных курильщиков, формирования мотивации отказа от курения и оказания необходимой медицинской помощи. Врачи и медицинские сестры чаще других контактируют с населением и имеют возможность влиять на привычки и поведение человека.

У некоторых медицинских работников нередко не хватает знаний и практических навыков консультирования пациентов по вопросам мотивирования отказа от курения и оказания лечебно-профилакти-

ческой помощи курящим. Отягчающим обстоятельством проблемы курения в России является высокая распространенность его среди врачей. Известно, что врачи являются «модельной» группой для остального населения в отношении здорового образа жизни. В частности, пример врача определяет эффективность различных рекомендаций и советов к отказу от курения. Помощь врача эффективна только, если он сам не курит, это определяет и его отношение к курению и доверие к нему пациента.

Врачи и медицинские работники несут как моральную, так и профессиональную ответственность за распространенность курения среди населения и те огромные физические потери, которые она несет. Поэтому прежде всего медицинские работники должны обеспечить помощь в отказе от курения.

Весьма распространенным в нашей стране как среди курильщиков, так и не курильщиков является мнение, что борьба с курением малоэффективна и бесперспективна. Однако большинство этих людей просто не знают о методологии борьбы с курением и ее возможностях. При этом существует достаточно убедительный опыт ряда развитых стран, доказывающий не только возможность успеха борьбы с курением, но и достижения благоприятных сдвигов в здоровье нации за счет снижения распространенности курения. Конечно все это происходит не само по себе, а в результате осуществления в течение ряда лет в этих странах программ борьбы с курением, включающих воспитательные, административные, законодательные, медицинские и другие меры.

Цель исследования: выявление табакокурения среди медицинских работников одной из территориальных поликлиник г. Кемерово, уровня знаний о последствиях табакокурения, а также используемых методах борьбы с курением.

Материалы и методы исследования. С помощью стандартизованной анонимной анкеты было опрошено 42 медицинских работника в возрасте 21-58 лет. Из них 33 женщины, 9 мужчин, с высшим медицинским образованием – 17 человек, с незаконченным высшим медицинским образованием – 13 человек, со средним специальным медицинским образованием – 12 человек.

Результаты исследования. По данным анкетирования, доля куривших мужчин составила 66,6% (курили в прошлом – 1 человек, курят

в настоящее время – 5 человек, среди них врачей – 2, что составляет 22,2%, медбратьев – 3, что составляет 33,3%, соответственно). Количество куривших врачей-женщин составило 4 (23,5%), медсестер – 5 (35%).

На вопрос анкеты: «Что Вам известно о последствиях табакокурения?» – 14 (33%) медицинских работников дали полный правильный ответ, 26 (62%) назвали 2-3 заболевания, связанных с табакокурением, 2 (5%) медицинских работников затруднились с ответом. На вопрос: «Хотели бы Вы бросить курить?» – 24 человека (57%) ответили «да», 6 (14%) хотели бы сократить количество выкуриваемых сигарет, 12 (28%) медицинских работников не собираются изменить своей привычке. На вопрос: «Даете ли Вы курящим рекомендации избавиться от табакокурения?» – ответили утвердительно 38 (90%) опрошенных, из них настоятельно рекомендуют бросить курить, рассказывают о способах избавления от курения 5 (12%) человек, не всегда дают такие рекомендации 35 (83%) медицинских работников и 2 (5%) человека признались, что вообще не дают таких рекомендаций. На вопрос: «Какие меры по борьбе с курением целесообразны по вашему мнению?» – 16 (38%) опрошенных не смогли дать конкретный ответ, остальные 26 (62%) назвали всего одну или несколько мер: санитарно-просветительскую работу, административные меры, ограничение рекламы табака. Лишь 4 (5%) медицинских работников указали на необходимость развития помощи для отказа от курения.

Таким образом, полученные данные продемонстрировали недостаточный уровень знаний большинства российских медиков об одном из наиболее распространенных видов интоксикации человека. Следствием этого являются высокое распространение табакокурения среди медицинских работников, игнорирование причинной его роли в развитии многих заболеваний и неоказание необходимой помощи в отказе от курения огромному числу пациентов. Медицинские работники являются «модельной» группой для населения в отношении здорового образа жизни. Именно поэтому во многих развитых странах первоначально шло снижение распространения табакокурения среди медицинских работников, и вслед за этим, как правило, происходило закономерное снижение распространения курения среди остального населения.

ФОРМИРОВАНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ВОСПИТАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Попов М.В.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск

Деятельность человека в конкретных социально-экономических, политических и прочих условиях, направленных на сохранение и укрепление его здоровья – это здоровый образ жизни. В это определение входит как позитивное поведение человека, так и преодоление факторов риска его здоровью.

Современный мир не стал безопаснее с развитием цивилизации. Стихийные бедствия, международный терроризм с его чудовищными массовыми убийствами мирных граждан, энергетические катастрофы, аварии на объектах городской инфраструктуры и многое другое. Поэтому снижение рисков различных чрезвычайных ситуаций (ЧС) не может уже ограничиваться только нормативными правовыми актами, организационно-техническими и инженерными мероприятиями, развитием спасательных служб. Необходимо научить каждого человека, и в первую очередь студентов медицинских вузов, быть готовыми быстро действовать в условиях ЧС. Для этого нужно, чтобы безопасность жизнедеятельности (БЖД) у каждого студента была приоритетной целью и внутренней его потребностью. Этого можно добиваться путем развития нового мировоззрения, системы идеалов и ценностей, норм и традиций безопасного поведения, формирования культуры безопасности жизнедеятельности.

Обеспечение безопасности каждого человека в процессе его жизнедеятельности является одной из основных составляющих в индивидуальной системе здорового образа жизни, что является цельной, логически взаимосвязанной системой поведения человека, которая способствует обеспечению его личной безопасности и благополучия в жизни. Этого и стараются добиться от студентов при преподавании курса «Безопасность жизнедеятельности». Это достигается путем приобретения знаний, умений и навыков в области безопасности,

что становится насущной потребностью в жизни каждого студента, общества и государства, потому что они в конечном итоге формируют национальную безопасность России в современном мире. Глубина и прочность усвоения способов и средств защиты от ЧС, развития умений и навыков безопасного поведения является основой снижения рисков жизнедеятельности людей.

Здоровье – это важная предпосылка правильного формирования характера, развития инициативы, силы воли. Здоровый студент лучше освоит сложную профессию врача, у него быстрее усваиваются все необходимые умения и навыки, он легче приспосабливается к смене условий и воспринимает все предъявленные ему требования. А обучение правилам поведения в экстремальных ситуациях, когда для сохранения жизни и здоровья людей необходимы немедленные действия и нет времени для раздумий по поводу принятия решений и выработки программы поведения, особенно важны для таких профессий как хирург, реаниматолог, гинеколог и других. В процессе прохождения курса БЖД у студентов формируются такие свойства характера как решительность, смелость, стремление спасти, вылечить пациента, поэтому студент, ведущий здоровый образ жизни, становится хорошим специалистом и социально активной личностью. Преподаватели курса БЖД на занятиях и своим личным примером показывают студентам, что врач не должен курить, злоупотреблять алкоголем, употреблять наркотики, страдать какими-либо зависимостями. Кроме того, будущие врачи должны будут нести приобретенные знания о безопасности жизнедеятельности и здоровом образе жизни населению, своим детям и внукам, быть для них примером.

Таким образом, после курса БЖД студенты медицинских вузов способны предвидеть возникновение опасных ситуаций, правильно оценивать ход событий и избегать их, совершать действия, способствующие сохранению собственной жизни и здоровья других людей, оказать первую помощь пострадавшим и принять участие в ликвидации последствий чрезвычайной ситуации. В процессе прохождения курса БЖД у студента формируется культура безопасности жизнедеятельности и воспитывается здоровый образ жизни, борьба с вредными привычками, культура правильного питания, физической активности, профилактики заболеваний.

Литература:

1. Виноградов П.А. Физкультура и здоровый образ жизни. М. 2007. 74с.
2. Волков В.Ю. Физическая культура и спорт. СПб: Питер, 2008. 224с.
3. Ильинич В.И. Физическая культура студента. М., Гerdаракa, 2008. 448с.

РЕАКЦИИ СОСУДОВ КОНЪЮНКТИВЫ ГЛАЗА КАК ФАКТОР КОНТРОЛЯ ПРОЦЕССА ЗАКАЛИВАНИЯ ОРГАНИЗМА

Попов М.В.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск

Здоровье человека на 50-70% зависит от образа жизни, в том числе и от закаливания организма. Закаливание повышает сопротивляемость организма к вредным факторам внешней среды.

Целью нашего исследования было определение реакций сосудов конъюнктивы глаза испытуемых путем биомикроскопии на щелевой лампе в разных режимах закаливания организма в течение 15 дней. Были отобраны три группы практически здоровых мужчин по 10 человек в каждой в возрасте от 18 до 22 лет. Первая группа испытуемых ежедневно погружала стопы ног в таз с холодной водой на 5 минут, начиная с температуры 36-37 градусов, постепенно снижая температуру воды на 3-4 градуса в день, доводя ее до 20 градусов Цельсия. Вторая группа принимала контрастный душ, сначала теплой водой температурой 40-50 градусов в течение 1 минуты, затем, понижая на 3-4 градуса в день температуру воды до 20 градусов в течение 5 минут. Третья группа испытуемых сначала парилась в парилке в течение 5 минут, затем выходила в предбанник и обливалась из ведра холодной водой, начиная с 38-37 градусов, постепенно понижая температуру воды на 3-4 градуса в день, доводя ее до 4-5 градусов Цельсия.

У первой группы испытуемых выявлена следующая реакция микрососудов конъюнктивы глаза при воздействии охлаждения: сначала наблюдался спазм мелких артерий и артериол, уменьшалось количество функционирующих капилляров. После прекращения воздействия охлаждения наблюдалось расширение диаметра мелких артерий и артериол и увеличение количества функционирующих капилляров. Причем, чем испытуемый был более адаптирован к холоду, тем быстрее проходила спастическая реакция артериолярных сосудов и количество функционирующих капилляров увеличивалось в 1,5 раза.

У второй группы испытуемых при принятии горячего душа происходило расширение артериолярных и венулярных сосудов, затем при воздействии холодной воды происходил резкий спазм мелких артерий и артериол, венулы оставались прежнего диаметра, но после прекращения воздействия охлаждения состояние микроциркуляторного русла приходило к исходному состоянию. То есть происходила тренировка тонуса сосудов – дилатация, спазм, норма.

У третьей группы испытуемых в парилке расширялись все сосуды, но при обливании холодной водой наблюдался умеренный спазм артериолярных сосудов и открытие артериоло-венулярных анастомозов, а после прекращения воздействия охлаждения микрососуды возвращались к исходному состоянию и количество функционирующих капилляров даже значительно увеличивалось, улучшалось самочувствие и настроение, увеличивалась активность. Но у нескольких нетренированных закаливанием испытуемых в третьей фазе наступал повторных спазм артериолярных сосудов и резкое расширение и извитость венулярных сосудов. Также отмечалось замедление скорости кровотока и агрегации эритроцитов, что сопровождалось цианозом кожи и появлением озноба, свидетельствующее об истощении приспособительных возможностей организма и наступлением срыва адаптации организма.

Таким образом, чтобы достичь положительного эффекта при трех видах закаливающих процедур, следует соблюдать ряд правил: начинать закаливающие процедуры лучше летом, постепенно увеличивая дозы охлаждающего действия воды, делать их систематически во все времена года, без перерывов. Обязательно учитывать возрастные и индивидуальные особенности организма, закаливание проводить на фоне положительных эмоций, лучше при рациональном питании,

правильном режиме дня и регулярных занятиях физкультурой. Особая осторожность должна быть при возникновении простудных и обострении хронических заболеваний.

Нарушение этих правил приводит к отсутствию положительного эффекта от закаливающих процедур, а иногда и к сбою нейроэндокринной системы и последующему ее истощению. Закаленные люди реже простужаются, не боятся перепадов температуры воздуха и влияния ветра, у них снижается заболеваемость, они активны физически и духовно, находятся в хорошем настроении. Закаливание – один из простых способов поддержания организма в хорошей физической и моральной форме.

Таким образом, реакции сосудов конъюнктивы глаза человека могут быть использованы как фактор контроля процесса закаливания организма. Приемлемы и дают положительный эффект три вида закаливающих процедур – влажное охлаждение частей тела человека, контрастный душ и обливание холодной водой после пребывания в парилке. Важно проводить закаливающие процедуры постепенно, регулярно, медленно увеличивая дозу раздражающего действия холода, на фоне положительных эмоций, учитывая возрастные и индивидуальные особенности организма.

Литература:

1. Если хочешь быть здоров / Сборник. Сост. А.А.Исаев. М.: Физкультура и спорт. 1988. 105с.
2. Иванченко В.Г. Тайны русского закала. Москва, 1991. 287с.
3. Праздников В.П. Закаливание детей дошкольного возраста. М.: Физкультура и спорт. 2015. 310с.

О ПРОФИЛАКТИКЕ ФОРМИРОВАНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ У ПЕНСИОНЕРОВ-КОМБАТАНТОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Рассоха А.А.

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Кировской области», Киров

Сохранение психического здоровья у комбатантов органов внутренних дел (ОВД) является наиболее актуальной задачей ведомственной и гражданской психиатрии, что, в первую очередь, связано

с ростом количества вооруженных конфликтов в мире [3]. На первый план по своей социальной значимости выходят вопросы психопрофилактики формирования психических расстройств у комбатантов, в том числе химических зависимостей [2].

Существенное место в донозологическом регистре занимает аддиктивное поведение. Многочисленные исследования показывают, что у лиц опасных профессий на фоне массивных стрессогенных ситуаций, сопровождающихся агрессивностью, депрессиями, дисфориями учащается алкоголизация и иные формы деструктивного поведения [4,5]. С.В. Литвинцев и Е.В. Снедков определяли его как один из видов аддикции с уходом от реальности для облегчения своего психического состояния или стремлением к риску, деятельности, связанной с повышенной опасностью для получения сильных эмоций [6].

В период возвращения к обычным условиям несения службы из горячих точек у сотрудников ОВД возникают психические нарушения, которые проявляются повышенной агрессивностью, конфликтностью и часто сопровождаются чрезмерным употреблением алкоголя [3].

Формирование расстройств личности и химических зависимостей у пенсионеров-комбатантов нередко связано с недостатками в оказании им психиатрической помощи, недостаточности психопрофилактических мероприятий по формированию ЗОЖ [1].

Цель исследования: оценка частоты встречаемости химических зависимостей у комбатантов-пенсионеров органов внутренних дел и разработка мероприятий по их профилактике.

Материалы и методы исследования. Был проведен анализ протоколов Центра психофизиологической диагностики пенсионеров Министерства внутренних дел (МВД) России по Кировской области, уволенных по выслуге лет, дающей право на пенсию (выслуга 20 лет и более с учетом срочной службы в Российской армии и льготного исчисления лет (1 год за 1,5 в период пребывания в служебных командировках в зонах боевых действий), за период с 2007 по 2016 гг. Для обследования было отобрано 97 пенсионеров, которым при увольнении из МВД или в течение последующего года был установлен диагноз психического расстройства на основании решения

стационарной экспертизы психиатрического учреждения. Средний возраст $47,4 \pm 2,2$ лет.

Результаты исследования: было выявлено, что алкогольная зависимость как основной и сопутствующий диагноз у пенсионеров–комбатантов ОВД с психическими расстройствами встречается в 12,4% (12 чел.), что свидетельствует о недостатках в оказании психиатрической помощи данному контингенту в период служебной деятельности. Это, вероятно, связано с тенденцией снятия эмоционального напряжения с помощью употребления алкоголя, которое возникает вследствие службы в экстремальных для жизни и здоровья условиях. Полученные данные свидетельствуют о том, что при проведении психопрофилактических обследований личного состава ОВД необходимо применять психопрофилактические и психокоррекционные программы, направленные на формирование ЗОЖ у сотрудников-комбатантов в центре психофизиологической диагностики, при проведении плановых психопрофилактических обследований личного состава. При проведении комбатантам-сотрудникам лечебно-восстановительных мероприятий, после возвращения из командировок с особыми условиями службы, в индивидуальный план реабилитации, необходимо включать рациональную психотерапию с элементами обучения конструктивным методам снятия эмоционального напряжения и формирования мотивации к ЗОЖ.

Таким образом, с учетом того, что у каждого восьмого пенсионера-комбатанта, диагностирована химическая зависимость, необходимо проводить лечебно-реабилитационные мероприятия сотрудникам-комбатантам после возвращения и командировок с особыми условиями службы. При проведении реабилитации в индивидуальный план терапии включать мероприятия, направленные на обучение конструктивным способам снятия эмоционального напряжения и формировании установок ЗОЖ, с реализацией данного направления в ведомственных Центрах психического здоровья МВД России.

Список литературы.

1. Гузова А. В., Голубева Е.Ю., Соловьев А.Г. Особенности качества жизни и биологического возраста пожилых лиц с алкогольной зависимостью в условиях Европейского Севера // Успехи геронтологии. 2010. № 1. С. 110–114.

2. Давыдова Н.Е., Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Психосоциальные особенности сотрудников органов внутренних дел, способствующие алкоголизации // Наркология. 2017. т. 16. № 7. с. 58-64.

3. Ичитовкина Е.Г., Харьковская О. А., Соловьев А.Г., Злоказова М.В., Шутко Г.В. Модель прогноза формирования транзиторных аффективно поведенческих реакций у комбатантов // Экология человека. 2016. № 10. С. 47-50.

4. Корехова М.В., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Профилактика психологической дезадаптации у сотрудников ОВД // Психопедagogика в правоохранительных органах. 2012. № 1 (48). С. 66-71.

5. Соловьев А.Г., Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Харьковская О.А. Психосоциальные факторы риска формирования деструктивного поведения с употреблением наркотических средств у кандидатов на службу в органы внутренних дел // Наркология. 2016. т. 15. № 7 (175). С. 77-80.

6. Литвинцев С. В., Снедков Е.В., Оезник А.М. Боевая психическая травма: руководство для врачей. М.: ОАО Изд-во «Медицина», 2005. 345 с.

ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Растокин И.Ю., Хасанова Н.М.

ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница»

В конце 1940-х годов в США как исключительно психотерапевтическое направление возникла танцевальная психотерапия. В конце 1950-х годов в США были созданы первые обучающие программы, разработанные М. Чейз, Б. Эван, Т. Шоуп, М. Уайтхаус, Л. Эспенак [9]. В 1966 году была учреждена Американская ассоциация танцевальной психотерапии (ААТП), и эту дату принято считать началом развития танцевальной психотерапии как самостоятельной дисциплины. Перестановка акцентов в различных направлениях танцевально-двигательной терапии привела к расширению круга ее целей.

ААТП выработала и официальное определение Танцевально-двигательной терапии – (ТДТ), которое звучит как вид психотерапии, который использует движение для развития социальной, когнитивной, эмоциональной и физической жизни человека».

Танцевально-двигательная терапия – это доступный, привлекательный и социальный активизирующий режим физической активности, который обеспечивает значимое улучшение двигательной, когнитивной и социальной активности у пожилых людей, как с физиологическим, так и с патологическим процессом старения головного мозга.[10, 4]. Танец является самой сложноорганизованной формой движения. [3]. Головной мозг обеспечивает эту уникальную функцию, координируя деятельность множества структур на разных уровнях центральной нервной системы. Активируясь во время танца, эти структуры получают возможность для выстраивания новых и более сложных нейронных связей – этот процесс называется нейропластичностью. Такие изменения могут происходить на разных уровнях: от отдельного нейрона, меняющего связи, до целой корковой области, уменьшающейся или увеличивающейся в размерах, в зависимости от функциональной активности. Структуру мозга меняют множество факторов – от травм, инсультов, нейродегенеративных и воспалительных заболеваний до медитации, упражнений, танцев или ежедневных занятий на пианино. В острых ситуациях сам факт повреждения головного мозга является мощным фактором, активизирующим процессы нейропластичности. Пластичность мозга зависит от возраста и предполагается, что развивающийся мозг отвечает на воздействия сильнее, чем мозг пожилого человека [2].

Наиболее распространенным определением термина «нейропластичность» является определение Е.И. Гусева и П.Р. Камчатнова (2004), которые рассматривают нейропластичность как способность нервной системы в ответ на эндогенные и экзогенные стимулы адаптироваться путем оптимальной структурно-функциональной перестройки. Ядром феномена нейропластичности является модификация синапсов (количества, конфигурации, свойств), нейромедиаторного обмена и изменения структуры дендритов (длины, ветвистости, площади, плотности). Помимо синаптогенеза, неотъемлемой частью процесса нейропластичности является нейрогенез, включающий

образование новых нейронов, активное мигрирование и дифференцирование клеточных элементов, активные изменения астроглии [2].

Проблема возникновения двигательных, координаторных и когнитивных нарушений особенно актуальна в связи с общемировой тенденцией к старению населения и сохраняющейся высокой распространенностью сосудистых и дегенеративных заболеваний головного мозга. Нарушения координации, равновесия, походки, снижение быстроты двигательных реакций проявляются при нормальном старении центральной нервной системы, но наиболее часто они встречаются при нейродегенеративных заболеваниях, при перенесенных острых нарушениях мозгового кровообращения, травмах головного мозга, демиелинизирующих заболеваниях. Залогом эффективности ТДТ служит не только улучшение выполнения сложных двигательных актов, таких как повороты, наклоны, обратная ходьба, улучшение пластичности, выносливости, динамической координации, но и применение музыки как средства для облегчения передвижения и обучения [5].

В структуре неврологической симптоматики у пациентов с перенесенными острыми нарушениями мозгового кровообращения или черепно-мозговой травмы преобладают очаговые неврологические симптомы, такие как парезы, атаксия, нарушения когнитивной сферы, например, аффективные и когнитивные нарушения, апатико-абулический синдром, синдром гемиигнорирования пространства. Данный симптомокомплекс отличается от симптомов нейродегенеративных заболеваний, например, болезни Паркинсона, которой соответствует апраксия ходьбы, тремор, олигобрадикинезия, обеднение двигательного рисунка, с сохранением достаточного уровня мышечной силы. Подобные отличия формируют разницу в определении конечных точек исследования эффективности ТДТ.

Например, при исследовании эффективности ТДТ в группе пациентов, перенесших очаговое поражение головного мозга, цели определяются в соответствии с постепенным восстановлением утраченных функций и навыков. Применение танцевально-двигательной терапии в реабилитации пациентов после инсульта или ЧМТ способствует восстановлению суставно-мышечного чувства, проприоцептивной, тактильной чувствительности, восстановлению схемы тела на основе позитивного эмоционального подкрепления.

Для оценки эффективности ТДТ у лиц, страдающих болезнью Паркинсона, могут использоваться не только качественные характеристики, такие как уровень тревоги, депрессии, уровень качества жизни, но и количественные, например, тест 6-минутной ходьбы, тест «встань и иди» (Timed Up and Go test), шкала Тинетти (Performance-Oriented Mobility Assessment, ПОМА). В большинстве исследований, посвященных ТДТ у пациентов с болезнью Паркинсона, в качестве основного метода выбирался танец танго, благодаря его ритмичности, вариабельности скорости, частым сменам направления движения, поворотам и ходьбе назад. Несколько реже распространены бальные танцы, ирландские танцы и другие, в зависимости от местной культуры и обычаев [7, 8]. В результате проведения исследования не было выявлено достоверных различий в воздействии на моторную функцию в категории пациентов с БП при проведении ТДТ с использованием танца танго в группах с партнером и без партнера, обе группы показали положительные результаты по шкале равновесия Берга (Berg Balance scale), комфортной скорости ходьбы. Единственным различием стала более высокая приверженность к занятиям в группе танцев в паре [6].

В противоположность пациентам с БП, у группы пациентов с физиологическими сосудистыми изменениями головного мозга применялись различные виды танцев, такие как латиноамериканские, включая танго, сальса, народные, греческие, карибские, восточные танцы, бальные танцы, современные танцы, а также танцевальные симуляторы для игровых приставок.

Большинство исследований для пациентов с болезнью Паркинсона имели продолжительность 10-13 недель, в то время как в группах физиологического старения наблюдались схожие периоды наблюдения (10-13 недель) и более короткие периоды наблюдения (4-6-8 недель). Однако, в обеих группах также наблюдались исследования с длительным периодом наблюдения от 6 месяцев до 24 месяцев. В группе пациентов с болезнью Паркинсона наиболее оптимальная и часто используемая периодичность занятий по результатам исследований составляет 2 занятия в неделю по 60 минут, или также 1-2 раза в неделю по 90 минут. В контрольной группе была представлена большая вариабельность расписания от 15-минутных занятий ежедневно до 40-60 минут 4-6 раз в неделю. Хотя в исследованиях

достоверных преимуществ того или иного расписания занятия получено не было, в рекомендациях озвучена оптимальная длительность занятий – 120-150 минут в неделю.

Большинство исследований, посвященных ТДТ у больных с болезнью Паркинсона, оценивали моторную функцию, согласно унифицированной шкале оценки болезни Паркинсона (UPDRS-III). Значимое улучшение по шкале UPDRS-III получено в группе танго и ирландских танцев в сравнении с контрольной группой, получавшей физиотерапевтическое исследование, а также отмечалось значительное улучшение показателей в группе танго в сравнении с группой «без каких-либо упражнений». [11]. Для оценки застываний использовался опросник по застываниям (Freezing of Gait Questionnaire – FOG-Q, 2003). Значимое улучшение оценки по шкале FOG-Q в сравнении с физиотерапевтическими методиками наблюдалось в группе ирландских танцев, в группе танго улучшения зарегистрировано не было, однако прямого сравнения эффективности танго и ирландских танцев не проводилось. В сравнении с группой танго в группе ирландских танцев также отмечалось значимое улучшение результатов теста «встань и иди» (Timed Up and Go test) Положительный результат в тесте 6-минутной ходьбы в группе пациентов с БП в сравнении с контрольной группой отмечался при применении танцев танго и фокстрот. Общим результатом всех исследований послужило увеличение функциональной силы нижних конечностях как в группе пациентов с болезнью Паркинсона, так и в контрольной группе вне зависимости от вида применяемого танца.

Потенциальная взаимосвязь в группе болезнью Паркинсона нарушений проприоцептивной чувствительности и риска падений определяет важность оценки влияния ТДТ на проприоцепцию. Данный вид чувствительности оценивался путем проведения оценки глубокой чувствительности, дискриминационной чувствительности, теста тактильного распознавания предметов. Положительный результат достоверно наблюдался во всех группах независимо от вида танцев, что дает основания предполагать на наличие подобной связи и в группе с физиологическим старением головного мозга.

Таким образом, по данным обзора литературных источников по влиянию ТДТ на моторные функции как в группе больных болезнью Паркинсона, так и в группе физиологических изменений головного

мозга был и выявлены множественные доказательства положительного влияния ТДТ на динамику указанных функций. Существуют некоторые ограничения по применению результатов в связи с отсутствием стандартизированных методик оценки многих функций, отсутствия сравнения танцевальных групп между собой. Очень важно соблюдать региональные и исторические особенности в выборе методик ТДТ для повышения комплаентности.

Однако, несмотря на все ограничения танцевально-двигательная терапия может и должна быть использована для коррекции двигательных нарушений, профилактики когнитивных нарушений и деменции, коррекции социальной и психологической дезадаптации как пациентов с болезнью Паркинсона, так и пациентов с физиологическими изменениями ЦНС.

Литература:

1. Грёнлюнд Э., Оганесян Н.Ю. Танцевальная терапия: теория, методика, практика. СПб. : Речь, 2005. 288 с.

2. Костенко Е.В. Нейропластичность – основа современной концепции нейрореабилитации // Неврология и психиатрия. Медицинский алфавит. №14. 2016. том №2. С 5-11.

3. Прилепский И.А. Современные тенденции использования танцевально-двигательной терапии // Вестник МГУКИ. 2012. № 5 (49). С. 130-134.

4. Carvalho A., Rea I.M, Parimon T., Cusack B.J. Physical activity and cognitive function in individuals over 60 years of age: a systematic review // Clinical interventions in aging. 2014; 9:661–82. [PubMed: 24748784].

5. Earhart G.M. Dance as therapy for individuals with Parkinson disease // European journal of physical and rehabilitation medicine. 2009; 45:231–8. [PubMed: 19532110]

6. Hackney M.E, Earhart G.M. Effects of Dance on Gait and Balance in Parkinson Disease: A Comparison of Partnered and Non-Partnered Dance Movement // Neurorehabilitation Neural Repair. 2010 May; 24(4): 384–392. doi:10.1177/1545968309353329)

7. Hackney M.E., Earhart G.M. Effects of dance on movement control in Parkinson’s disease: a comparison of Argentine tango and American ballroom // Journal of rehabilitation medicine. 2009; 41:475–81. [PubMed: 19479161]

8. McKee K.E, Hackney M.E. The effects of adapted tango on spatial

cognition and disease severity in Parkinson's disease // Journal of motor behavior. 2013; 45:519–29. [PubMed: 24116748]

9. Sheila J., Cultural Dance: An Opportunity to Encourage Physical Activity and Health in Communities / Sheila Jain and David R. Brown. New York: American Journal of Health Education, July/August 2001. Vol. 32. № 4. 19 p.

10. Van Nimwegen M., Speelman A.D., Hofman-van Rossum E.J., Overeem S., Deeg D.J., Borm G.F., et al. / Physical inactivity in Parkinson's disease // Journal of neurology. 2011; 258:2214–21. [PubMed: 21614433]

11. Volpe D., Signorini M., Marchetto A., Lynch T., Morris M.E. A comparison of Irish set dancing and exercises for people with Parkinson's disease: a phase II feasibility study // BMC geriatrics. 2013; 13:54. [PubMed: 23731986]

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ ПО ДАННЫМ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

Спирова С.Р.

ГБУЗ АО «Няндомская центральная районная больница»,
г. Няндомы

Современная эпидемиологическая ситуация в России и мире характеризуется высокой заболеваемостью и смертностью населения от хронических неинфекционных заболеваний, таких как сердечно-сосудистые, онкологические заболевания. Установлена тенденция к дальнейшему увеличению их доли в общей смертности – от 59-60% в настоящее время до 69% к 2030 г. Ведущей причиной этого явления, помимо курения и злоупотребления алкоголем, являются малоподвижный образ жизни и несбалансированное питание [1,3].

Объективными показателями здоровья населения, отражающими уровень физической активности и сбалансированность питания, являются физическое развитие и нутритивный (питательный) статус. Для оценки рисков нарушений нутритивного статуса, заболеваемости и смертности в практике эпидемиологических исследований наряду с антропометрическими методами применяются методы оценки состава тела [2].

Антропометрические индексы и, в частности, индекс массы тела (ИМТ) являются эпидемиологически значимыми индикаторами риска заболеваний. Высокие значения ИМТ ассоциированы с повышенной смертностью от сердечно-сосудистых, а низкие – от хронических легочных заболеваний [2].

Наиболее распространённым методом определения состава тела человека на сегодняшний день является биоимпедансный анализ. Биоимпедансный анализ состава тела позволяет на основе измеренных значений электрического сопротивления (импеданса) тела человека и антропометрических данных оценить состояние белкового, жирового и водного обменов, интенсивность метаболических процессов, соотнести их с интервалами нормальных значений признаков, оценить резервные возможности организма и риски заболеваний [2]. Биоимпедансный анализ состава тела основан на различиях электропроводности тканей организма ввиду разного содержания в них жидкости и электролитов. Так, например, активное сопротивление жировой ткани примерно в 10-15 раз выше, чем у большинства других тканей, составляющих безжировую массу тела [2].

В состав комплексного обследования состояния здоровья пациентов в центре здоровья проводится оценка физического развития и биоимпедансного анализа, проводимого биоимпедансным анализатором АВС-01 “Медасс”, подключенный к персональному компьютеру с установленным специальным программным обеспечением.

С февраля 2015 года по 11 января 2018 года в центре здоровья ГБУЗ АО «Няндомская ЦРБ» было проведено 4977 биоимпедансных измерений. По половозрастному распределению обследуемые распределились следующим образом: 76,7% женщины в возрасте от 14 до 87 лет и 23,3% мужчины в возрасте от 15 лет до 84 лет.

Оценка распространённости нарушений нутритивного статуса среди обследуемых пациентов была проведена по индексу массы тела (ИМТ). В зависимости от пола обследуемых было установлено, что недостаточный вес ($\text{ИМТ} < 18,5 \text{ кг/м}^2$) отмечается у 8 мужчин (0,7%) и 54 женщин (1,4%), нормальный вес ($18,5 \text{ кг/м}^2 < \text{ИМТ} < 25 \text{ кг/м}^2$) у 341 мужчины (29,4%) и у 1019 женщин (26,8%), избыточный вес ($25 \text{ кг/м}^2 < \text{ИМТ} < 30 \text{ кг/м}^2$) у 501 мужчины (43,2%) и у 1159 женщин (30,5%), ожирение ($\text{ИМТ} > 30 \text{ кг/м}^2$) у 309 мужчин (26,7%) и у 1572 женщины (41,3%).

В общей сложности избыточный вес и ожирение встречается у 810 мужчин (69,9%) и у 2731 женщины (71,8%), что свидетельствует о малоподвижном образе жизни и несбалансированном питании обследуемых.

Полученные данные дают повод для проведения профилактических мероприятий направленных на пропаганду здорового образа жизни, повышение физической активности, сбалансированного питания и повышение качества жизни населения.

Литература:

1. Александрова Г.А., Лебедев Г.С., Огрызко Е.В., Кадулина Н.А., Беляева И.М., Кантеева А.Н. и др. Заболеваемость взрослого населения России в 2011 году: Статистические материалы. ч. 3. М.: МЗ РФ; ЦНИИОИЗ; 2012.

2. Руднев С.Г., Соболева Н.П., Стерликов С.А., Николаев Д.В., Старунова О.А., Черных С.П., Ерюкова Т.А., Колесников В.А., Мельниченко О.А., Пономарёва Е.Г. Биоимпедансное исследование состав тела населения России. М.: РИО ЦНИИОИЗ. 2014. 493 с.

3. Соболева Н.П., Руднев С.Г., Стерликов С.А., Николаев Д.В., Старунова О.А., Черных С.П., Ерюкова Т.А.. Биоимпедансный скрининг населения России в центрах здоровья: распространенность избыточной массы тела и ожирения // Российский медицинский журнал. 2014. №4. С. 4-13.

УЧАСТИЕ СТУДЕНТОВ И ОРДИНАТОРОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В ГИГИЕНИЧЕСКОМ ВОСПИТАНИИ НАСЕЛЕНИЯ **Ушакова Т.В., Шидловская С.В., Попова С.В., Подольская А.Ю, Минак М.С.**

**ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г.Архангельск**

Первичная профилактика стоматологических заболеваний является неотъемлемой частью повышения уровня здоровья населения. Для этого необходимо осуществление стоматологического просве-

щения населения в доступной форме, которое подразумевает предоставление информации о гигиене полости рта, факторах и причинах возникновения, а также о методах профилактики стоматологических заболеваний. Главной задачей является внедрение данной информации в массы. Основной аудиторией для проведения комплексной профилактической работы являются дети дошкольного и младшего школьного возраста, так как среди этих возрастных групп наибольшая степень распространенности и интенсивности кариозного процесса. Обучение детей гигиене полости рта должно проводиться при совместных усилиях врачей-стоматологов, гигиенистов стоматологических, студентов стоматологического факультета, а также педагогов и родителей.

Обучение гигиене полости рта должно способствовать:

- формированию у детей прочных знаний и навыков о методах и средствах профилактики заболеваний полости рта. Дети должны не только усвоить полученную информацию, но и научиться применять её в повседневной жизни, для этого важно привить навыки и замотивировать детей;
- желанию детей проводить обязательную гигиену полости рта, прислушиваться к рекомендациям стоматолога по подбору средств и предметов по уходу, посещать стоматолога не реже, чем один раз в полгода для проведения осмотров и профилактических мероприятий.

В детских садах и школах необходимо иметь наглядную информацию для детей и их родителей в виде буклетов, санитарных бюллетеней, листовок, обучающих игрушек, тематических сказок. Дети очень позитивно реагируют на подобную информацию, тем самым закрепляя свои знания по вопросам гигиены полости рта. Уроки здоровья и профилактики стоматологических заболеваний должны проводиться из расчета 3 часа в год в 1-3 классах, 1 час в год в 4-11 классах.

Существуют различные формы гигиенического воспитания, с которыми будущие специалисты стоматологи знакомятся уже во время обучения в университете и приобретают навыки санитарно-просветительной работы, что необходимо для снижения распространенности и интенсивности кариозного процесса у населения. Среди студентов второго курса стоматологического факультета проводится

конкурс, который заключается в выборе лучшего уголка здоровья, разработанного ими в процессе обучения. Студенты очень серьезно относятся к такому конкурсу, изготавливают наглядные пособия, пишут стихи, сказки, которые в последующем заинтересуют детей, оставляют в их памяти знания о правильном уходе за полостью рта (пассивная форма гигиенического воспитания).

К активной форме гигиенического воспитания относятся: сценки, представления, лекции, викторины, кукольные театры, которые предлагают малышам студенты. Готовятся костюмы, декорации, всё это ярко, красочно, весело, доходчиво, что очень хорошо посредством зрительной памяти запоминается малышами. Дети получают ответы на все свои вопросы, связанные с гигиеной полости рта, поэтому всё становится не только интересно, но и понятно. В связи с этим появляется уверенность, что дети будут использовать полученные знания на практике, и это приведет к снижению заболеваемости кариесом среди детей данной возрастной группы.

В 2016, 2017 годах клиническими ординаторами и студентами стоматологического факультета СГМУ были проведены уроки гигиены в трех детских садах и семи школах города Архангельска. Было задействовано 57 детей дошкольного возраста и 296 учеников. Детей обучили правильной гигиене полости рта, дали рекомендации по подбору средств и предметов гигиены полости рта, показали, к чему ведет чрезмерное употребление сладкого и рассказали о пользе продуктов, которые способствуют сохранению зубов.

В январе-феврале 2017 года студенты 5 курса стоматологического факультета в рамках производственной практики провели выездную санитарно-просветительную работу с учащимися общеобразовательных школ Архангельской, Мурманской, Вологодской областей, Республики Коми, Республики Карелия. Всего было охвачено 4798 школьников.

Для родителей и учителей школ № 6, 10, 17, 37, 82, 22, 33, 25, 3, 24 города Архангельска были проведены лекции на тему стоматологического здоровья.

По отзывам классных руководителей и родителей можно судить о высокой заинтересованности учащихся в получении такой информации при проведении санитарно-просветительной работы.

Проведение проекта «Всемирный день здоровья полости рта» в Архангельске сопровождалось участием представителей кафедры стоматологии детского возраста СГМУ. Международный день здоровья полости рта отмечается каждый год 20 марта. В этот день во всем мире говорится о пользе стоматологического здоровья и подчеркивается важность соблюдения гигиены. Организаторы данного мероприятия ставят своей задачей распространение информации о влиянии здоровья органов рта на общее физическое здоровье и хорошее самочувствие каждого человека. Сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста и студентами 4 курса стоматологического факультета СГМУ была проведена презентация средств по уходу за полостью рта на базе Архангельской детской стоматологической поликлиники и в ТЦ «Титан Арена».

Сотрудники кафедры стоматологии детского возраста в настоящее время активно работают над усовершенствованием методов санитарно-просветительной работы. Студентам и клиническим ординаторам очень важно научиться использовать полученные в университете знания при работе с детьми разных возрастных групп. Они должны применять их на практике с учетом индивидуальных особенностей ребёнка, с целью обучения мануальным навыкам по уходу за полостью рта, необходимостью проведения гигиенических процедур ежедневно утром и вечером. Весь ряд представленных мер по обучению детей должен привести к снижению распространенности и интенсивности кариозного процесса среди населения.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ С СЕЛЬСКИМ НАСЕЛЕНИЕМ

Флеглер Н. А., Меньшикова Л. И.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Минздрава России, Архангельск
ГБУЗ АО «Приморская ЦРБ»

«Будущее принадлежит медицине предохранительной. Эта наука, идя рука об руку с государственностью, принесет несомненную пользу человечеству», – писал один из самых ярких предста-

вителей мировой медицинской науки, знаменитый хирург Н. И. Пирогов. Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2011-2012 годах был разработан ряд основополагающих документов по охране здоровья населения, улучшению организации медицинской помощи и материально-техническому оснащению медицинских организаций: Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральный закон №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Государственная программа «Развитие здравоохранения до 2020 года», «Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года» [8,9]. В указанных документах одной из важнейших задач государства, медицинских и образовательных организаций определена медицинская профилактика.

Одними из основных целей Концепции развития здравоохранения являются: увеличение расходов на здравоохранение до 5% от ВВП; увеличение численности населения до 145 млн. человек к 2020 г.; увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения до 75 лет; снижение общего коэффициента смертности до 10 на 1000 населения; формирование здорового образа жизни населения, в том числе снижение распространенности употребления табака до 25 % и снижение потребления алкоголя до 9 литров в год на душу населения; обеспечение населения бесплатной, гарантированной государством, качественной медицинской помощью [4].

В Федеральном законе №323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» [9] отмечается, что ключевыми государственными задачами в области профилактики являются: снижение потребления табака; снижение потребления алкоголя; обеспечение условий для доступности здорового питания; формирование нового подхода к повышению уровня физической активности населения; совершенствование инфраструктуры медицинской профилактики в первичном здравоохранении; формирование целевых подходов к организации диспансеризации населения; снижение передачи ВИЧ от матери к ребенку; поэтапное введение с 2015 года в календарь профилактических прививок вакцин против пневмококковой инфекции, ветряной оспы и др.

Медицинская профилактическая услуга (preventive health service) – мероприятия или комплекс мероприятий, имеющих самостоятельное законченное значение, определенную стоимость направленных на профилактику заболеваний, их своевременную диагностику и оздоровление. Состояние системы медицинской профилактики во многом отражает характер социально-экономических, научно-технических и политических условий жизни общества и страны.

Характеристика и перечень профилактических услуг для практического здравоохранения приведены в классе XXI МКБ-10 [1,5]. Виды медицинских профилактических услуг: профилактическое консультирование (гигиеническое обучение и воспитание) отдельных индивидуумов (класс XXI, Z70-Z76, МКБ-10); профилактическое консультирование (гигиеническое обучение и воспитание) групповое (см. класс XXI, Z70-Z76, МКБ-10); профилактические медицинские осмотры с целью выявления ранних форм заболеваний и факторов риска, а также проведение оздоровительных мероприятий (см. класс XXI, Z00-Z13, МКБ-10); иммунизация (вакцинопрофилактика) (класс XXI, Z20-Z29, МКБ-10); диспансеризация (диспансерное наблюдение и оздоровление); профилактические оздоровительные услуги (занятия различными видами физической культуры, санаторно-курортное оздоровление, физиотерапевтические медицинские услуги, массаж и др.) [5,6].

Современная профилактическая медицина – это наука о способах предотвращения возникновения и распространения заболеваний, укрепления физического и психического здоровья как отдельных индивидуумов, групп людей, так и всего общества в целом [1]. Для достижения наибольшего эффекта профилактических мероприятий их направленность должна определяться, в первую очередь, показателями заболеваемости, инвалидности и смертности населения.

К основным принципам непосредственно медицинской профилактики, предлагаемых в стратегии ВОЗ, можно отнести: единство мер первичной, вторичной и третичной (реабилитации) профилактики; раннее использование технологий медицинской профилактики; выявление и нивелирование факторов риска в детском и юношеском возрасте; разработка индивидуальных программ профилактических мероприятий; систематическое проведение профилактических ме-

роприятий на протяжении всей жизни; эффективное диспансерное наблюдение; внедрение современных технологий медицинской профилактики [3].

В настоящее время не существует единой классификации уровней проведения профилактики. По мнению ряда авторов [2,6,7], медицинскую профилактику следует проводить на следующих уровнях: индивидуальный, групповой, популяционный.

Основным структурным подразделением в первичном звене являются отделения (кабинеты) профилактики, которые создаются согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.09.2003 г. №455 [3,8]. Являясь частью первичной медико-санитарной помощи, отделения медицинской профилактики способны обслуживать большой контингент населения, в том числе и в отдаленных сельских территориях.

Рассмотрим технологии профилактики в работе с сельским населением на примере ГБУЗ АО «Приморская ЦРБ» Приморского района Архангельской области (конкретнее МО «Заостровское»).

Объектом профилактики в первичном звене является все население, проживающее на территории, прикрепленной к данной медицинской организации.

Медицинская профилактика в сельской местности имеет ряд своих особенностей, в первую очередь связанных с низкой плотностью населения, низкой обеспеченностью специалистами, фактическим отсутствием права выбора медицинского учреждения и специалиста (в большей части малонаселенных сельских местностей помощь оказывается, как правило, одним врачом либо фельдшером). Также нужно отметить, что чаще всего среди обслуживаемого населения преобладают неработающие и пенсионеры. Удаленность от крупных медицинских центров, плохие дороги и, порой, отсутствие телефонной и интернет связи затрудняет возможность своевременного осмотра узкими специалистами и полноценного обследования.

Технологии медицинской профилактики, используемые нами в работе с сельским населением, можно условно разделить на следующие группы: организационные технологии (кто и как организует, осуществляет и координирует профилактическую работу, включая профилактические, диспансерные обследования, динамическое на-

блюдение, профилактические услуги и обеспечивает преемственность медицинской помощи); технологии выявления заболеваний, факторов риска и их коррекции (скрининговые тесты, динамическое наблюдение групп риска, снижение риска развития заболеваний и осложнений, коррекция факторов риска); информационные и информационно-мотивационные технологии профилактического консультирования (беседы с отдельными пациентами и группами пациентов, «Школы пациентов»); технологии вакцинации [9].

Примером технологии укрепления здоровья, сочетающие в себе подходы сотрудничества медицинских учреждений, органов власти и благотворительных организаций, позитивный настрой населения на улучшение общественного и личного здоровья, стала организация «концертов здоровья», проводимых в медицинских организациях Приморского района. Также проводились и запланированы в перспективе конкурсы рисунков на тему здорового образа жизни с привлечением местных средств массовой информации. Медицинский персонал медицинской организации, в том числе кабинета профилактики, постоянно проводят работу с населением по профилактике наиболее распространенных заболеваний, беседы о вреде табакокурения и злоупотребления алкоголем, функционируют школы здоровья по различным нозологиям и аспектам здорового образа жизни. Создана и активно обновляется интернет-страница на портале сельского поселения и медицинской организации, где транслируются последние новости о медицинской профилактике, в том числе имеется ссылка на Архангельский центр медицинской профилактики. Для населения в свободном доступе имеются бюллетени по здоровому образу жизни. Привлекается местная администрация для работы с населением. Ежегодно медицинский персонал проходит курсы повышения квалификации по вопросам профилактики, проводится обучение медицинского персонала профилактической работе, снабжение их памятками для различных групп пациентов. Запланировано проведение анкетирования населения по вопросам формирования здорового образа жизни.

Важной составляющей, влияющей на эффективность профилактической работы, является обеспечение транспортной доступности для населения сельских районов к отделениям (кабинетам)

медицинской профилактики. Использование выездных форм работы совместно с Архангельским центром медицинской профилактики позволяет повысить эффективность проводимых медицинских профилактических мероприятий.

Таким образом, главным в медицинской профилактике является комплексный подход, с привлечением не только системы здравоохранения, но и органов местного самоуправления, представителей системы образования, культуры, спорта, общественных организаций, средств массовой информации. Перечисленные выше технологии, апробированные на уровне первичного звена здравоохранения с активным участием различных структурных подразделений ГБУЗ АО «Приморская ЦРБ», могут быть широко использованы для эффективного проведения медицинской профилактики в сельской местности.

Литература:

1. Бойцов С. А. Материалы видеоселекторного совещания под руководством Министра здравоохранения РФ Скворцовой Вероники Игоревны «О концепции развития профилактики в Российской Федерации, включая диспансеризацию взрослого населения». М., 2012.

2. Вопросы стратегии и тактики профилактики донозологических состояний и заболеваний внутренних органов : [рук. для врачей] / В. К. Козлов [и др.]; под ред. В. Г. Радченко; Федеральное агентство по здравоохранению и соц. развитию, ГОУВПО Санкт-Петербургская гос. мед. акад. им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербургский гос. ун-т. – М. : 4ТЕ Арт, 2011. 400 с.

3. Вялков А. И., Сквирская Г. П., Сырцова Л. Е. и др. Методология и модель профилактической деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений // Бюллетень национального НИИ общественного здоровья. 2008. Вып. 4.

4. Концепция развития здравоохранения до 2020 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.zdravo2020.ru/>. (Доступ из локальной сети от 13.02.2018.)

5. Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия. [Официальный сайт] URL: <http://www.mkb10.ru/?class=10&bloc=101&diag=4266> (дата обращения 12. 02. 2017).

6. Муравьева В. Н., Амлаев К. Р., Агранович Н. В. и др. Общие и частные вопросы медицинской профилактики / М.: Илекса, 2013. 576 с.

7. Руководство по медицинской профилактике / под ред. Р. Г. Оганова и Р. А. Хальфина. М. : Гэотар-Медиа, 2007. С. 441–464.

8. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [Электронный ресурс]: федер. закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (последняя редакция) // Консультант-Плюс : справочно-правовая система. (Доступ из локальной сети от 13.02.2018.)

9. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс]: федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.04.2017) // КонсультантПлюс : справочно-правовая система. – М., 2011. (Доступ из локальной сети от 13.02.2018.)

**ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП
ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ
ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ
Хатанзейская М.В., Фомина А.С.**

ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая поликлиника
№ 1», г. Архангельск

«Девять десятых нашего счастья зависит от здоровья», – писал известный немецкий философ Артур Шопенгауэр. Здоровье – это главная ценность любого человека. Как известно, здоровье населения в 50% обусловлено условиями и образом жизни, в 18-22% – состоянием окружающей среды, в 20% – генетическими факторами и лишь в 8-10% – организацией системы здравоохранения [1,2]. Поиск эффективных методов улучшения показателей общественного здоровья является насущной общественной и государственной задачей.

Профилактика заболеваний – это система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшения их неблагоприятных последствий. Проведение профилактических мероприятий призвано снизить затраты на лечение, реабилитацию, повысить качество жизни, снизить уровень смертности, способству-

ет сохранению и укреплению здоровья населения, увеличению продолжительности жизни, сохранению трудоспособности [4].

В соответствии с Приказом Минздрава России от 26.10.2017 N 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» диспансеризация (от лат. *dispens* – «распределять») включает в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья, включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения [3].

Диспансеризация взрослого населения (ДВН) проводится путем углубленного обследования состояния здоровья граждан в целях:

1) раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, факторов риска их развития, включающих повышенный уровень артериального давления, гиперхолестеринемию, повышенный уровень глюкозы в крови, курение табака, риск пагубного потребления алкоголя, нерациональное питание, низкую физическую активность, избыточную массу тела или ожирение, а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

2) определения группы здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) факторами риска их развития, а также для здоровых граждан;

3) проведения профилактического консультирования граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития;

4) определения группы диспансерного наблюдения граждан с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и иными заболеваниями (состояниями), а также граждан с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском.

Диспансеризация проводится 1 раз в три года лицам, которым в текущем году исполняется: 21, 24, 27, 30, 33, 36, 39, 42, 45, 48, 51, 54, 57, 60, 63, 66, 69, 72, 75, 78, 81, 84, 87, 90, 93, 96, 99 лет. Вне зависимости от возраста ежегодно проходят диспансеризацию следу-

ющие категории граждан: инвалиды Великой Отечественной войны и инвалиды боевых действий, а также участники Великой Отечественной войны, ставшие инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий); лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий); бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанные инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий) [3].

ДВН проводится в 2 этапа. Первый этап диспансеризации (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза на втором этапе диспансеризации. Первый этап заканчивается приемом (осмотром) врача-терапевта, включающим определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения и проведение краткого профилактического консультирования. Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования и включает в себя проведение по определенным на первом этапе показаниям целого ряда инструментально-лабораторных методов исследования и осмотров специалистов [3].

В ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая поликлиника № 1» в 2015 – 2017 гг. первый этап ДВН прошли 45873 человек, в т.ч. в 2015г. – 15640, в 2016г. – 15233, в 2017г. – 15000 человек. Направлены на второй этап 16282 человек, что составляет 35,5% от числа прошедших первый этап диспансеризации.

Частота встречаемости факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний у прошедших диспансеризацию соответствует литературным данным: наиболее часто выявлялись нерациональное питание, низкая физическая нагрузка, избыточная масса тела [5,6].

По результатам ДВН в 2015 году выявлено 1770 случаев неинфекционных социально значимых заболеваний, в т.ч.: новообразования – 104, из них злокачественные новообразования – 59; болезни эндокринной системы – 572, из них сахарный диабет – 16; болезни нервной системы – 23; болезни глаза – 135; болезни системы кровообращения – 260; болезни органов дыхания – 26; болезни органов пищеварения – 41; болезни мочеполовой системы – 602; прочие – 7.

По результатам ДВН в 2016 году выявлено 697 случаев неинфекционных социально значимых заболеваний, в т.ч.: новообразования – 91, из них злокачественные новообразования – 16; болезни эндокринной системы – 199, из них сахарный диабет – 12; болезни нервной системы – 9; болезни глаза – 70; болезни системы кровообращения – 92; болезни органов дыхания – 27; болезни органов пищеварения – 62; болезни мочеполовой системы – 143; прочие – 4.

По результатам ДВН в 2017 году выявлено 1124 случая неинфекционных социально значимых заболеваний: новообразования – 23; болезни эндокринной системы – 688, из них сахарный диабет – 22; болезни нервной системы – 7; болезни глаза – 73; болезни системы кровообращения – 76; болезни органов дыхания – 25; болезни органов пищеварения – 54; болезни мочеполовой системы – 133; прочие – 45.

Можно заключить, что у 45 873 человек, прошедших диспансеризацию выявлено 3594 заболевания. Первое ранговое место в структуре выявленных заболеваний занимают болезни эндокринной системы, преимущественно за счет ожирения и нарушения липидного обмена; второе ранговое место – заболевания мочеполовой системы, преимущественно за счет мастопатии; третье ранговое место – болезни системы кровообращения.

На базе ГБУЗ АО АГКП № 1 созданы и работают школы для обучения пациентов, которые с 2014 года входят в отделение медицинской профилактики. Деятельность таких школ (Школа по обучению

больных артериальной гипертонией, Школа по обучения больных бронхиальной астмой, Кабинет отказа от курения, Школа по обучению больных сахарным диабетом, Школа для больных, перенесших инсульт, и их родственников, Кабинет варфаринотерапии) является эффективным методом третичной профилактики.

В поликлинике используется активная реклама, проводятся оздоровительные акции, дни здоровья. В поликлинике приняты соответствующие нормативные акты, способствующие включению в «эффективный» контракт показателей профилактической работы врачей, расширен штат отделения медицинской профилактики, осуществлена информатизация. Планы по диспансеризации определенных групп взрослого населения, план по профилактическим медицинским осмотрам выполнены в полном объеме.

Качественное и активное проведение профилактической работы привело к снижению показателя общей смертности прикрепленного населения в 2016 году по сравнению с 2014 годом с 11,9 до 11,1 промилле, снижению в структуре смертности удельного веса лиц трудоспособного возраста с 20,8 до 17,1 %.

Таким образом, диспансеризация является одной из наиболее эффективных профилактических технологий, которая позволяет выявить факторы риска, различные отклонения в состоянии здоровья, хронические неинфекционные заболевания на ранних стадиях и разработать комплекс мероприятий по предупреждению развития болезней, хронизации и прогрессирования имеющихся заболеваний.

Литература:

1. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учеб. для студентов / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. -3-е изд., испр. и доп.. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 544 с.: ил. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/>.

2. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа,2015. 288с. Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/>.

3. Приказ Минздрава России от 26.10.2017 N 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»

4. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 года № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

5. Фомина А.С., Орлова Т.П., Красильников А.В., Меньшикова Л.И. Совершенствование системы раннего выявления онкологических заболеваний женской репродуктивной системы и молочных желез на уровне первичной медицинской организации [Электронный ресурс] // Современные проблемы науки и образования. 2015. №3. <http://www.science-education.ru/123-19518>

6. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva. World Health Organization. 2009. P. 70.

ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Чиркова Н.А., Шабардина Т.П.

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Кировской области», г. Киров

Служба в органах внутренних дел (ОВД) связана с соблюдением строгой дисциплины и сопровождается большим комплексом стрессогенных факторов, повышенными психоэмоциональными и физическими нагрузками, часто имеющими экстремальный характер, связанный с риском для здоровья и жизни [3].

Развитие валеологического самосознания сотрудников ОВД, формирование ориентации на здоровый образ жизни (ЗОЖ) являются важнейшими условиями их личностного благополучия и успешной профессиональной деятельности [5,6]. Одной из важных задач Центров психофизиологической диагностики (ЦПД) МВД является формирование мотивации полицейских на ЗОЖ [2]. При проведении ежегодных психодиагностических обследований в ЦПД особое внимание уделяется профилактике формирования заболеваний [1].

Актуальность ЗОЖ вызвана ростом и изменением характера нагрузок на организм человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков экологического, психологического, и военного характера, провоцирующих негативные сдвиги в состоянии здоровья [4]. Современный арсенал методов психологической и ме-

дицинской диагностики и мониторинг состояния резервов организма позволяют выявлять снижение уровня психического и физического здоровья, выявить факторы риска формирования физической и психологической дезадаптации (чрезмерное употребление алкоголя, табакокурение, нерегулярное питание, повышенная масса тела, нервно-психическое напряжение).

До 2015 г., согласно Положению о ЦПД МВД России являлась исключительно диагностика состояний дезадаптации. В соответствии с решением организационно-методической комиссии МВД России на основании оповещения 22\29\ЦЧ\9-2642 были внесены изменения в Положения о ЦПД МСЧ МВД России по субъектам РФ с введением в функции ЦПД психопрофилактической коррекционной деятельности с сотрудниками ОВД.

Цель исследования: оценка эффективности психопрофилактической работы, направленной на формирование мотивации ЗОЖ, медицинскими психологами ЦПД с сотрудниками ОВД.

Материалы и методы исследования. В 2016 г. проведено анкетирование 78 чел. сотрудников батальона патрульно-постовой службы полиции (ППСП) на предмет выявления особенностей образа жизни обследуемых, а также причин, которые приводят к невыполнению поведенческих факторов ЗОЖ.

Всем полицейским проведены индивидуальные психопрофилактические беседы клиническим психологом, разъяснена необходимость соблюдения ЗОЖ, его преимущества, проведены беседы о способах снятия напряжения. Предложены методики саморегуляции эмоционального состояния. Мониторинг показателей анкетирования был проведен через год – в 2017 г.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с использованием программы SPSS 22.0., использовался критерий Стьюдента для несвязанных выборок

Результаты и обсуждение. Результаты опроса показали, что если в 2016 г. страдали табачной зависимостью 46,2%, то в 2017г. их количество существенно ($p \leq 0,001$) уменьшилось – до 26,9%, из них 6,4% пытались бросить курить в течение последнего года. В 2016 г. употребляли алкоголь каждую неделю «для снятия стресса» 42,3%, после проведенных коррекционных мероприятий в 2017 году их ко-

личество значимо ($p \leq 0,001$) снизилось до 8,9%. Регулярно занимались физкультурой в 2016 г. только 15,4% из всех опрошенных, в 2017 г. их количество значительно ($p \leq 0,001$) возросло до 48,7%. В 2016 г. повышенный индекс массы тела выявлялся у 12,8%, в течение года после соблюдения ограничений в приеме пищи «похудели» 6,4% респондентов. Отметили улучшение общего самочувствия в течение последнего года – 38,4%.

Таким образом, проведение психопрофилактических мероприятий медицинскими психологами ЦПД с сотрудниками ОВД, направленных на формирование мотивации ЗОЖ является эффективной формой работы, позволяющей предотвратить негативные последствия для психического и физического здоровья сотрудников ОВД.

Целесообразно рассмотреть вопрос о систематизации данного подхода при проведении ежегодных психопрофилактических сотрудников ОВД в ЦПД МВД России.

Литература:

1. Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Системный мониторинг психического здоровья комбатантов – сотрудников полиции: монография. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2017. 205 с.

2. Кононова М.А. Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Эмоциональное выгорание сотрудников, замещающих должности старшего начальствующего состава органов внутренних дел / Психопедагогика в правоохранительных органах. 2017. № 1 (68). С. 33-36.

3. Корехова М.В. Профилактика организационного стресса у сотрудников правоохранительных органов / М.В. Корехова, И.А. Новикова, А.Г. Соловьев // Экология человека. 2015 № 8. С. 3-9.

4. Маратова А.М. Здоровый образ жизни-гармония жизни и здоровье человека. А.М. Маратова Наука и современность. 2013. № 22. С. 16-20

5. Путан Л.Я. Формирование ориентации на здоровый образ жизни у курсантов в вузе МВД России, Автореф.т дисс. ... кандидата педагогических наук, 2003. 18.с.

6. Тимофеева Т.А. Здоровый образ жизни – основа полноценной и радостной жизни // В сборнике: Безопасность и адаптация человека

к экстремальным условиям среды и деятельности Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. под редакцией Е. В. Елисеева, Е. Г. Кокорева, В. Д. Иванова. 2014. С. 47-51.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ У ЮНЫХ АТЛЕТОВ 9-11 ЛЕТ

Чуйко А.В., Борисова Т.А., Киселева О.А., Муратов Л.Б.

ГБУЗ АО «Северодвинская городская детская
клиническая больница», Северодвинск

Актуальной задачей для любого человека является возможность сохранить хорошее здоровье и высокую работоспособность на многие годы. Известно, что физические упражнения и спорт являются вечным источником здоровья, красоты и долголетия. Однако физическая нагрузка является идеальным и наиболее физиологичным видом провокации, позволяющим оценить полноценность компенсаторно – приспособительных механизмов организма, а при наличии явной и скрытой патологии – степень функциональной неполноценности кардиореспираторной системы [4].

Установлено провоцирующее влияние неконтролируемого стресса на развитие инфекционных и неинфекционных повреждений миокарда, иммунной и эндокринной систем, особенно, в спорте высших достижений. Данные факторы прямо и опосредованно лимитируют физическую работоспособность, участвуют в патологической трансформации «спортивного сердца», его дезадаптивном ремоделировании, становятся причиной фатальных осложнений, сосудистых катастроф или отсутствия предполагаемых высоких спортивных достижений, несмотря на существенные материальные и временные затраты на подготовку. Очевидна необходимость усовершенствования системы профилактических мероприятий в детском и подростковом спорте для улучшения прогноза индивидуальных спортивных достижений и предотвращения развития серьезной патологии в «группах риска». Остро назрел вопрос адаптации единых рекомендаций по допуску к соревновательным видам спорта [3].

Результаты анализа электрокардиографических и морфологических характеристик у юных и молодых спортсменов, проведенных специалистами России, Украины, Башкирии, выявили единые тенденции электрофизиологических отклонений на фоне физического перенапряжения и позволили определить наиболее возможные предикторы жизнеугрожающих состояний и наиболее актуальные способы их регистрации [5].

Два фактора определяют степень риска сердечно-сосудистых осложнений при занятиях спортом: специфика сердечно – сосудистых заболеваний и врожденных пограничных изменений сердечно – сосудистой системы и ее реакция в ответ на занятия спортом во время тренировок и соревнований. Длительная адаптация сердечно – сосудистой системы к динамическим нагрузкам приводит к увеличению максимального потребления кислорода с развитием эксцентрической гипертрофии миокарда и объемных показателей. При интенсивной статической нагрузке максимальное потребление кислорода не меняется. У таких спортсменов также увеличивается масса миокарда без увеличения полостей (концентрическая гипертрофия миокарда) [2]. Величина и тип ремоделирования зависят от вида спорта и интенсивности нагрузки. Эти адаптивные процессы в некоторых случаях могут расцениваться как патологические.

Принципиально важно дифференцировать спортивное сердце и сердечно – сосудистую патологию, так как последняя часто ведет за собой отстранение от занятий спортом в связи с высоким риском прогрессирования заболевания и развития внезапной смерти. Гипердиагностика может привести к неоправданной дисквалификации спортсмена, что может иметь негативные психологические социальные и материальные последствия. До настоящего времени в детском и подростковом спорте, как и у взрослых спортсменов, дифференциальная диагностика специфических изменений сердца, опосредованных физическим и стрессорным перенапряжением и некоторых структурных болезней миокарда чрезвычайно сложна. Считается, что в основе формирования «спортивного сердца» лежит гиперпродукция стресс-гормонов и /или дисфункция стресс- лимитирующих систем, нарушение вегетативной регуляции ССС расстройство метаболизма с дефицитом энергопродукции и оксидативным стрессом, инфекционно-воспалительный механизм, усиление тромбообразования.

Последний пересмотр (2010г) руководства Европейского общества кардиологов по интерпретации ЭКГ у спортсменов выделяют следующие критерии доброкачественных и неблагоприятных изменений на ЭКГ (табл.1).

Таблица 1

Доброкачественные и неблагоприятные изменения на ЭКГ у спортсменов

Частые доброкачественные	Редкие потенциально опасные
Синусовая брадикардия	Депрессия сегмента ST
Неполная блокада правой ножки пучка Гиса	Патологический зубец Q
Синдром ранней реполяризации	Признаки перегрузки левого предсердия
АВ блокада I степени или замедление АВ проводимости	Удлинение или укорочение интервала QT
Изолированные вольтажные критерии гипертрофии ЛЖ	Предвозбуждение желудочков
	Полная блокада ножек пучка Гиса
	Желудочковые аритмии
	Инверсия зубца T > чем в 2-х последовательных отведениях
	Отклонение электрической оси влево или вправо (левый передний или задний гемиблок)
	Бругада-подобная ранняя реполяризация

Диагностика стрессорной кардиомиопатии проводится в соответствии со следующими критериями (табл.2).

Таблица 2

Диагностические критерии стрессорной кардиомиопатии у юных атлетов

«Большие»	«Малые»
<i>ЭКГ- нарушения</i>	
Нарушение процессов реполяризации (инверсия зубца T в 2-х и более отведениях), не исчезающие после физической нагрузки	Нарушение процессов реполяризации (сглаженность, инверсия зубцов T в одном отведении)
Нарушение процессов реполяризации или (инверсия T), появляющееся после физической нагрузки	Положительная ЭКГ ортопроба (инверсия зубцов T в активном ортостазе или после физической нагрузки)

Продолжение таблицы 2

«Большие»	«Малые»
	Единичные экстрасистолы на ЭКГ
Клинически значимые нарушения ритма (аллоритмия, частая экстрасистолия)	Нарушения проводимости (AV-блокада I степени, полная блокада правой и различные степени блокады левой ножки пучка Гиса)
Клинически значимые нарушения функции синусового узла и проводимости (синусовая брадикардия < 5 центиля, AV-блокада II ст типа Мебитц 2 и III ст)	Бессимптомные нарушения функции синусового узла и проводимости
Замедление QTc в процессе ВЭМ- пробы > 460-470 мс, QTc на пике нагрузки >400 мс и dQTc>16 мс	Отсутствие восстановления частоты-сердечных сокращений, QTc и dQTc до исходных значений к 3-4 минуте отдыха
Микро- и макроальтернация T-зубца	Нарушение QT-динамики
<i>Нарушения гемодинамики</i>	
Признаки снижения сократительной способности миокарда на высоте нагрузки и в раннем восстановительном периоде после нагрузки)	Гиперкинетический тип кровообращения или снижение ударного объема в покое
Снижение максимального потребления кислорода (МПК) ниже 45-54 мл/мин/кг	Замедленное восстановление гемодинамических показателей после физической нагрузки > 7 мин
<i>Нарушения вегетативной регуляции ритма</i>	
Симпатикотонический тип регуляции ритма в покое по данным ритмограммы	Синдром вегетативной дисфункции (патологический тип реакции на дыхательную пробу) по ритмограмме
<i>Нарушения морфологии сердца</i>	
Выраженная гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ) (толщина задней стенки более 12 мм) или индекс массы миокарда более 95 центиля 110 г/м ²	Умеренная гипертрофия миокарда индекс массы миокарда левого желудочка > 90 перцентиля (>90, но < 110 г/м ²) и/или нарушение диастолической функции E/A>2
Конечный диастолический размер ЛЖ более 60-62 мм	Нарушение соотношения конечный диастолический объем/масса миокарда левого желудочка менее 0,7 у е
Участки фиброза и кальциноза	

Нами проведен трехлетний анализ наблюдения за юными атлетами 9-11 лет, занимающимися в детско-юношеских спортивных школах различными видами борьбы (дзю-до, каратэ, вольная борьба, тайский бокс, самбо), плаванием и спортивной гимнастикой. Проанализированы электрокардиограммы (ЭКГ) в динамике у 60 человек, 12 девочек (20%) и 48 мальчиков (80%). За трехлетний период не имели патологических отклонений на ЭКГ 20% детей, 5 девочек (41,6%) и 7 мальчиков (58,4%). Преходящие транзиторные отклонения обнаружены у 68,4% юных атлетов (41 человек), из них девочки составили 17% (7 человек). Стойкие доброкачественные и недоброкачественные отклонения регистрировались у 11,6% юных атлетов (7 человек). Доминирующими формами отклонений являются нарушения сердечного ритма, они составили 77,6% (45 человек). Нарушения процессов реполяризации встречались в 5,2% случаев (3 человека), а изолированные вольтажные критерии гипертрофии левого или правого желудочков у 17,2% (10 человек).

Таким образом, у юных атлетов 9-11 летнего возраста на фоне регулярных тренировок преимущественно регистрируются транзиторные электрокардиографические отклонения, чаще всего – нарушения сердечного ритма. Стойкие изменения на ЭКГ возникают у 11,6% юных атлетов.

При проведении регулярных медицинских обследований лиц, занимающихся систематическим активным (особенно соревновательным) спортом, необходимо своевременно выявлять патологические и предпатологические состояния с целью их лечения и профилактики, способствуя увеличению резерва повышения толерантности к интенсивным физическим нагрузкам.

Литература:

1. Макаров Л.М. Холтеровское мониторирование (3-е издание) / Макаров Л.М. М., 2008. 456с.
2. Национальные рекомендации по допуску к занятиям спортом и участию в соревнованиях спортсменов с отклонениями в состоянии сердечно сосудистой системы / Бойцов С.А., Колос И.П., Лидов П.И., Смоленский А.В., Земцовский Э.В.; Всероссийская общественная организация Ассоциация детских кардиологов России Департамента Здравоохранения г.Москвы. М., 2011. 164с.

3. Сердце и спорт у детей и подростков проблемы взаимодействия / Под ред. Дегтяревой Е.А.; Всерос.общ. организация Ассоциация детских кардиологов России Департамента Здравоохранения г.Москвы. М., 2011. 224с.

4. Тавровская Т.В. Велозергометрия. М., 2007. 208с.

5. Материалы VII Всероссийского Конгресса «Детская кардиология 2012» / Министерство здравоохранения и социального развития РФ, ФГБУ «МНИИ педиатрии и детской хирургии», ВОО «Ассоциация детских кардиологов России»

СТАТЬИ ОБУЧАЮЩИХСЯ

ШКОЛЫ МЕДИЦИНЫ ДРЕВНЕЙ ГРЕЦИИ КЛАССИЧЕСКОГО ПЕРИОДА О ПРИЧИННОСТИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Аленина М.В., студентка 1 курса 13 группы лечебного факультета

Научные руководители: Дитятев Г.Г., д.м.н., проф. Калинин А.Г.

**ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск**

Как известно, в классическом периоде истории Древней Греции выделяют четыре наиболее знаменитые школы медицины (Кротонскую, Книдскую, Косскую, Сицилийскую), которые сыграли огромную роль в развитии искусства врачевания не только самой Греции, но и других государств античного мира. В связи с этим необходимо обратить особое внимание на представленные школы, понять сущность их деятельности и выяснить, в чем заключаются различия между ними.

В трудах Сорокиной Т.С. и Лисицына Ю.П. было отмечено, что врачеватели каждой из четырех школ медицины классического периода придерживались определенных взглядов на причины возникновения разнообразных заболеваний. Именно эти взгляды и представления легли в основу различий между школами медицины Древней Греции: каждая из школ объясняла причины возникновения заболеваний немного по-своему.

Проанализировав информацию по школам медицины Древней Греции, представленную в Томе 1 Истории медицины Сорокиной Т.С., статье «Гиппократ и Аристотель» Герасимовой И.А. и Истории медицины Лисицына Ю.П., можно сделать вывод о том, что представители Кротонской, Книдской и Сицилийской врачебных школ, в целом, утверждали, что болезни возникают из-за нарушения баланса, равновесия в организме; следовательно, задача врача – восстановить этот баланс:

– в Кротонской школе считалось, что здоровье – результат равновесия противоположных сил («сухого и влажного, теплого и холодного, сладкого и горького и т. п.» [6]), а господство одной из этих сил – это и есть причина болезни [6];

– в Книдской школе здоровье рассматривалось как результат благоприятного смешения четырех соков (крови, слизи, светлой желчи и черной желчи), болезнь же в данном случае – преобладание одного из соков [6];

– представители Сицилийской школы также придерживались гуморальных взглядов и развивали учение о четырех жидкостях тела (крови, слизи, светлой желчи, черной желчи)[5, 6], что сближало их с деятелями Книдской школы медицины;

Нечто другое наблюдалось в Косской врачебной школе, главной медицинской школе Древней Греции классического периода. Хотя представители данной школы продолжали развивать гуморальную теорию, они несколько изменили ее и разработали учение о четырех темпераментах, согласно которому каждому из четырех соков соответствует определенный темперамент (преобладание крови – сангвиник, слизи – флегматик, желтой желчи – холерик, черной желчи – меланхолик) [2, 3, 6]. Павлов И. П. в своем учении о типах высшей нервной деятельности заметил, что «греческий гений в лице – индивидуальном или сборном – Гиппократа уловил в массе бесчисленных вариантов человеческого поведения капитальные черты» [3].

Основным отличием Косской врачебной школы было мнение, что болезнь – это «не наказание богов, а результат влияний всего окружающего и нарушений питания» [6]. Следовательно, представители Косской школы стремились создать наиболее благоприятные условия для выздоровления больного (устанавливали режим сна и

бодрствования, режим питания, разрабатывали методы правильного общения с пациентом, чтобы не ухудшить его состояние, не навредить словом), стремились поддерживать имеющиеся в организме природные целительные силы и развивали различные меры профилактики заболеваний [6].

Другим отличием является подход к методам лечения заболеваний.

В результате анализа данных, представленных в Томе 1 Истории медицины Сорокиной Т.С. и Истории медицины Лисицына Ю.П., можно придти к мысли о том, что в Кротонской и Сицилийской школах различные болезни лечились однообразно, одним и тем же способом (восстановление равновесия) вне зависимости от локализации и симптомов заболевания.

В Книдской школе мы можем отметить тот факт, что ее представители начали описывать симптомы болезней (например, шум трения листков плевры, шум «кипящего укуса» при водянке груди [5]), а также «ввели в медицину ряд новых средств лечения - аппликации извести, глины на грудь и голову» [5]. Помимо этого они «широко применяли чеснок, лук, мяту, хрен» [5], что разнообразило методы излечения от заболеваний различного характера, но все же «Книдская школа в значительной мере схематизировала лечение» [5]. По мнению профессора Бородулина Ф.Р., главным достижением Книдской школы является «создание начатков диагностики и семиотики», а также теории патогенеза [5].

Абсолютно в другом направлении развивалась Косская врачебная школа во главе с Гиппократом. Здесь отказались от обобщения и вступили на путь индивидуализации лечения. В частности, именно Гиппократ считают основоположником принципа индивидуального подхода к больному [5]. Лисицын Ю.П. в своей Истории медицины отметил: «...Гиппократ подходил к больному как к единому целому, части единой природы. По существу Гиппократ наряду с другими греческими врачами является создателем знаменитого принципа «лечить не болезнь, а больного»; в этой связи медицинское искусство заключается не только в воздействии на болезнь, но и в лечении больного человека как совокупности душевных и телесных свойств, в строго обдуманном и соответствующем данному случаю

поведении врача и, что особенно следует подчеркнуть, в умении направить самого больного и всю окружающую его обстановку на борьбу с болезнью: «не только сам врач должен употреблять в дело все, что необходимо, но и больной, и окружающие, и все важнейшие обстоятельства должны способствовать врачу в его деятельности». Вопреки тенденции представителей Книдской школы установить диагноз заболевания, он стремился дать оценку общего состояния конкретного больного, что вытекало из его прогрессивных воззрений и наиболее соответствовало уровню медицинских знаний того времени» [5].

Сочинения, приписываемые Гиппократу, были в дальнейшем сгруппированы в «Гиппократовом сборнике», который, как было выяснено, принадлежал не одному лицу [3].

Ковнер С.Г., приводя в своем труде характеристику Косской школы медицины, написал: «Отличительная черта Косской школы, в противоположность Книдской, состояла в том, что врачи ее обращали внимание на общее состояние больного и занимались преимущественно объективным исследованием больных, семиотикой, прогностикой, этиологией, – словом всем тем, чем прославили себя Гиппократ и его последователи. Точно так же и в терапии они обращали внимание на общее состояние больного» [4].

Представители Косской школы медицины большое внимание уделяли наблюдению за пациентом, они описывали симптомы и характер заболевания и на основании этого определяли курс лечения, а также прогнозировали, каков будет исход [6]. Именно здесь были заложены основы врачебной этики, гигиены, профилактики различных заболеваний, а также здорового образа жизни (правильный режим питания, распорядок дня, ежедневные физические нагрузки для укрепления здоровья, соблюдение правил личной гигиены) [6].

Третьим отличием можно считать позиции и взгляды, которых придерживались представители школ врачевания классического периода Древней Греции.

В Кротонской школе врачеватели были сторонниками пневматической теории [1, 5], согласно которой болезнь или здоровье определяет мистическое, нематериальное начало – пневма (превращения пневмы в организме могут привести к патологиям). В Сицилийской

школе при лечении заболеваний также основывались в большей степени на теории. Врачеватели Кротонской и Сицилийской школ обобщали и схематизировали методы лечения.

Представители Книдской школы медицины – сторонники эмпирического подхода («они, по существу, сводили медицину к простому накоплению оправдавших себя на практике приемов лечения» [3]). В данной школе основной упор делали на практику и стремились к изобретению и накоплению наиболее эффективных методов лечения заболеваний, основываясь на практической деятельности («Не то важно, чем болезнь вызывается, но то, что ее устраняет» [3]). Так, например, книдийцы описывали одну из болезней почек: «...острая боль чувствуется в почке, пояснице, паху, яичке соответственно почке; больной часто мочится; мало-помалу моча прекращается, и с мочой выходит песок. Когда этот песок проходит уретру, он причиняет сильную боль в ней*» [1]. На основании таких симптомов врачеватели ставили диагноз (камень в почке) и назначали паровую баню, слабительное и припарки [1]. Помимо этого есть сведения, что книдийцы проводили также оперативные вмешательства, что отражено в трактате «О внутренних страданиях»: «Когда же образуется опухоль и выпуклость, ты сделаешь в это время разрез соответственно почке и, извлеки гной, станешь лечить песок мочегонными. Действительно, если произведен разрез, есть надежда на спасение; если нет, болезнь в конце концов причиняет смерть*» [1]. В трактате «О внутренних страданиях» также описан способ хирургического лечения «водянки» груди: «...провести разрез на третьем ребре, считая с последнего, до кости; потом перфорировать ребро трепаном в виде сверла; после перфорирования выпустить немного воды и после удаления наложить корпию из сурового льна, а сверху – мягкую губку*» [1].

Врачеватели Косской школы во главе с Гиппократом придерживались материалистических взглядов и полностью отвергали мистическое начало болезни («Здоровья просят у богов в своих молитвах люди, а того не знают, что они имеют сами в своем распоряжении средства к этому**») [3]. Заблудовский П.Е. заметил, что «материалистическая позиция Гиппократа в вопросах медицины нашла выражение в его произведении «О священной болезни» (имеется в виду эпилепсия)» [3]. Гиппократ писал про эпилепсию: «Нисколько, мне

кажется, она ни божественнее, ни более священна, чем другие, но имеет такую же природу происхождения, какую и прочие болезни... Вследствие невежества предоставляется ей божественное свойство, вследствие же знания способа лечения божественность отнимается» [3]. Умело совместив теорию с практикой, врачеватели Косской школы медицины достигли великолепных результатов в диагностике и лечении заболеваний различного характера.

Результаты: при изучении различий школ Древней Греции классического периода можно выделить три основных критерия сравнения:

- понимание здоровья и болезни;
- подход к методам лечения заболеваний;
- взгляды, которых придерживались представители школ врачевания.

Основы медицинских знаний и подходов, заложенные во всех школах врачевания античной Греции, применяются и в современной медицинской деятельности. Так, наибольшее распространение в современном мире занимает обобщающий, схематизированный подход Кротонской, Сицилийской и Книдской школ: современные врачи пользуются общими алгоритмами при лечении различных групп заболеваний. Но, помимо этого, сейчас разрабатывается и индивидуальный подход к каждому больному (изучение природы каждого пациента, его индивидуальных свойств, особенностей и назначение соответствующего его состоянию лечения), предложенный Косской врачебной школой. Именно такой подход позволит сделать лечение заболеваний еще более эффективным и качественным, что, несомненно, очень важно для успешного и наиболее быстрого выздоровления.

Литература:

1. Бородулин Ф.Р. История медицины. Избранные лекции. – М.: Медицина, 1961. [Электронный ресурс]. URL: <http://padaread.com/?book=38121&pg=77> (дата обращения: 25.08.2017).

2. Герасимова И.А. Гиппократ и Аристотель// Epistemology & Philosophy of Science. 2016. [Электронный ресурс]. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/gippokrat-i-aristotel-k-voprosu-o-stanovlenii-pervyh-logicheskikh-programm#ixzz4emHw8o9U> (дата обращения: 11.04.2017).

3. Заблудовский П.Е., Крючок Г.Р., Кузьмин М.К., Левит М.М. История медицины. – М.: Медицина, 1977. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.rulit.me/books/istoriya-mediciny-read-249673-1.html> (дата обращения: 11.04.17).

4. Ковнер С.Г. История медицины. Ч. 1. Киев, 1873. С. 183.

5. Лисицын Ю.П. История медицины. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431399.html> (дата обращения: 25.08.2017).

6. Сорокина Т.С. История медицины. Т. 1. М.: Академия, 2009. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.bibliotekar.ru/423/11.html> (дата обращения: 11.03.2017).

СИНТЕЗ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ И ТАНЦЕВАЛЬНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХИМИЧЕСКИХ АДДИКЦИЙ У ЮНОШЕЙ

Артемьева Е.Н., студентка 3 курса лечебного факультета

Научный руководитель: зав. кафедрой психиатрии

и клинической психологии, д.м.н., проф. Соловьев А.Г.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский

университет» Министерства здравоохранения

Российской Федерации, г. Архангельск

В период юношества – 17-21 лет для юношей и 16-20 – для девушек [4] значимой выступает потребность осознать свое место в обществе, глубже понять себя и свои возможности, найти подтверждение собственной значимости в своих глазах и в глазах других. В этом возрасте в сознании закладываются фундаментальные установки, которые проявляются со временем как ценностные ориентиры в жизни. Для юношей становится важным вступление в новые для них значимые отношения с людьми, а также развитие и расширение этих отношений. Продуктивный характер взаимоотношений юношей со взрослым миром ведет к развитию у них новых личностных качеств и формированию чувства идентичности, которое связано с новообразованием данного возраста – личностным самоопределением (эмансипацией), выступающим как потребность лиц юношеского

возраста занять внутреннюю позицию взрослого человека [3]. Так, последующее развитие чувства взрослости, приобретенное в этом возрасте, может способствовать дальнейшему обретению психологической и социальной самостоятельности личности. Однако если юноше не удастся гармонично решать задачи социальных и индивидуально-личностных выборов, личностное развитие в данном возрасте может быть деструктивным, ослабляющим чувство идентичности, что способствует более острому переживанию кризиса идентичности: у юноши происходит отказ от самоопределения и выбор отрицательных образов для подражания. Нередко такая несформированность ценностно-смысловой сферы в юношеском возрасте выступает предиктором возникновения и развития химических аддикций, посредством которых у человека создается иллюзия удовлетворения желаний и возможностей разрешения конфликтов, что является защитной компенсаторной реакцией на преодоление хронического стрессорного воздействия, уходом от реальности, купированием тревоги [11]; кроме того, все это дает возможность юноше лишь на короткое время изменить свое психоэмоциональное состояние. Таким образом, юношество представляют собой возрастной период повышенного риска возникновения химических аддикций с развитием нарушения социально-психологической адаптации [7]. Следовательно, в данном возрастном периоде одной из центральных задач профилактики развития химических аддикций является помощь в снятии напряжения, обучение методам саморегуляции [1], которые могут способствовать развитию эмоциональной зрелости, адекватной самооценки и собственного мировоззрения.

Основные мероприятия профилактики химической зависимости должны быть направлены, прежде всего, на создание условий для формирования у юношей ценностно-смысловой сферы, волевых качеств и адекватной идентичности для дальнейшего личностного становления и развития, т.е. ориентированы на обучение лиц юношеского возраста управлять своим психоэмоциональным состоянием, преодолевать стрессорные воздействия конструктивными способами, а также развивать коммуникативные навыки.

Особую ценность представляют немедикаментозные методы профилактики, которые позволяют активно мобилизовать резервные возможности человеческого организма. Одними из них является ме-

тод биологической обратной связи (БОС) и танцевально-двигательная терапия (ТДТ), совместное использование которых позволяет интегрировать эффекты каждой техники в отдельности и имеет особую значимость в профилактике химических аддикций.

Целью исследования явилось обоснование возможностей совместного использования метода биологической обратной связи и танцевально-двигательной терапии в профилактике химических аддикций у юношей.

Используя метод БОС в качестве способа профилактического воздействия химической зависимости у юношей, можно влиять на оптимизацию психофизиологических функций организма, учитывая его индивидуальные особенности [2]. Посредством данного метода информация о параметрах психофизиологических процессов, протекающих в организме человека и, как правило, не осознаваемых им, становится легко воспринимаемой и вполне доступной осознанному изменению в заданном направлении [9]. В процессе регулярных занятий с использованием аппарата БОС у человека развиваются физиологические и биохимические реакции, противоположные тем, что возникают при стрессорных состояниях [12]. Особое значение тренингов-БОС заключается в неспецифическом терапевтическом эффекте – уменьшении эмоциональной напряженности [8], что особенно значимо в профилактике аддиктивного поведения. Метод БОС эффективен и в работе над повышением уровня саморегуляции, что особенно актуально для юношей, поскольку проблема саморегуляции является одной из ключевых в этом возрасте и наиболее часто приводит к развитию химических аддикций.

В целом, психофизиологический метод БОС может быть эффективен в обучении навыкам управления собственным психоэмоциональным состоянием, повышению уровня саморегуляции и снижению эмоциональной напряженности, что имеет большую значимость в профилактике аддиктивного поведения у юношей.

Для того, чтобы закрепить эффекты, выработанные посредством метода БОС, а также активизировать мотивационную и социально-коммуникативную личностные составляющие у юношей, целесообразно наряду с БОС использовать психотерапевтический метод ТДТ, основанного на признании взаимосвязи телесной и психической составляющих человека. В процессе ТДТ человек как бы «переживает»

свое тело, выражая себя в танце, осуществляет контакт как с самим собой, так и с группой участников, что имеет огромный творческий, интегративный и излечивающий эффект [10]. Анализируя собственные танцевальные движения можно осознать сигналы, посылаемые собственным телом, расширить представление о себе и проанализировать специфику взаимодействия с другими людьми, поэтому ТДТ может выступать как способ узнавания себя, своих индивидуальных качеств [6]. Данный метод психотерапии позволяет снять мышечные зажимы, влиять на понижение уровня агрессии, снижение уровня тревожности, способствовать самораскрытию личности, а также снизить дискомфорт и эмоциональное напряжение [5].

В процессе ТДТ юноша при помощи танцевальных движений может выражать свое внутреннее состояние, чувства, переживания, тем самым противостоять моральному и физическому истощению, а также посредством телесных и эмоциональных контактов с другими участниками танцевального процесса – развивать коммуникативные навыки, отстаивать собственную позицию, противостоять влиянию. Особенно ценно применение ТДТ именно в профилактике аддиктивного поведения, пока у юноши не искажены различные ощущения и рефлексия посредством употребления алкогольных, наркотических и иных психоактивных средств.

Можно заключить, что у юношей посредством ТДТ может совершаться процесс становления личностных свойств: формироваться эмоциональная устойчивость, адекватное чувство идентичности, развиваться коммуникативные навыки и уверенность в себе.

Таким образом, посредством занятий методом БОС основными аспектами профилактики химических аддикций у лиц юношеского возраста будут: снятие психоэмоционального напряжения, повышение уровня саморегуляции, освоение навыков управления собственным внутренним состоянием и поведением. Метод ТДТ направлен на снижение уровня тревожности, изучение себя и собственных качеств, становление адекватной идентичности и формирование социальных взаимодействий. совместное использование техник психофизиологического метода БОС и психотерапевтического – ТДТ характеризуется их взаимодополняющим действием, что может способствовать более высокой эффективности в профилактике химических аддикций у юношей.

Литература:

1. Ани́ский В.Н., Гарбер А.И., Иванов Д.В., Попов Ю.М. Анализ эффективности метода биологической обратной связи в профилактике употребления психоактивных веществ подростками // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2016. Т. 5. №1. С. 159–163.
2. Балашова Н.А., Золотухина А.Ю., Симонов С.Н. Изучение пролонгированного влияния БОС-тренинга на психофизиологический статус студентов // Вестник ТГУ. 2012. Т.17. Вып.3. С. 938–943.
3. Вознюк Ю.С. Психологические особенности формирования и утверждения личности юношеского возраста // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по матер. LVI-LVII междунар. науч.-практ. конф. Новосибирск: СибАК. 2015. №9–10. С. 42–49.
4. Дорофеева Ю.А. Психологические и возрастные особенности студенческого возраста // Приволжский научный вестник. 2015. №4-2. С. 41–43.
5. Игнатенко И.В., Ожиганова Ю.М. Психолого-педагогические технологии стационарной реабилитации подростков, склонных к девиантному и делинквентному поведению // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения: материалы международных научно-практических конференций, апрель 2016 года / под общ. ред. Ю. П. Платонова. СПб: СПбГИПСР. 2016. С. 430–433.
6. Ионина О.С. Танцевально-двигательная терапия как направление подготовки практического психолога // Современное профессиональное образование: проблемы, прогнозы, решения. Сборник докладов международной научно-практической заочной конференции 16 мая 2016 г. ФГБНУ «Институт проблем национальной и малокомплектной школы Российской академии образования» Научно-образовательный центр «Знание». Под научной редакцией Ф.Ш. Мухаметзяновой. 2016. С. 214–217.
7. Новикова Г.А., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Оценка нарушения социально-психологической адаптации подростков вследствие пивной алкоголизации // Наркология. 2012. Т. 11. № 7 (127). С. 40-44.
8. Плоткин Ф.Б. Биологическая обратная связь и ее применение в аддиктологии // Наркология. 2010. Т. 9. № 4. С. 102–113.

9. Соловьев А.Г., Киворкова А.Ю. Коррекция психоэмоционального состояния жен военнослужащих с применением биологической обратной связи // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. № 4 (89). С. 102-105.

10. Шалагинова К.С. Опыт работы с подростками по развитию социального интеллекта средствами танцевальной терапии // Эффективность деятельности психолога: проблемы, критерии, пути повышения: сборник научных трудов по материалам I Международной научно-практической конференции 28 сентября 2017. Нижний Новгород: Научно-издательский центр «Открытое знание». 2017. С. 30–42.

11. Яковлев Н. М., Косицкая З. В., Лебедев А. А., Шабанов П. Д. Агрессивное поведение подростков. Механизмы компенсации внутриличностного конфликта на основе метода адаптивной саморегуляции с обратной связью // Обзоры по клинической фармакологии и лекарственной терапии. 2009. Т. 7. № 2. С. 22–50.

12. Яковлев О.Г., Стоволокова Т.А., Сухобрус Е.А., Кардашева Г.С. Использование методов компьютерного биоуправления в лечении стресс-зависимых заболеваний // Вестник медицинского института РЕАВИЗ. 2014. № 4. С. 44–47.

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

**Бежанидзе А.М., Ожигина А.А., студентки 5 курса лечебного
факультета**

Научный руководитель: д.м.н., проф. Меньшикова Л.И.

**ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск**

По определению ВОЗ репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех сферах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов. Одна

из важнейших задач государства в области социальной политики – улучшение репродуктивного здоровья нации.

Инфертильность, то есть неспособность иметь потомство, является тяжелым состоянием, нарушающим социальную и психологическую адаптацию человека, влияющим на его здоровье и качество жизни. В силу этого бесплодие в семье остается одной из важнейших медицинских и государственных проблем [6].

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) [4] дают шанс бездетным супружеским парам стать счастливыми родителями. Наиболее распространенными ВРТ являются ЭКО, суррогатное материнство. Пока к редким ВРТ относится рождение ребенка «от трех родителей». В апреле 2016 года в Мексике появился на свет ребенок, зачатие которого происходило с использованием митохондриальной ДНК третьего человека. Метод «трех родителей» заключается в пересадке ДНК митохондрий от женщины-донора в яйцеклетку матери. В результате ребенок получает митохондриальную ДНК от третьей стороны. Ученые полагают, что это позволяет избежать влияния мутаций со стороны матери, которые могут привести к таким заболеваниям, как синдром диабета и глухота. Операцию проводил в Мексике американский хирург Джон Чан (John Zhang). Место было выбрано в силу того, что законы США пока запрещают применение методики. К Чану обратилась иорданская пара, чьи два ребенка скончались от синдрома Лея – наследственного заболевания, которое сопровождается нейророболическим синдромом. Необходимость зачатия от трех родителей объяснялась наличием отвечающих за развитие болезни генов в материнской митохондриальной ДНК. В ходе операции Чан перенес ДНК митохондрий женщины-донора в яйцеклетку матери, обезопасив ее тем самым от синдрома Лея. На момент публикации ребенку исполнилось пять месяцев, и негативных факторов здоровья у него не зафиксировали [7].

Метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) является одним из современных и действенных способов борьбы с бесплодием. Благодаря программе экстракорпорального оплодотворения, многие семейные пары уже получили возможность иметь собственных здоровых детей [1,2]. Сегодня в России насчитывается порядка 120 частных и государственных медучреждений, в которых практикуется как бесплатное, так и платное ЭКО.

Жительницы Архангельска и Архангельской области тоже имеют возможность воспользоваться процедурой ЭКО в частных медицинских центрах, которые работают в системе обязательного медицинского страхования, т.е. процедура ЭКО может быть проведена бесплатно. В ближайшем будущем в Архангельске открывается Перинатальный центр, в котором также будет проводиться процедура ЭКО.

Процедура ЭКО относится к высокотехнологичной медицинской помощи. Показаниями для проведения ЭКО в рамках базовой программы ОМС являются:

а) бесплодие, не поддающееся лечению, в том числе с использованием методов эндоскопической и гормональной коррекции нарушений репродуктивной функции мужчины и женщины в течение 9-12 месяцев с момента установления диагноза;

б) заболевания, при которых наступление беременности невозможно без использования ЭКО.

Обследование и подготовка пациентов для оказания медицинской помощи с использованием вспомогательных репродуктивных технологий осуществляется в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи [3]. При выявлении показаний к процедуре ЭКО, отсутствии ограничений и противопоказаний врач акушер-гинеколог медицинской организации оформляет для предоставления на Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры ЭКО следующие документы: направление на Комиссию по отбору пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения; лист обследования пациента; выписка из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях; лист маршрутизации пациента для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения.

При отсутствии беременности после проведения процедуры ЭКО пациенты могут повторно включаться в листы ожидания при условии соблюдения очередности.

В случае наступления беременности после проведения процедуры ЭКО беременная женщина обеспечивается необходимой меди-

цинской помощью в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» [5].

При обращении в Комитет или Министерство Здравоохранения региона пациент может самостоятельно выбрать клинику для проведения процедуры ЭКО: ему предоставляется список медучреждений, входящих в реестр медицинских учреждений, оказывающих услуги по ОМС [3]. Если гражданин получает устный или письменный отказ в получении направления в ту клинику, которую он выбрал, по причине отсутствия квот в этой клинике или любой другой причине, пациент имеет право обратиться в целях защиты своих прав и законных интересов в свою страховую кампанию, в министерство (департамент) здравоохранения и в органы прокуратуры с письменной жалобой. И всегда есть судебная защита нарушенных прав и законных интересов путем направления искового заявления в суд.

В медицинских центрах Архангельска оказываются все основные манипуляции для ЭКО и применяются инновационные ВРТ. Однако в Архангельске не оказываются такие услуги как предимплантационная генетическая диагностика и предимплантационный генетический скрининг – процедуры, которые позволяют проводить исследования на мутации в последовательности определенных генов или анеуплоидий перед процедурой подсадки нормального по исследуемым хромосомам эмбриона в матку. Для проведения этих исследований привлекаются ведущие клиники г. Санкт-Петербурга.

За последние три года с 2015 по 2017гг. в медицинских центрах г. Архангельска, в рамках программы ОМС, т.е. бесплатно для пациента, проведено более 1200 процедур ЭКО. Количество выделяемых «квот» в рамках базовой программы ОМС год от года увеличивается, что повышает доступность данного вида медицинской помощи.

Таким образом, использование вспомогательных репродуктивных технологий, в частности ЭКО, способствует улучшению демографической ситуации в регионе.

Литература:

1. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению [Электронный ресурс] : руководство / Под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко. – 2-е изд. испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.

2. Клинические аспекты лечения бесплодия в браке. Диагностика и терапевтические программы с использованием методов восстанов-

ления естественной фертильности и вспомогательных репродуктивных технологий. [Электронный ресурс] / Краснопольская К.В., Назаренко Т.А. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.

3. О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению [Текст]: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 августа 2012 г. № 107н

4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Текст]: Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) // Статья 55. Применение вспомогательных репродуктивных технологий

5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 года № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»

6. Семейный кодекс Российской Федерации» от 29.12.1995 N 223-ФЗ (ред. от 01.05.2017)

7. Zhang, X., and Wang, S. (2016). From the first human gene-editing to the birth of three-parent baby. *Sci China Life Sci* 59, 1341–1342.

ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Бежанидзе А.М., Ожигина А.А.,

студентки 5 курса лечебного факультета

Научный руководитель: к.м.н., доц. каф. общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Мордовский Э.А.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения

Российской Федерации, г. Архангельск

Резюме. В тезисе представлена характеристика физической активности обучающихся в медицинском вузе. На основе инструмента IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) разработана анкета «Оценка физической активности обучающихся в медицинском

вузе»; проведено анкетирование 194 обучающихся в медицинском вузе в возрасте 20-30 лет. Результаты исследования свидетельствуют о наличии признаков гиподинамии у большинства обучающихся, что актуализирует задачу организации их консультирования по вопросам формирования здорового образа жизни.

Введение. В настоящее время в Российской Федерации одним из основных принципов охраны здоровья граждан является приоритет профилактики, комплекс мероприятий по реализации которого регламентирован Федеральным законом N 323-ФЗ от 21.11.2011 (ред. от 29.12.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и рядом других нормативно-правовых актов. К методам обеспечения приоритета профилактики относят формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) граждан [1]. Важным компонентом ЗОЖ граждан любого возраста является достаточный уровень физической активности. По определению, данному экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), физическая активность – это «какое-либо движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии, включая активность во время работы, игр, выполнения домашней работы, поездок и рекреационных занятий». [2] Имеющиеся научные данные свидетельствуют о том, что физически активные люди имеют более высокий статус здоровья, у них снижен риск развития ряда хронических заболеваний, сопровождающихся временной или стойкой утратой трудоспособности. Таким образом, оценка уровня физической активности населения остаётся актуальной проблемой.

Цель исследования: оценить уровень физической активности обучающихся в медицинском вузе.

Материалы и методы. В соответствии с инструментом IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) разработана авторская анкета «Оценки физической активности (ФА) обучающихся в медицинском вузе»; проведено социологическое исследование методом анкетирования среди 194 обучающихся в возрасте 20-30 лет. Оценивались следующие параметры ФА:

– объем интенсивной физической нагрузки (количество эпизодов интенсивных физических нагрузок в неделю и их продолжительность);

- объем неинтенсивной физической нагрузки (количество эпизодов неинтенсивных нагрузок в неделю и их продолжительность);
- количество пеших прогулок в неделю и их продолжительность;
- время, проводимое в сидячем положении [3].

В исследовании приняли участие 194 студента 4 курса лечебного и педиатрического факультетов ФГБОУ ВО «СГМУ» (г. Архангельск) Минздрава России. Среди опрошенных было 55 мужчин (28%) и 138 женщин (71,1%); 1 человек пол не указал. Средний возраст опрошенных составил 21,5 лет. Большинство (72,2%) опрошенных проживали в Архангельской области, 8,7% – в Вологодской области, 3,1% – в Республике Коми, 5,7% – в других регионах.

Результаты. Среди опрошенных частота занятий с интенсивной физической нагрузкой 1 раз в неделю отмечена у 13,92% респондентов; 2 дня в неделю – у 32,47% респондентов; 3 раза в неделю – у 22,16% респондентов; 4 раза в неделю – у 8,25% респондентов; 5 раз в неделю – у 1,55% респондентов; 6 раз в неделю – у 1,55% респондентов; 7 раз в неделю – у 2,58% респондентов. Средняя длительность эпизода интенсивной физической нагрузки до 10 мин отмечена у 5,2% респондентов; 10-20 мин – у 12,0% респондентов; 20-40 мин – 22,2% респондентов; 40-60 мин – у 27,3% респондентов; 1 час и более – у 23,2% респондентов.

Среди опрошенных частота занятий с неинтенсивной физической нагрузкой 1 раз в неделю отмечена у 10,82% респондентов; 2 раза в неделю – у 23,71% респондентов; 3 раза в неделю – у 15,46% респондентов; 4 раза в неделю – у 6,19% респондентов; 5 раз в неделю – у 5,67% респондентов; 6 раз в неделю – у 4,12% респондентов; 7 раз в неделю – у 10,82% респондентов. Средняя длительность неинтенсивной физической нагрузки до 20 мин отмечена у каждого четвертого респондента (23,2%); 20-40 мин – у 27,3% респондентов; 40-60 мин – у 20,1% респондентов; 60-90 мин – у 7,2% респондентов; 1,5 часа и более – у 7,7% респондентов.

Среди опрошенных частота ходьбы пешком 1 раз в течение недели отмечена у 3,61% респондентов; 2 раза в неделю – у 3,61% респондентов; 3 раза в неделю – у 6,19% респондентов; 4 раза в неделю – у 8,25% респондентов; 5 раз в неделю – у 6,70% респондентов; 6 раз в неделю – у 6,19% респондентов; 7 раз в неделю – у 57,73% ре-

спондентов. Средняя длительность пеших прогулок до 20 минут отмечалась у 9,3% респондентов; от 20 до 40 минут у 33,01% респондентов; от 40 до 60 минут у 20,6% респондентов; от 60 до 90 минут у 22,7% респондентов; от 1,5 часов и более – у 7,2% респондентов.

Среди опрошенных в сидячем положении более 8 часов в день проводят 41,8% респондентов; 7-8 часов в день – 13,4% респондентов; 6-7 часов в день – 16,0% респондентов; 5-6 часов в день – 7,7% респондентов; 4-5 часов в день – 7,2% респондентов; 3-4 часа в день – 5,2% респондентов; 1-3 часа в день – 1,0% респондентов; менее 1 часа в день – 0,5% респондентов.

Следует также отметить, что 14,95% респондентов (29 человек) ни разу в неделю не занимаются интенсивной физической нагрузкой, 11,34% (22 человека) отрицают наличие даже неинтенсивной физической нагрузки; 4,64% респондентов (9 человек) не ходят пешком.

Подводя итог, отметим, что для большинства респондентов уровень физической активности согласно IPAQ варьировал в диапазоне 17-20 баллов, что соответствует гиподинамии (для лиц молодого возраста и подростков показатель должен составлять не менее 21-го балла).

Выводы.

1. Большинство респондентов имеет интенсивные физические нагрузки в среднем 2-3 раза в неделю по 40-60 минут; неинтенсивные – в среднем 2-3 раза в неделю по 20-40 минут. Ходьба пешком в среднем занимает 20-40 минут в день с частотой 5-6 дней в неделю. Ежедневно большинство респондентов проводит в сидячем положении более 8 часов.

2. Для большинства респондентов уровень физической активности согласно IPAQ варьировал в диапазоне 17-20 баллов, что соответствует состоянию гиподинамии.

3. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости разработки и реализации в группе обучающихся в вузе профилактических программ, направленных на повышение уровня физической активности.

Литература:

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ (ред. от

05.12.2017). [Интернет]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (Дата обращения: 15.02.2018).

2. EUROHIS: Разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья. Москва, Права человека; 2005. 193 с.

ОБРАЗ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ СГМУ

Бецко А.Р., студентка СГМУ

Научный руководитель: д.м.н., проф. Санников А.Л.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Архангельск

Обучение студента ВУЗа является особым этапом его профессионального становления. В государственных документах отмечается, что будущее России определяется компетентностью, профессионализмом, мобильностью молодых специалистов, умением эффективно работать на уровне мировых стандартов, современным мышлением, способностью к успешной самореализации в профессиональной сфере и организации собственного здорового образа жизни.

В основе формирования здорового образа жизни лежат следующие принципы поведения: оптимальная двигательная активность; эффективная организация учебно-трудовой деятельности; рациональное питание; образ жизни, соответствующий биологическим ритмам человека; отказ от вредных привычек; выработка положительных эмоций [3].

Однако, анализ фактических материалов о жизнедеятельности студентов свидетельствует о ее неупорядоченности и хаотичной организации. Проявлениями этого являются систематическое недосыпание, вызванное напряженной учебной, несвоевременный прием пищи, обусловленный необходимостью самостоятельной заботы о своем питании, недостаточная двигательная активность, вызванная отсутствием времени на постоянные занятия спортом, малое пребывание на свежем воздухе, курение и злоупотребление алкоголем [4].

На основании принципов здорового образа жизни, рассмотрим образ жизни студентов, обучающихся в ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет».

По данным опроса 2013 года было выяснено, что большинство студентов предпочитает малоподвижный образ жизни: менее 30 мин в день ходят только 3 (3,8%) опрошенных, от 30 до 60 мин ходят 50 (64,9%) респондентов, и более 60 мин ходят 24 (31,3%) студента; утреннюю гимнастику выполняют ежедневно 16 (20,7%) студентов, 2-3 раза в неделю – 34 (44,1%) опрошенных, 1 раз в неделю – 13 (16,8%) респондентов, и 14 (18,4%) молодых людей не делали упражнения совсем; дополнительно посещали спортивные учреждения 3-4 раза в неделю 22 (28,5%) девушек и юношей.

По данным организации учебно-трудовой деятельности: подготовка к занятиям занимает до 20% свободного времени у большинства опрошенных (85,7%), остальные 11 (14,3%) тратят на самоподготовку до 50% досуга [5].

Результаты анкетирования по вопросам питания: 40 (51,9%) опрошенных питались 1-2 раза в день. Завтракали редко 30 (38,9%) респондентов [6].

По данным анкетирования студентов в марте 2017г. остается актуальной проблема злоупотребления алкоголем и наркотиками.

Для респондентов характерна большая восприимчивость к социальным процессам, происходящим в развитых странах. Это выразилось, прежде всего, в использовании различных сексуальных техник, частой (1 раз в 3 месяца и чаще) смене полового партнера, опыте гомосексуальных отношений. Коммерческий секс характерен как для студентов женского, так и мужского пола. Следует отметить, что примерно у трети респондентов к моменту проведения опроса еще не было полового дебюта, а большинство живущих половой жизнью студентов впервые имели сексуальные отношения в возрасте 18 лет [1].

Очевидные опасности чрезмерного увлечения сети Интернет осознаются не всеми респондентами. Мнимым недостатком сетевой деятельности называют возможность формирования зависимого поведения 10% мужчин и 6,7% женщин, пагубного ее влияния на уровень владения литературным языком (30,0 и 3,3% соответственно), постепенного снижения частоты и интенсивности социальных контактов в реальном мире (20,0 и 33,3%), бессодержательных временных затрат (30,0 и 6,7%). По показателю среднесуточного количества времени присутствия в сети Интернет женщины опережают

мужчин ($7,3 \pm 0,77$ против $5,9 \pm 0,59$ часа). Со значительной частотой в ответах респондентов находят отражение факты пренебрежения полноценным ночным отдыхом, связанным с сетевым времяпрепровождением, подтверждают такие 191 ситуации 80,0 % мужчин и 73,3 % женщин. Около 70,0 % мужчин и женщин отмечают снижение остроты зрения и связывают это с чрезмерным использованием компьютерной техники. В ситуации необходимости выбора между выполнением необходимой учебной работы и активным присутствием в сети большинство опрошенных склонны выбирать второе [2].

Как показывают проведенные исследования, образ жизни студентов СГМУ нельзя назвать правильным. Студенческая молодежь нуждается в пропаганде здорового образа жизни и гигиеническом воспитании. Ведь освоение принципов здорового образа жизни актуально не только для них, но и для будущих пациентов.

Литература:

1. Балаева Т.В., Санников А.Л. Распространенность вредных привычек и особенности репродуктивного поведения у студентов медицинского университета // Общественное здоровье и здравоохранение: преемственность науки и практики. 2017. №1. С. 19-22.

2. Григорович В.В. Интернет как форма социальной коммуникации молодежи: преимущества и недостатки // Общественное здоровье и здравоохранение: преемственность науки и практики. 2017. №1. С. 190-191.

3. Красноперова Н.А. Ориентирование студента на здоровый образ жизни в процессе профессионального становления: автореф. дис. ... канд. пед. наук. Красноярск, 2004. – 21с.

4. Малкова О.В., Неверова Т.В., Ликаркин М.В., Главацкий Х.А. Социально-медицинские проблемы студенческой молодежи // Общественное здоровье и здравоохранение: наука, практика, учебная дисциплина. 2015. №1. С. 197-200.

5. Суханова Н.С., Хлопина И.А., Плакуев А.Н. структура использования свободного времени у студентов первокурсников СГМУ // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. 2013. №2. 68-69.

6. Хлопин К.С. Особенности образа жизни у студентов СГМУ // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. 2014. №1. С. 210-211.

МОБИЛЬНОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ «ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И СВОЕВРЕМЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ»

Богомол В. В., Демченко Ю.В.,

студентки 5 курса педиатрического факультета

Научный руководитель: к.м.н., доц. каф. общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Игнатова О.А.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Архангельск

Информационные технологии активно внедряются в различные сферы жизнедеятельности, включая здравоохранение, что приводит к кардинальному изменению качества жизни людей. Мобильное здравоохранение (mHealth) – одно из перспективных, динамично развивающихся направлений электронного здравоохранения (eHealth), целью которого является предоставление мобильных и беспроводных технологий для информационной поддержки в области здравоохранения, оказания медицинских услуг и обеспечения здорового образа жизни [2].

Все многообразие мобильных технологий условно можно разделить на несколько групп: профилактика заболеваний, определение различных диагностических параметров, контроль течения заболевания и эффективности лечения, консультативная поддержка, телемедицина. Новые технологии открывают перед здравоохранением широкие перспективы, возможность совершенствования качества и доступности медицинской помощи [3].

Особую актуальность развитие мобильного здравоохранения имеет для Архангельской области, имеющей сложные климато-географические особенности (большая протяженность, наличие водных преград, малое количество дорог с твердым покрытием, наличие труднодоступных населенных пунктов с низкой доступностью медицинской помощи), что не позволяет своевременно получать медицинскую помощь и осуществлять профилактические мероприятия.

Цель работы: разработка мобильного приложения по профилактике заболеваний и оказанию первой помощи.

В ходе работы были изучены понятия мобильного здравоохранения и его виды, проанализированы данные по заболеваемости сер-

дечно-сосудистой патологией в Архангельской области. На основе анкетирования проведен анализ информированности населения по вопросам профилактики заболеваний, разработаны мобильные приложения по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и оказанию первой помощи.

Сердечно-сосудистые занимают первое место в структуре хронических заболеваний населения и являются самой частой причиной смертности населения. Болезнями системы кровообращения страдает каждый 3-й взрослый житель Архангельской области (299,6 на 1000 соответствующего населения). Среди всех страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями 68 % приходится на долю лиц старше трудоспособного возраста.

Заболеваемость сердечно-сосудистой патологией имеет тенденцию непрерывного роста, что объясняется улучшением выявляемости заболеваний (результаты проведения диспансеризации, реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, работы школ артериальной гипертонии, центров здоровья). Наиболее часто среди взрослого населения Архангельской области встречается артериальная гипертония, на долю которой приходится 42 % среди всех болезней системы кровообращения.

Своевременная профилактика и вовремя оказанная первая помощь при острых сердечно-сосудистых состояниях (обмороки, коллапсы, острые инфаркты и инсульты) может предотвратить гибель человека и не допустить стойкой утраты его трудоспособности [1].

Для выяснения информированности населения по вопросам профилактики заболеваний и первой помощи нами было проведено тестирование 75 человек. Тестирование проводилось в 3 группах: первая группа – возраст от 15 до 18 лет (n=25), вторая группа от 25 до 28 лет (n=25), и третья от 35 до 38 лет (n=25), Результаты тестирования свидетельствуют о достаточно низком уровне знаний по данному вопросу у населения, так как 65% тестируемых не справились с поставленной задачей. При этом 100% тестируемых при себе имели мобильный телефон.

На основе полученных данных было разработано приложение для мобильных телефонов, с помощью которого возможно воспол-

нить пробелы в знаниях. Задачами приложения является профилактика заболеваний и пропаганда здорового образа жизни; информирование населения о возможных факторах риска и ранних маркерах развития заболеваний; расчет отдельных диагностических показателей и физиологических параметров (медицинские калькуляторы); консультативная (информационная) поддержка пациентов.

Наше приложение предоставляет информацию о правильном питании, таблицы калорийности продуктов, программу расчета суточной потребности в калориях и определение индекса массы тела, а также комплексы физических упражнений как в домашних условиях, так и на свежем воздухе, методы закаливания, борьбы с вредными привычками и стрессовыми ситуациями.

Приложение позволяет измерять артериальное давление, пульс, температуру тела с помощью мобильного телефона, вести личный дневник, который предоставит возможность отразить текущее состояние пользователя. Помимо этого, пользователь может воспользоваться алгоритмом действий по оказанию первой помощи пострадавшему для своевременной профилактики осложнений.

На стартовой странице приложения пользователю предлагается список заболеваний, к примеру, он выбирает профилактику сердечно-сосудистых заболеваний. Приложение запрашивает параметры роста и массы тела, затем рассчитывает индекс массы тела, подбирает вариант диеты, отображает сколько калорий необходимо в сутки. Далее приложение предоставляет необходимый комплекс упражнений на каждый день. После окончания тренировки пользователю предлагается измерить артериальное давление, частоту сердечных сокращений и записать показатели в личный дневник.

Таким образом, что мобильное здравоохранение является одним из значимых проектов в медицине, который позволяет значительно повысить доступность и качество медицинской помощи, информированность общества, упростить диагностические процедуры, уменьшить финансовые расходы и улучшить управление системой здравоохранения в целом.

Разработанное приложение может сделать более эффективными профилактику и раннюю диагностику заболеваний, а также позволит человеку самостоятельно следить за состоянием своего здоровья.

Литература:

1. Информационный бюллетень №317 «Сердечно-сосудистые заболевания» [Электронный ресурс]// URL <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/> (дата обращения 02.02.2018).
2. Никитин П.В., Шостак Н.А. Мобильное здравоохранение: возможности, проблемы, перспективы // Клиницист. 2015. 9(4): с. 13-21.
3. Новые горизонты здравоохранения через технологии мобильной связи / Доклад о результатах второго глобального обследования в области электронного здравоохранения. ВОЗ. 2013.

ПОПУЛЯРИЗАЦИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РАБОТАХ РУССКИХ ПИСАТЕЛЕЙ, УЧЁНЫХ И ВРАЧЕЙ

Верещагина Л.В., студентка 4 курса 2 группы педиатрического факультета

Научный руководитель: профессор, д. м. н., Санников А. Л.
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Архангельск

«Цель врачей – вылечить людские недуги.
А вот здоровье нужно добывать самостоятельно
путем физических упражнений и
формированием упорного характера».

Н.М. Амосов

Образ жизни оказывает огромное влияние на здоровье человека. Эту истину знают даже дети. Встречая человека, мы сразу понимаем какой образ жизни ведёт человек, занимается ли физическими упражнениями. И чем старше человек, тем яснее это понимание.

Великие мыслители древности Аристотель, Платон, Сократ отмечали влияние движения на организм. Они сами до глубокой старости занимались гимнастикой. Ожиревших римлян знаменитый врач Гален заставлял копать землю, косить, делать гимнастику, бегать [1].

В славянской культуре забота о здоровье представляла собой одну из высших ценностей. Известный русский ученый и писатель В. И. Даль приводит в своем сборнике некоторые пословицы русского народа интересные своим отношением к проблеме укрепления и формирования здоровья: «Здоровье всего дороже. Здоровье дороже богатства. Здоровью цены нет. Здоровья не купишь... Здоровому все здорово... Береги платье снову, а здоровье смолоду» [2].

Передовые люди России XVIII века говорили о необходимости движения для сохранения здоровья, призывали к борьбе с болезнями и оздоровлению населения. Первым поднял голос в защиту здоровья русского народа М.В. Ломоносов. Он сам отличался большой физической силой и атлетическим сложением. Ломоносов считал необходимым «стараться всячески быть в движении тела». Он думал ввести олимпийские игры в России. Учёный, также, говорил о пользе двигательной активности после напряжённой умственной работы [3].

В течение всей своей жизни, великий русский учёный М. В. Ломоносов не изменял своим пристрастиям к занятиям физической культурой. Весовые гири сопровождали его всю жизнь. Он постоянно разминался с ними, даже когда испытывал недомогание. Причём М. В. Ломоносов видел пользу от гирь относительно небольшого веса (6–8 кг) при большом количестве повторений (30–40 раз) и при углублённом дыхании. Тем самым, он первым проник в самую глубинную суть полезности гиревого спорта. Умеренность в еде и физические упражнения обеспечили М. В. Ломоносову фантастическую работоспособность. Он настолько увлёкся этим направлением, что вырабатывал рекомендации по здоровому образу жизни нации, оздоровлению народонаселения крепостной России, укреплению единства нации и боеспособности армии [4].

А.И. Радищев глубоко верил, что физическим воспитанием можно «укрепить тело, а с ним и дух». А.В. Суворов ввёл военную гимнастику, закаливал войска. Л.Н. Толстой увлекался ездой на лошади и велосипеде. В 82 года он за день совершал верхом прогулки по 20 и более вёрст. О своей страсти к физическим занятиям он писал, что при усидчивой умственной работе без движения и телесного труда – сущее горе. Максим Горький увлекался греблей, плаванием, зимой катался на коньках и ходил на лыжах. И.П. Павлов до глубокой ста-

рости занимался спортом и любил физический труд. Он много лет руководил гимнастическим кружком врачей в Петербурге [4].

Академик Николай Михайлович Амосов – знаменитый хирург – не только с большим энтузиазмом призывал людей вести здоровый образ жизни, но и сам был ярким приверженцем физической культуры. И в течение всей своей жизни, до последнего дня сам следовал своему учению «ограничения режима и нагрузок». Вот что он писал: «Первобытный человек шагом почти не ходил, а бегал, как и все звери. На шаг его перевела цивилизация. Те отличные резервы, которые создала природа в человеке, запрограммированы в нас очень хитро. Резервы существуют только до тех пор, пока человек максимально их использует, упражняет. Но как только упражнения прекращаются, резервы тают. Это давно известно. Попробуйте уложить здорового человека на месяц в постель, так, чтобы он ни на секунду не вставал, – получите инвалида, разучившегося ходить. Полмесяца потребуется, чтобы поставить его на ноги и унять страшное сердцебиение» [5]. «Каждый знает, что такое болезни. Человек имеет очень прочную природу. Конечно, мелкие заболевания неизбежны, а вот серьезные случаются только из-за плохого образа жизни и отсутствия тренировок. Ежедневные упражнения минимум по полчаса способны продлить человеческое существование», – писал Н.М. Амосов [6].

Систематические занятия физической культурой и спортом всех слоев населения, любой физической подготовленности, имеющих отклонения в состоянии здоровья, и не имеющих, не только расширяют функциональные возможности, оздоравливают организм, улучшают деятельность опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма, но и благоприятно воздействуют на психику, мобилизуют волю, возвращают людям с ограниченными физическими возможностями чувство социальной защищенности и полезности [7].

Забота о развитии физической культуры и спорта является важнейшей составляющей социальной политики государства, обеспечивающей воплощение в жизнь гуманистических идеалов, ценностей и норм, дающей широкий простор для выявления способностей людей, удовлетворения их интересов и потребностей, активизации человеческого фактора [7].

Однако в настоящее время физической культурой и спортом в стране занимаются всего 8–10 % населения, тогда как в экономически развитых странах мира этот показатель достигает 40–60 % [7]. Распространенность гиподинамии среди школьников достигла 80 %. Повальное увлечение компьютерными играми, нежелание родителей заниматься вместе с детьми физкультурой и спортом играют немаловажную, негативную роль в развитии гиподинамии [7].

Тренированные люди чаще следят за своим питанием и легче избавляются от таких вредных привычек, как курение и потребление алкоголя, они здоровее психически. Тренированность придает человеку уверенность в себе, бодрость и улучшает его внешний облик. Тренированный человек острее чувствует свое здоровье, тренированные люди меньше подвержены стрессу. Они лучше справляются с беспокойством, тревогой, угнетенностью, фрустрацией, гневом и страхом. Они не только способны легче расслабляться, но и умеют снимать напряжение с помощью определенных упражнений. Тренированные люди лучше сопротивляются болезням, например, обычной простуде. Они реже сидят на больничном и тратят меньше денег на лечение. Они лучше спят: им легче заснуть, сон у них крепче, и, проснувшись, они чувствуют себя свежее. Им требуется меньше времени на то, чтобы выспаться. Люди, ведущие активный образ жизни, могут рассчитывать на то, что проживут дольше, чем те, кто проводит свою жизнь сидя. Как считают некоторые физиологи, каждый час физической активности продлевает жизнь человека на два или три часа. Если так, то некоторые люди продлевают себе жизнь на целых 5–10 лет [7].

Примеров того, что физические упражнения оказывают колоссальное оздоровительное влияние влияют на уровень здоровья и качество жизни, можно привести миллион! Так сколько же ещё авторитетных мнений надо сотворить миру, чтобы убедить человеческую лень в необходимости ежедневно подвергать себя физическим упражнениям? Ведь жить хорошо хочется в любом возрасте и не просто хорошо, но и с достойным качеством жизни: путешествовать, заниматься любимым делом, радоваться детям, внукам, а не ходить бесконечно по поликлиникам и тратить невероятные суммы на лекарства. Нет здоровья – нет жизни! Все знают – но никто не делает!

Всё-таки чём причина? В менталитете, невежестве, психологии, в убеждениях или отсутствии таковых, недостаток мотивации?

Самая острая и требующая срочного решения проблема – низкая физическая подготовленность всех слоёв населения страны. Реальный объём двигательной активности среднестатистических людей не обеспечивает сохранения и укрепления здоровья.

Если посмотреть на официальном сайте Федеральной службы государственной статистики данные о численности населения, занимающихся физической культурой, то таких данных нет. Их нет, потому что на сегодняшний день для государства этот вопрос не так актуален, как показатели смертности и заболеваемости. У нас предпочитают говорить о болезнях и смертях, но не о способах сохранения здоровья и повышения уровня физической культуры у населения. А между тем, повышение физической культуры населения напрямую ведёт к улучшению качества жизни, повышению работоспособности, а значит, к увеличению доходов населения и к снижению заболеваемости. Необходимо проводить опросы населения по вопросам занятий физической культурой. Поэтому на уровне государственной политики должно обязательно быть усилено направление по развитию физической культуры и спорта среди населения.

Литература:

1. <https://multiurok.ru/blog/vielikiie-liudi-o-pol-zie-fizichieskikh-uprazhnenii.html> 23.52 09.02.2018

2. <http://www.fond-svetoslav.ru/nasledie/zdrava/materialy/137-vospitanie-zdorovogo-obraza-zhizni-na-rusi.html> 23.52 09.02.2018

3. <https://multiurok.ru/blog/vielikiie-liudi-o-pol-zie-fizichieskikh-uprazhnenii.html> 23.52 09.02.2018

4. <https://infourok.ru/mv-lomonosov-i-fizicheskoe-vospitanie-issledovatel'skaya-rabota-2519793-page3.html> 23.52 09.02.2018

5. <http://medviki.com> 23.52 09.02.2018

6. <http://fb.ru/article/213387/nikolay-amosov-biografiya-foto-i-interesnyie-faktyi> 23.52 09.02.2018

7. Зуева И. А. Социальное значение физической культуры и спорта в условиях современного города // Молодой ученый. 2015. №15.1. С. 22-23. URL <https://moluch.ru/archive/95/21158/> (дата обращения: 09.02.2018). По материалам сайта <https://moluch.ru/archive/95/21158/> 23.52 09.02.2018

РОЛЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ В РАЗВИТИИ И ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПСИИ

Виноградова Ю. С., студентка СГМУ

Научный руководитель: д.м.н., проф. Санников А.Л.

**ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск**

По данным Доклада о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения в Архангельской области по итогам деятельности за 2016 год по заболеваемости болезнями нервной системы наблюдается прирост на 1,3% [1]. Эпилепсия – одно из самых распространенных хронических заболеваний центральной нервной системы. По оценке ВОЗ, доля общего населения с активной формой эпилепсии на данный момент времени составляет от 4 до 10 на 1000 человек [2]. Курение табака – наиболее распространенная зависимость и по данным Роспотребнадзора: в России постоянно курят 65% мужчин и 30% женщин. Эпилепсия в несколько раз чаще встречается у людей, зависимых от никотина, кроме того курение влияет на здоровье и качество жизни людей уже больных эпилепсией.

Методом целенаправленной выборки были отобраны истории болезни 130 пациентов госпитализированных в Архангельскую областную клиническую больницу с диагнозом «Эпилепсия (G40)» и «Эпилептический статус (G41)» за период с января 2016 года по май 2017 года. Выборка включала пациентов обоих полов: 77 мужчин (59%) и 53 женщины (41%). Возраст обследуемых от 18 до 76 лет. Средний возраст – 41 год. Проведен анализ анамнеза, истории развития заболевания и лечения этих пациентов [3].

По результатам проведенного анализа из 130 пациентов больше половины злоупотребляют табаком (76%), из них 56% мужчин (регулярно курят – 62%, курят периодами – 23%, бросили курить – 15%) и 23% женщин (регулярно курят – 43%, курят периодами – 38%, бросили курить – 19%).

Общеизвестно, что табакокурение повышает риск развития сосудистой патологии. У пациентов в возрастной группе от 40 до 70 лет (52% – мужчины, 48% – женщины) ведущей причиной развития

симптоматической эпилепсии стала именно сосудистая патология, 89% из этой категории зависимы от никотина в течение длительного времени. Ведущей сосудистой патологией оказался ранее перенесенный геморрагический инсульт (48%). У 44% пациентов была ранее (более 5 лет назад) установленная артериальная гипертензия, 64% из них пренебрегают гипотензивной терапией.

Так же известно, что существует риск развития симптоматической эпилепсии у людей, перенесших черепно-мозговую травму, этот риск увеличивается у курильщиков, в результате повышенной чувствительности к никотину в эпилептогенном очаге. У 15% отобранных пациентов (84% – мужчины, 16% – женщины) симптоматическая эпилепсия развилась в связи с черепно-мозговой травмой, 91% из этой категории курили табак в острый или подострый период черепно-мозговой травмы.

По результатам анализа лечения пациентов с эпилепсией, у 84% (47% – женщины, 53% – мужчины) больных избыточное курение или пропуск приема противоэпилептического препарата приводит к повышению частоты эпилептических приступов, что свидетельствует о снижении концентрации противоэпилептического препарата в крови больного эпилепсией, в результате фармакологического взаимодействия никотина и противоэпилептического препарата. У 16% (51% – женщины, 49% – мужчины) больных эпилепсией прекращение курения или резкое ограничение курения в период ремиссии приводит к возобновлению или утяжелению эпилептических припадков, что указывает на связь эпилепсии с генетической предрасположенностью (идиопатическая эпилепсия), а так же на терапевтическую роль никотина [4].

Выводы:

1. Никотин способствует возбудимости коры головного мозга, регулярное табакокурение повышает вероятность эпилептических приступов.

2. Табакокурение повышает риск развития сосудистой патологии и возбудимость в эпилептогенном очаге, возникшем после черепно-мозговой травмы, что ведет к развитию симптоматической эпилепсии.

3. Необходим индивидуальный подход к курению у больных с различным генезом эпилепсии.

4. Требуется дальнейшее изучение влияния никотина как источника новых терапевтических подходов.

5. При благоприятном воздействии курения на течение эпилепсии желателен переход на никотиновые пластыри, жевательные таблетки, электронные сигареты или ограничение курения до терапевтического эффекта.

Литература:

1. Государственный Доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в 2016 году» <http://29.rosпотребнадзор.ru/documents/web/2017/%D0%93%D0%BE%D1%81%20%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4%202016.pdf>, 13.02.18

2. Информационный бюллетень ВОЗ, Февраль 2017 <https://elibrary.ru/item.asp?id=29817890>, 13.02.18

3. Виноградова Ю.С., Сыромятникова Н.А. Симптоматическая эпилепсия у взрослого населения Архангельской области: распространенность, причины, лечение, осложнения, абилитация // Электронный научный журнал. № 6. 2011.

4. Зенков Л.Р., Шатенштейн А.А. Эпилепсия и никотин: клинические наблюдения и обзор литературы / [HTTP://YANDEX.RU/YANDSEARCH?TEXT](http://YANDEX.RU/YANDSEARCH?TEXT), 11.02.18

ЭВОЛЮЦИЯ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Дианова Д.А., студентка 4 курса лечебного факультета

Научный руководитель: д. м. н., проф. Санников А. Л.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Архангельск

Исключительность места, которое пища занимает в общественной и индивидуальной жизни человека, свидетельствует о селективной значимости форм пищевого поведения среди предков человека. Для антропогенеза питание – один из ключевых вопросов, потому что переход на преимущественно белковому питанию предков человека явился предпосылкой к гоминизации (процесс эволюционного

преобразования предка человека из числа ископаемых высших приматов в человека современного вида), поскольку без достаточного количества белков не могут развиваться мозговые структуры [2]. Изучение изменчивости пищевого поведения в динамике напрямую связано с проблемами правильного питания населения.

На протяжении тысячелетий физиологическая целесообразность (полезность) не всегда являлась критерием при выборе человеком пищевого рациона. В борьбе за выживание, особенно на ранних этапах эволюции, ему зачастую приходилось есть то, что удавалось добыть. Однако такая жизнь «впроголодь» в целом имела свое положительное значение для эволюции. Изначальное изобилие продуктов питания фатально обрекло бы людей оставаться на стадии присваивающей экономики, довольствуясь собирательством, охотой и рыболовством [3].

Исследования поведения различных представителей отряда приматов показали, что в пределах всего таксона выбор той или иной пищевой стратегии непременно сказывается на социальном поведении индивидов внутри сообщества. Это указывает на чрезвычайную важность изменчивости типов питания на самых различных стадиях антропогенеза [2].

Условно эволюцию человека можно представить в виде ряда последовательных, сменяющихся одна за другой стадий, а именно:

1. Предшественник – предки рода Номо, представляющие собой ископаемых обезьянолюдей (австралопитеков).

2. Архантропы.

3. Палеантропы – древние люди, непосредственные предки *H. sapiens*.

4. Неоантропы – ископаемые формы, связанные с культурами позднего палеолита и ныне живущие формы.

Относительно питания ранних австралопитековых нет единого мнения. В основном в рацион питания входили фрукты и листья. Увеличение объема мозга, продолжительности жизни связывается с включением большего количества животных белков в рацион. Доступным и полноценным источником животного белка можно считать трупы палых и убитых животных. То, что ранние австралопитековые могли быть некрофагами свидетельствует конкуренция со специализированными хищниками в саванновых ландшафтах [2].

Как было установлено исследованиями, архантроп, появившийся около 2,5 млн лет назад, мало чем отличался по характеру питания от человекообразной обезьяны и использовал в пищу плоды растений. Можно предположить, что это были прародители таких растений, как земляные орехи, бананы, молодые побеги бамбука и т. п. Использование животной пищи не было характерным для того периода, хотя некоторые историки не исключают использование падали (трупов мелких грызунов и других животных). Эпоха существования архантропа продолжалась более 1 млн лет [3].

От древнейшего человека произошел древний человек – палеоантроп. Около 150-30 тыс. лет назад наиболее распространенным видом гоминид стал – человек неандертальский. В основной рацион питания неандертальца входили растительная пища, приносящая плоды: картофель, кукуруза, бобовые, томаты, ямс, таро, просо, прародители пшеницы, ячменя, риса, а так же продукты животного происхождения: мясо медведя, оленя, слона, носорога. В последний период каменного века, неолит (продолжительностью около 3 – 4 тыс. лет), на смену охоте, собирательству, «присваивающему» хозяйству постепенно приходит «производящее» – земледелие и скотоводство, а с ними и термическая обработка пищи. В мустерьерский период родовой общины (эпоха матриархата) человеком для приготовления пищи сознательно стал использоваться огонь. Предполагается, что приготовление изначально было женской функцией, которая значительно повысила социальный статус женщины, обеспечила необходимой (прежде всего растительной) пищей наименее защищенных членов общества. Таким образом, одна из наиболее ранних форм гендерного поведения тоже связана с пищей. С появлением огня на кухне энергетическая и питательная ценность растительной пищи принципиально возрастает и занимает новое место в рационе мужчин [1].

В основном в рацион питания кроманьонца входила растительная пища: лесные орехи, дикие груши и ягоды, семена водяной лилии, присутствовал мед, преобладало мясо лесных животных (оленя, косули, кабана), иногда употреблялось мясо морской птицы (дикие утки, гуси, лебеди) и морских животных (киты, тюлени, скаты, акулы), рыба (щука, тряска, лосось, осетр, угорь), крабов, моллюсков.

Кроманьонцы впервые приготавливали супы. В рационе широко использовались злаковые, мясо домашних животных, яйца, молоко, так же преобладал каннибализм [1].

В конце IV века до н. э. появляются первые государства (на юго-западе Ирана, а затем в Египте). С появлением государств человечество вступило в эпоху организованной торговли и войн. Несмотря на то, что первые государства образовались в благоприятных для производства продуктов питания климатических зонах, тем не менее необходимость в проведении длительных военных походов, а также развитие торговли с отдаленными государствами способствовали сознательному производству и включению в рацион человека продуктов длительного хранения (хлебные сухие лепешки, простейшие виды высушенных творожных сыров, вяленое мясо и рыба, сушеные фрукты). Из-за неурожайности (вплоть до XIV-XV веков) голод многократно косил миллионы людей. Кроме того, голоду сопутствовали всякого рода эпидемии (голодный тиф) и другие заболевания, вызывавшие массовую гибель людей. Лишь в эпоху позднего Средневековья нехватка продуктов питания в европейских странах начинает ослабевать: наблюдавшееся развитие торговли, налаживание хранения зерна. На пищевой рацион человека в период формирования классового общества значительное влияние оказывает поваренное искусство. Появляется определенная, в чем-то даже похожая на церемонию, культура приема пищи.

В XVII веке во всей Европе и некоторых азиатских странах резко обозначаются различия между кухней господствующих классов и народной кухней. Отныне они различаются количеством пищи, ассортиментом блюд, разнообразием их подачи и количеством пищевого сырья. С индустриализацией общества в начале XX века сокращается количество сельского населения. Питание становится все более упрощенным, стандартизированным. Этот период получил название «рационалистическое питание». Оно зародилось в конце XIX века в США и широко распространилось по всему миру. После Второй мировой войны позиции рационалистического питания еще более усиливались вплоть до 70-х годов. Вместе с развитием пищепрома набирала свои обороты и медицинская сфера, цель которой была скомпенсировать последствия современного пита-

ния. Но злоупотребление лекарствами и антибиотиками, обильное использование их для лечения симптомов болезней, а не причин привели к еще большему хаосу в симбиозе человека и организмов микрофлоры [3].

Питание человека сыграло ключевую роль в процессе гоминизации. Появление и дальнейшее развитие производящего хозяйства было крупнейшим событием в истории человека. В самом общем виде, переход к производящему хозяйству вызвал увеличение растительного компонента в структуре питания человека, не внося принципиально новых компонентов. Появление прочной кухонной посуды, широкое распространение традиций варки не только изменяет вкусовые качества, но и химический состав многих видов пищи. Увеличение доли растительной пищи также изменяет количества и соотношения органических и минеральных веществ, поступающих в организм [2].

Таким образом, пищевой рацион человека претерпел сложные и многоступенчатые изменения. Нельзя не отметить положительную динамику в питании, оно стало более разнообразным и сбалансированным. Однако не стоит забывать о том, что вмешательство человека в окружающую среду приводит к загрязнению пищевого сырья и продуктов питания токсичными веществами. Многие из этих веществ могут мигрировать по пищевым цепям, приводя тем самым к пагубным последствиям.

Литература:

1. Вишняцкий Л.Б. Неандертальцы: история несостоявшегося человечества / Л.Б. Вишняцкий. СПб.: Нестор-история, 2010. С. 134-152.
2. Ивашина М.С., Никифорова В.А. Эволюционные аспекты развития рационов питания в экологии человека // Актуальные вопросы современной науки: сборник научных трудов. Выпуск 36 / Под общ. ред. С.С. Чернова. Новосибирск: Издательство ЦРНС, 2014. С. 6-14.
3. Плакуев А.Н., Санников А.Л. Нутриентное поведение человека. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2013. С. 9-21.

АДАПТИВНАЯ САМОРЕГУЛЯЦИЯ ДЫХАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ «КОМФОРТ-ЛОГО»

Евтяева О.В.

САФУ, Высшая школа психологии, педагогического образования и физической культуры, магистрант 1 года обучения

Научный руководитель: к.п.н., доцент Шлай Е.В.,

доцент кафедры специальной педагогики и психологии

ФГАОУ ВО «Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова», г. Архангельск

Нарушение речи у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) – явление достаточно распространенное, имеющее конкретные особенности, и в большинстве случаев выражено в форме дизартрии, характерными чертами которой являются затруднение звукопроизношения, нарушение тембра голоса и речевого дыхания. Данные нарушения, как правило, носят стойкий характер и сложно поддаются коррекции. В связи с чем особую актуальность приобретает внедрение инновационных методов и компьютерных тренажеров и программ, обеспечивающих своевременную и качественную абилитацию детей с ДЦП с речевыми нарушениями. Данные задачи эффективно решает современная компьютерная программы «Комфорт Лого», разработанная авторским коллективом научно-производственной фирмы «Амалтея» г. Санкт – Петербурга.

Программа «Комфорт Лого» реализует метод функционального биоуправления (ФБУ), основанный на использовании феномена биологической обратной связи (БОС). При реализации метода ФБУ происходит регистрация физиологических параметров организма, которые преобразуются в компьютерные сигналы обратной связи, воспринимаемые человеком в качестве звукового или зрительного ряда.

Преимуществами метода БОС являются: объективность, комплексность, «точность» направленности воздействия, безопасность (5 вольт), немедикаментозность, кратковременность обучения, долговременность действия.

Аппаратура программы «Комфорт Лого» включает в себя многофункциональный входной блок, прибор «Микарт», который осна-

щен кардиодатчиками, электромиографическим и температурным датчиками, посредством которых происходит прием и первичная обработка физиологических сигналов с тела человека.

Данная программа имеет несколько режимов: «Кардио-ФБУ», «ЛОГО», «ЭМГ-ФБУ», «Температурное биоуправление». [1] В целях логопедической коррекции мы используем следующие режимы: «Кардио-ФБУ» и «ЛОГО».

Учитывая, что у детей с ДЦП, как правило, нарушено физиологическое и речевое дыхание, логопедическая работа должна носить комплексный характер и включать в себя в том числе и постановку диафрагмального дыхания.

Работа по формированию диафрагмального дыхания состоит из нескольких этапов:

1 этап. Диагностический этап (1-2 занятия).

Первичная диагностика должна состоять из регистрации физиологических показателей в состоянии относительного покоя. Прогресс показателей рассчитывается по результатам диагностических сеансов. Диаграмма показателей прогресса даёт информацию об эффективности коррекционных приемов и общей динамики состояния ребенка.

В процессе наблюдения определяется тип физиологического дыхания ребенка. Основные типы дыхания: верхнее дыхание (ключичное), среднее дыхание (реберное или грудное), нижнее дыхание (брюшное или диафрагмальное).

Если у ребенка ключичное дыхание, то необходимо начать работу с формирования навыка общей мышечной релаксации и обучать контролируемому мышечному напряжению. Для достижения данной цели нами используются сеансы ЭМГ и ЭКГ.

На данном этапе на занятиях в течение коротких промежутков времени производится максимальное напряжение мышц с их последующим расслаблением. Для этого используются датчики, расположенные на трапециевидной мышце. Электроды на трапециевидной мышце располагаются последовательно по ходу мышечных волокон на расстоянии 2-х сантиметров друг от друга. На экране высвечивается миограмма (графическое изображение) биоэлектрической активности мышц.

Применение сеанса формирует навык общей мышечной релаксации и обучает координированному управлению мышечным напряжением.

2 этап. Формирование нового устойчивого навыка диафрагмального дыхания с удлинённым плавным выдохом (7-8 занятий).

Данный вид тренинга состоит из нескольких подэтапов:

а) обучение новому навыку диафрагмального дыхания под субъективным контролем (1-2 занятия). На начальном этапе формирование диафрагмального дыхания следует проводить в положении лежа. Внимание ребенка обращается на то, что его «животик дышит». Можно положить на живот игрушку для привлечения внимания: «Покачаем собачку», «Бегемотики дышали» и т. п. Данное упражнение длится в около 2–3 минуты.

Необходимо соблюдать следующие методические указания: дыхательные упражнения должны быть организованы так, чтобы ребенок не фиксировал внимание на процессе вдоха и выдоха.

б) выработка нового навыка диафрагмального дыхания с внешней обратной связью (4-5 занятий). На данном этапе начинается работа на тренажере «Комфорт Лого», с использованием сеанса «Дыхание», «Кардио», которые предназначены для обучения диафрагмальному дыханию. Используется тренинговый сюжет «Индикатор», при котором вертикальный столбец, расположенный в центре экрана, изменяет высоту пропорционально текущему значению пульса. Если ребенок дышит диафрагмально, столбец равномерно закрашивается.

в) формирование нового навыка диафрагмального дыхания с удлинённым, плавным выдохом с внешней обратной связью (2-3 занятия). На данном этапе применяются сюжеты «Жалюзи» (цвет), «Жалюзи» (слайды), «Полоса», «Игра», где сигналами обратной связи являются появление, смена или «проявление» изображений.

3 этап. Формирование нового динамического стереотипа речевого диафрагмального дыхания, речи и речевого поведения (10-20 занятий).

Третий этап работы является самым длительным. На нем происходит выработка новых навыков артикуляции, голосообразования, речевого дыхания, дикции, эмоционально-окрашенной речи, а также уверенного речевого поведения. В период формирования нового ди-

намического стереотипа диафрагмального дыхания, речи и речевого поведения в режиме «Лого» (с использованием сюжета «Чтение»), алгоритм проводимой коррекционной работы заключается в последовательной отработке режимов произношения по следующей схеме: гласные звуки, слоги, слова, фразы, чистоговорки, стихи, сказки. Ребенку необходимо на длительном диафрагмальном выдохе воспроизводить заданный речевой материал. Длительность занятий постепенно увеличивается с 5-7 до 15-25 минут.

В сюжете «Чтение» предьявляется текст, разбитый на блоки (фразы). Ребенок должен на выдохе произносить предьявляемые фразы. При уменьшении показателей пульса на выдохе, фраза закрашивается слева направо и, при достижении нижнего порога пульса и порога длины выдоха, осуществляется переход к следующей фразе. На этом этапе используются все сюжеты режима «Чтение», в котором весь речевой материал разбит на следующие блоки: «Звуки», «Слоги», «Слова», «Фразы», «Стихи», «Сказки», «Проза».

Занятия проходят по следующей схеме:

I. Диагностика (проводится в начале и в конце занятия, необходимо для оценки функционального состояния ребенка. Данная процедура дает возможность отслеживать изменения, которые происходят в ходе курса коррекции).

II. Работа над выработкой нового устойчивого навыка диафрагмально-релаксационного дыхания в режиме «Кардио-ФБУ» (в разных подрежимах), в процессе данного этапа достигается комфортное психологическое состояние ребёнка.

III. Работа над речевым дыханием в режиме «Лого» (на данном этапе навык диафрагмального дыхания успешно автоматизирован). В начале отрабатывается навык диафрагмального дыхания с удлинённым, плавным выдохом, затем начинается работа с использованием речевого материала. Речевой материал подбирается с учетом автоматизированных звуков.

IV. Диагностика.

V. Обсуждение результатов занятия, их анализ.

4 этап. Заключительный этап (3-4 занятия). Используется режим «Речь» для формирования новых динамических стереотипов дыхания, голосообразования, психоэмоционального и речевого поведения в окружающей социальной среде. Обратная связь в данном

режиме отсутствует. В этом режиме подбирается набор слайдов, демонстрирующиеся ребенку с фиксированным периодом. В режиме «Речь» содержится большой дидактический слайдовый материал по различным темам: «Природа», «Животные», «Насекомые», «Птицы», «Времена года» и т.д.

При работе с программой «Комфорт Лого», периоды работы чередуются с периодами отдыха, в ходе которых детьми просматриваются слайды по разной тематике и прослушивается приятная, расслабляющая музыка. Занятия на компьютере проводятся 1 раз в неделю, длительностью по 15-25 минут в соответствии с установленными нормами работы детей за компьютером. В течение коррекционного курса, проводимого у детей по программе «Комфорт Лого», параллельно проводится работа по формированию артикуляционных укладов, постановке звуков, развитию фонематического восприятия.

Анализируя результаты работы с программой «Комфорт Лого» по методу функционального биоуправления, можно говорить о явной положительной динамике. К концу курса у детей нормализуются физиологические показатели частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, длительность выдоха вне речи и, что особенно важно, во время речевых нагрузок.

Таким образом, использование метода функционального биоуправления имеет ряд положительных моментов: значительно повышается эффективность занятий за счет высокой эмоциональной заинтересованности ребенка, быстрее устраняются речевые нарушения, расширяются возможности логопедической работы. Приобретенный навык диафрагмально-релаксационного дыхания является базой для развития правильной речи, способствует предотвращению ряда отклонений в соматической сфере, улучшает общее самочувствие и эмоциональное здоровье детей. Работа с программой «Комфорт Лого» является той эффективной помощью, которая расширяет рамки развития личности детей, предоставляя новые возможности самореализации в социокультурном пространстве.

Литература:

1. Вовк О.Н. Адаптивная саморегуляция дыхания, артикуляции, голосообразования, речи, поведения и психоэмоционального поведения человека по кардиореспираторным параметрам. Учебно-ме-

тодическое пособие для педагогов, логопедов, психологов, врачей, преподавателей по риторике (ораторскому искусству) и технике речи. СПб.: НПФ «Амалтея», 2010.

СТАНОВЛЕНИЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ РОССИЙСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ И АКУШЕРСТВА

Залова С. Ш. кызы,

студентка 2 курса 1 группы педиатрического факультета

Научные руководители: Дитятев Г.Г., Спирина М.В.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский

университет» Министерства здравоохранения

Российской Федерации, г. Архангельск

Нестор Максимович родился в селе Веприк 27 октября (7 ноября) 1744,(совр. Гадячский р-н, Полтавская обл., Украина), в семье священника Максима Максимовича – настоятеля церкви Веприцкой сотни Гадячского полка.

Комиссия оценила высокий уровень подготовки юного богослова и направила его студентом на медицинский факультет Московского университета. На следующий год Нестор Максимович волонтером перевелся в Санкт-Петербургскую хирургическую школу при адмиралтейском и сухопутном военных госпиталях, в стенах которой проучился всего 1 год. В Страсбурге учился акушерству 5 лет у знаменитого профессора Ридерера, но диссертацию на учёное звание доктора медицины 18 мая 1775 года защитил по далёкой от акушерства теме: «О печени человека», которая получила восхищенный отзыв декана медицинского факультета Страсбургского университета Я. Р. Шпильмана.

На протяжении следующего года Н. Амбодик (или «единственный», псевдоним, взятый Н. Максимовичем по обычаю того времени) знакомился с врачебным делом Германии, посетив ряд немецких клиник, слушая лекции, беседуя с врачами и совершенствуясь в немецком языке. После сдачи экзамена в Медицинской коллегии, стал преподавать акушерство в школе повивальных бабок и двух Петербургских госпитальных школах. 10 мая в 1781 г. возглавил в

Петербурге акушерскую школу. Первым из русских врачей получил звание профессора акушерства (1782). В этом звании в 1784 г. он начал работать в училище для повивальных бабок при Петербургском воспитательном доме.

Научная и практическая деятельность Н. М. Амбодика-Максимовича сыграла огромную роль в создании отечественных кадров врачей и акушерок (в то время практически не существовавших). Он первым стал преподавать акушерство по-русски (до него обучение велось на немецком языке), считая, что этого требует «общественная и государственная польза». Впервые в России ввел практические занятия и в родильном отделении, и на фантоме, изготовленном по собственной модели. Теорию и практику он считал неразделимыми: «...умозрение с опытодействием сопряжено неразрывным союзом».

Возглавив Петербургскую «повивальную школу», Н.М. Максимович-Амбодик ставит перед собою 3 цели:

1) Сделать медицинское образование доступным для российских врачей – для этого он первым ввел преподавание на русском языке.

2) Поставить преподавание на высокий уровень, соответствующий современному развитию акушерства. В первый раз были введены демонстрации акушерских приемов на фантоме, сделанном по его проекту.

3) Сделать учебное руководство по акушерству на русском языке, отражающее современные познания в области повивального искусства.

В 1793 году статус Нестора Максимовича в Медицинской Коллегии поменялся. За заслуги в повивальном деле он был избран её почётным членом. Ещё в октябре 1789 году он был принят членом Императорского Вольного экономического общества. В течение многих лет, не имея статуса лейб-медика, Н. М. Амбодик состоял личным врачом её императорского величества Екатерины II и пользовался её особым расположением. В последние годы правления императрицы он составил проект развития акушерского образования в России (который так и не был реализован), и подготовил соображения о реорганизации родовспоможения в России. Доклад на эту тему был подан от лица Медицинской Коллегии уже на имя нового самодержца 19 января 1797 года.

Н. М. Амбодик-Максимович был известным акушером-практиком. Одним из первых в России стал применять сложные акушерские вмешательства, в т. ч. и операцию наложения акушерских щипцов. Вместе с тем он выступал против чрезмерного увлечения оперативными вмешательствами. Ввел в акушерскую практику ряд хирургических инструментов (стальные «клещи», т. е. акушерские щипцы, серебряный женский катетер и др.), предложил свою конструкцию родильного кресла. В 1784–1786 гг. опубликовал капитальный труд «Искусство повивания, или Наука о бабичьем деле». Это первое оригинальное русское руководство по акушерству и педиатрии по полноте, научности, современности было замечательным пособием, по которому училось несколько поколений врачей у акушерской кровати и гинекологического кресла.

«Искусство повивания» состоит из 6 частей и содержит обширные сведения об анатомии и физиологии женской половой сферы, об акушерских пособиях и операциях, о послеродовых заболеваниях; большое внимание уделено вопросам физиологии новорожденных, их вскармливанию, уходу за ними, а также за детьми раннего возраста. Н. М. Амбодик-Максимович описал болезни, характерные для детей раннего возраста, и дал их классификацию. В руководстве содержится ряд прогрессивных, для того времени идей: необходимость консервативного ведения родов, незаменимость грудного молока, значение свободы движений и свежего воздуха для правильного развития младенца, важность гармоничного сочетания физического и нравственного воспитания детей. К книге приложены атлас рисунков, указателе, обширная библиография.

Нестора Максимовича считают основоположником российской фитотерапии. Он придавал большое значение лекарственным растениям при лечении многих заболеваний, высказывая передовую по тому времени мысль: «Чем больше с природой согласно будет врачевание приключаящихся человеческому роду болезней, тем больших успехов от врачебной науки и вящей пользы от употребляемых лекарств впредь ожидать можно.»

В 1784 году учёным была издана книга «Энциклопедия питания и врачевания, составленная личным лекарем Её Императорского величества Екатерины II в 1784 году профессором Н. Амбодиком»,

представляющая собой богатейшее собрание описаний лекарственных растений. В 1795 г. Н. М. Амбодик-Максимович издал в Петербурге первую русскую ботанику – «Ботаники начальные основы». Его 3-томный труд «Врачебное веществословие, или Описание целительных растений» (1783–1788) явился своеобразной энциклопедией медицинских знаний 18 века, а также служил популярным лечебником для людей, не имевших медицинского образования. Был поборником распространения медицинских знаний среди населения, боролся с невежеством, знахарством; перевел на русский язык несколько популярных медицинских книг.

С вступлением на престол 6 ноября 1796 года императора Павла I карьера Н. М. Амбодика пошла на спад. Павел I занялся ломкой порядков, заведённых матерью, отправив в отставку очень многих сановников из её окружения. Коснулись эти преобразования и Нестора Максимовича, который вскоре был отстранён от преподавательской деятельности. Правда, в сентябре 1897 года он ещё успел поспособствовать организации Повивального института на 20 коек. Учреждение было открыто на месте «императорской родильни» и второй «бабичьей школы» при госпитале Хирургического училища в устье Фонтанки у Калинкина моста. Пожалуй, это было последнее деяние Нестора Максимовича на посту профессора повивального искусства.

Умер 24 июля 1812 в Санкт-Петербурге. Место упокоения Н. М. Максимовича-Амбодика неизвестно, однако, как вспоминал родоначальник детской и подростковой гинекологии в Ленинграде, профессор СПбГПМУ Ю. А. Гуркин, юношей он случайно обнаружил надгробье с именем первого российского профессора акушерства и первого педиатра в отдалённой части Новодевичьего кладбища Санкт-Петербурга.

Неизмеримо велико значение деятельности Нестора Максимовича Максимовича-Амбодика для развития русской акушерской науки. Амбодик был одним из крупнейших ученых своего века, и имя его было известно всей Европе. Через полтора столетия в период, когда русское акушерство и гинекология, пройдя множества испытаний и трудностей, заняла свое почетное место среди других, имя Амбодика так же дорого и произносится с глубоким уважением каждым российским врачом.

Литература:

1. Максимович-Амбодик. Большая медицинская энциклопедия. том 1. М., 1974. С. 124.
2. Дроздова З.А. Нестор Максимович Максимович-Амбодик – отец русского акушерства. М. 1950. 34 с.

КОРРЕКЦИЯ ОБРАЗА ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ МЕТОДАМИ ОККУПАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Зловидов А.А., студент СГМУ

**Научный руководитель: д.м.н., проф. Санников А.Л.
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет», г.Архангельск**

Проблемы людей с ограниченными возможностями всегда актуальны для Российской Федерации, так как они составляют немалую часть населения нашей страны. По данным Росстата на 1 января 2017 года в РФ проживает 12,259 млн. людей с ограниченными возможностями, 83,5 на 1000 человек населения, инвалиды I и II групп составляют 1,309 и 5,920 млн. человек соответственно. Одно из первых мест по численности занимают люди, имеющие ограничения двигательной активности. По данным Минтруда в России в 2016 году зарегистрировано 550 тыс. человек с нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций. Из них около 70 тыс. человек нуждаются в креслах-качалках. Нуждаемость в технологиях оккупационной терапии наиболее высокая в территориях с повышенным уровнем тяжелого травматизма, инвалидности и маломобильности соответствующей категории населения [1].

подавляющее большинство этих людей оказались в таком положении в результате болезней, травм и других причин. Люди с ограниченными возможностями сталкиваются с рядом ограничений: трудоустройством, получением образования, досугом, но самой главной проблемой, с которой они сталкиваются, является неспособность полноценно обслуживать себя в быту, выполнять

гигиенические процедуры и потеря других жизненных навыков. Показательными в этом плане являются исследования качества жизни инвалидов в городе Архангельске. Так, особенно высока потребность инвалидов в социально-средовой ориентации – 78,5%. В социально-бытовом образовании нуждались 85,1% инвалидов, социально-бытовой адаптации – 84,5%. Постоянный посторонний уход на дому требовался 15,1% инвалидов с заболеваниями сосудов нижних конечностей в возрасте 60 лет и старше, постоянный частичный уход – 34,5%. Немалая часть инвалидов нуждалась в адаптации квартиры к своим физическим особенностям (изменение размеров дверных проемов, приспособление санузла, установка пандуса и др.) – 38,2% [3].

Одним из актуальных направлений реабилитации в решении данной проблемы является оккупационная терапия или эрготерапия. Термин «эрготерапия» (ergotherapy, ergon – греч. дело, занятие), в основном, применяется в странах, говорящих на немецком и французском языках. Синонимом этого слова в английском языке является оккупационная терапия (occupational therapy – ОТ) или терапия занятостью [5]. Главный компонент ОТ – это выбор видов деятельности, которые не только формируют умения, важнейшие для независимого функционирования, но и имеют значение для человека, нуждающегося в реабилитации. Следовательно, ОТ имеет две стороны: реабилитационную, направленную на продуктивную деятельность по самообслуживанию (гигиена, приготовление пищи), и терапевтическую, направленную на восстановление утерянного навыка с помощью использования разных методов и специального оборудования (вязание, шитье) [2].

Эрготерапия уже давно и успешно применяется в реабилитации больных с самыми разными заболеваниями, в том числе перенесшими инсульт. Доказано, что включение эрготерапии в курс реабилитации значительно повышает степень независимости больных в повседневной жизни [6]. Более хорошие результаты достигаются также в реабилитации больных ювенильным ревматоидным артритом, в программу которой входил курс эрготерапии [5]. Данная методика не обошла стороной и травматологию. Эрготерапия позволяет

быстрее восстановить двигательные функции верхних конечностей, например, при травмах плечевого сустава [4].

Таким образом, можно сделать вывод, что эрготерапия является чрезвычайно важным направлением в реабилитации и улучшении образа жизни людей с ограниченными возможностями и должно получить дальнейшее развитие в нашей стране.

Литература:

1. Варакина Ж.Л., Санников А.Л. «Травматическая эпидемия» в современной России (на примере Архангельской области) / монография. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета. 2018. 198 с.

2. Кондратьева Е.В., Колодюк С.Ю. Современные технологии социальной работы с людьми с ограниченными возможностями здоровья // Особенности формирования здорового образа жизни: факторы и условия: материалы III Международной научно-практической конференции (май 2015 г.) С. 351-369.

3. Лозовицкий Д. В. Анализ качества жизни инвалидов с кутлями конечностей // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки. 2010. №4. С.37-41.

4. Николаев В. И., Дивович Г. В., Латышева В. Я. Восстановительное лечение травм плечевого сустава // Проблемы здоровья и экологии. 2010. №1 (23). С.38-43.

5. Орлова Е. В., Каратеев Д. Е., Кочетков А. В., Денисов Л. Н., Сурнов А. В. Сравнительная эффективность четырех реабилитационных программ у больных ранним ревматоидным артритом // Вестник ИвГМА. 2014. №2. С.37-42.

6. Такенов Ж.Т., Борисюк Н.В. Эрготерапия в реабилитации пациентов с двигательными расстройствами // Нейрохирургия и неврология Казахстана. 2017. №1 (46). С.27-30.

7. Jiri Votava (И. Вотава) Роль эрготерапии в реабилитации лиц с ограничениями жизнедеятельности и международном сотрудничестве // МвК. 2003. №3. С.7-9.

КУЛЬТУРА СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ КАК ФАКТОР УГРОЗЫ РЕПРОДУКТИВНОЙ БЕЗОПАСНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

**Зрибная А.Л., студентка 3 курса, ВШСГН и МК,
направление подготовки «Социальная работа»**

**Научный руководитель: к.ф.н., доцент кафедры социальной
работы и социальной безопасности Федулова А.Б.**

**ФГАОУ ВО «Северный (Арктический) федеральный университет
имени М.В. Ломоносова», г. Архангельск**

В соответствии с Указом Президента РФ «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации», одним из национальных интересов на долгосрочную перспективу является обеспечение стабильного демографического развития страны. И хотя в последние годы наблюдаются положительные тенденции, демографическая ситуация в России остается нестабильной, а вопрос репродуктивного здоровья населения является одним из острых. Исходя из этого, обеспечение репродуктивной безопасности населения является приоритетной задачей в русле социальной и демографической политики, где особое внимание должно уделяться состоянию культуры сексуального поведения.

Отсюда мы ставим перед собой цель: выявить особенности культуры сексуального поведения современной молодежи (обозначить нормы, принципы, ведущие цели сексуального поведения) и связать их с репродуктивной безопасностью населения, тем самым обозначив первое как фактор угрозы второго. Именно в таком контексте, на наш взгляд, возможно комплексное изучение проблем репродуктивной безопасности, позволяющее наметить инновационные пути решения заявленной проблемы.

Изначально термин «сексуальное поведение» – это понятие биологическое. Биология рассматривала его наряду с «репродуктивным поведением» и находила в них равные значения, сводя к синонимам. В данной статье понятие «сексуальное поведение» будет рассматриваться с позиции социологии. Социология разделяет сексуальное и репродуктивное поведение, исходя из того, что в настоящее время их содержание отражает абсолютно разные комплексы отношений,

и общее состоит лишь в том, что сексуальное поведение, на данный момент (исключая возможности экстракорпорального оплодотворения), является единственным средством достижения целей репродуктивного поведения.

Однако стоит отметить, что сегодня сексуальное поведение – это не только средство достижения целей репродуктивного поведения, но и самостоятельная цель, которая вполне реализуется вне каких-либо внешних потребностей, например, в деторождении или заключении брака. Именно это отчуждение, разделение сексуального и репродуктивного поведения привнесло коренные изменения в традиционные семейные отношения, тем самым трансформируя общественное развитие в целом.

По мнению И.С. Кона в качестве целей сексуального поведения может выступать: релаксация, разрядка полового напряжения; прокреация, деторождение; рекреация, чувственное наслаждение как самоцель; познание, удовлетворение полового любопытства; коммуникация; сексуальное самоутверждение; достижение внесексуальных целей; поддержание определенного ритуала или привычки; компенсация, замена других, недостающих форм деятельности или способов эмоционального удовлетворения [3]. Такое многообразие целей и мотивов говорит о комплексности и сложности сексуального поведения, соединяющего в себе индивидуальное и социальное, биологию и социализацию.

Главное, на что стоит обратить внимание в контексте настоящего исследования, это то, что сексуальное поведение направлено на удовлетворение ряда потребностей (кроме репродуктивных), что влечет к изменению мотивации и личностного смысла для человека. Такой отрыв сексуального поведения от цели деторождения ведет к дегуманизации, нелегитимности сексуального поведения, что наиболее ярко выражается сегодня в отчуждении семьи от брака, гомосексуальности, порнографии и т.д., и как следствие может привести к разрушению института семьи.

Переход от биологического понимания сексуального поведения наряду с репродуктивным к социальному стал предпосылкой появления такого понятия как «сексуальная культура». Под «сексуальной культурой» мы понимаем часть общей культуры, а также способ

самоутверждения в социокультурном обществе через сексуальное поведение, преследующее различные цели: продолжение рода, удовлетворение биосоциальных потребностей, гедонических, познавательных, коммуникативных интересов и т.д.

В узком смысле, сексуальная культура – это уровень (низкий, средний, высокий) освоения индивидом знаний, умений, навыков сексуальной жизни, а также всего комплекса партнерского взаимодействия с целью сексуального удовлетворения. При этом не существует единой сексуальной культуры для разных поколений, социальных групп, классов. Говоря о сексуальной культуре, грамотнее говорить о сексуальных культурах [2].

Сексуальное поведение предшествующего поколения качественно разнится с современным поколением. Как отмечает А.Б. Федулова, в сфере добрачного поведения и выбора брачного партнера ценностные ориентации юношей и девушек утратили матримониальное направление. В ситуации усложняющихся миграционных процессов родители вообще могут не знать о сексуальных контактах своих подростков. В целом, для молодого поколения сегодня характерна автономизация брачности, сексуальности и прокреации [4].

Важно отметить, что главными составляющими сексуальной культуры, в рамках нашего исследования, которые регулируют сексуальное поведение людей, являются нормы, принципы, правила и ориентации, установленные обществом и выбранные человеком самостоятельно, что формирует интимную жизнь. Именно с позиции норм, а именно: что является нормой, а что отклонением, что допустимо, а что нежелательно, мы и будем рассматривать содержание сексуальной культуры. Благодаря этим нормам половая жизнь перестает выглядеть инстинктивной, а регулирующие ее моральные принципы превращаются в сексуальную культуру общества или группы [1].

В 2017 году был проведен социологический опрос, направленный на выявление особенностей культуры сексуального поведения современной молодежи на примере студенческой молодежи города Архангельска. В исследовании применялась бесповторная выборка. В результате методом анкетирования было опрошено 273 респондента, среди которых 138 респондентов женского пола (51%) и 135

респондентов мужского пола (49%). Большинство опрошенных относится к возрастной категории 20-25 лет, что составило 53% от числа всех респондентов, 44% – респонденты в возрасте до 20 лет, 3% – респонденты в возрасте от 26 до 30 лет.

Исходя из полученных результатов, можно сделать следующие выводы:

- подавляющее большинство опрошенной молодежи вступило в половую жизнь в возрасте от 14 до 17 лет (44%), что свидетельствует о низкой планке возраста сексуального дебюта среди современной молодежи. В то время как медицина в качестве оптимального возраста для начала половой жизни называет 18-19 лет. Считается, что именно к этому возрасту человека достигает полной психологической и физиологической зрелости;

- оптимальным возрастом для вступления в сексуальные отношения считается период 18-20 лет – так утверждает 64% респондентов. Отсюда мы видим, что гипотетический (оптимальный) возраст начала половой жизни не соответствует реальному, ведь 49% студентов лишились девственности в возрасте до 18 лет;

- современная молодежь ясно разделяет сексуальное поведение от репродуктивного (66%);

- ведущими целями сексуального поведения современной молодежи, отодвигающими цель деторождения на задний план, являются чувственное наслаждение, релаксация и коммуникация (31%, 30% и 25% соответственно);

- сексуальное поведение молодежи не всегда обусловлено чувством любви и привязанности, 49% опрошенных респондентов в той или иной мере подтверждают данное утверждение;

- серийная моногамия является одобряемой современной молодежью нормой, ведь 48% респондентов испытывают положительное отношение к серийной моногамии, еще 40% говорят о нейтральном отношении;

- наличие одного сексуального партнера в течение жизни не является нормой сексуальной культуры. Современная молодежь, в подавляющем большинстве, считает, что количество сексуальных партнеров может ограничиваться пятью (30%). Однако велико число тех, кто рассматривает и большее число, как оптимальное количество сексуальных партнеров в течение жизни (39%);

– для современной молодежи не имеет значение время от знакомства до секса, если есть чувства (28%). Кроме того, секс возможен и в первый день знакомства (14%);

– добрачные сексуальные отношения также являются нормой сегодняшней молодежи – так считает 66% опрошенных, другие подтверждают это с уточнением: «только при возникновении серьезных отношений» (32%). О недопустимости сексуальных отношений вне брака заявили лишь 2% опрошенных, что подрывает институт семьи и обесценивает значимость брака;

– 52% опрошенных респондентов отрицательно относятся к незапланированной беременности, возникновение которой вовсе не является условием для заключения брака (для 56% опрошенных респондентов);

– основным источником получения информации о сексе для молодежи является Интернет и личный опыт (51% и 35% соответственно).

Как показал анализ литературных источников и проведенное исследование, современное состояние сексуальной культуры молодежи – это период отчуждения сексуального поведения от репродуктивного, снижение возраста сексуального дебюта, повсеместное принятие добрачных сексуальных отношений и серийной моногамии, терпимости к нелегитимным формам сексуального поведения, ослабление гендерной асимметрии, сужение темы запретного, а также рост аборт, раннего материнства, случаев инфекционных заболеваний, передающихся половым путем. Данные тенденции непосредственным образом отражаются на состоянии репродуктивной безопасности населения, что, в свою очередь, определяет демографическую ситуацию в стране и, как следствие, состояние национальной безопасности в целом.

Таким образом, в настоящее время становится очевидным, что необходимо пересмотреть государственные приоритеты в области демографии, сделав акцент на профилактическое направление, а именно на укрепление репродуктивного здоровья подрастающего поколения, воздействие на ценностные ориентиры молодежи с упором на возвращение ответственного супружества, родительства и сексуального поведения в целом, повышение значимости семьи в жизни каждого отдельного индивида, формирование здорового образа жизни.

По результатам исследования культуры сексуального поведения современной молодежи, приоритетными направлениями решения проблемы могут быть следующие: установление и развитие системы формирования сексуальной культуры в виде целенаправленного комплекса мер по вопросам сексуального просвещения; создание системы сексуального воспитания и информирования молодежи; обновление организаций и специалистов, способных работать на развитие сексуальной культуры молодежи; в рамках государственной политики должна осуществляться цензура в СМИ и Интернете, из которых сегодня буквально обрушивается лавина сексуальной информации, провозглашающей сексуальное удовольствие и игнорирующей ответственное сексуальное поведение.

Литература:

1. Агарков С.Т., Кащенко Е.А. Сексуальность в цивилизации: социогенез сексуальности. 2010. 50 с.
2. Голод С.И. Личная жизнь: любовь, отношения полов. Ленинград: Знание, 1990. 32 с.
3. Кон И.С. Введение в сексологию. М., 1988. С. 176-215.
4. Федулова А.Б. Репродуктивное поведение молодой семьи Архангельской области // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия «Гуманитарные и социальные науки». 2015. №5. С.65-75.

ЗИНОВИЙ ПЕТРОВИЧ СОЛОВЬЁВ – ОСНОВАТЕЛЬ «АРТЕКА» И ОСНОВОПОЛОЖНИК СОВЕТСКОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Зюмченко О. Э.,

студент 1 курса 6 группы стоматологического факультета

Научные руководители: д.м.н., проф. Санников А.Л.,

д.м.н., доцент Варакина Ж.Л.

**ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск**

Зиновий Петрович Соловьёв (1876-1928), один из организаторов советского здравоохранения и военно-санитарной службы Красной

Армии. В 1897 поступил на медицинский факультет Казанского университета, за революционную деятельность в 1899 арестован и выслан; университет окончил в 1904. Работал санитарным врачом в Симбирском и Саратовском земствах. В 1909 сослан в Усть-Сысольск. По окончании ссылки переехал в Москву (1912), вошёл в состав правления Общества русских врачей.

В период Октябрьской революции в 1917 году в качестве члена военно- революционного центра Хамовнического района Москвы участвовал в организации вооруженного восстания. В 1918 году заведовал медицинской частью Наркомата внутренних дел и член Совета врачебных коллегий; автор проекта организации Наркомздрава РСФСР; заместитель Наркома здравоохранения РСФСР. Одновременно (с 1920) начальник Главного военно-санитарного управления РККА и председатель исполкома Российского общества красного креста. С 1923г. – профессор кафедры социальной гигиены медицинского факультета 2-го МГУ. Основные труды посвящены разработке теоретических основ сов. здравоохранения, профилактического направления в медицине, организации военно-санитарной службы [1]. В частности, им разработаны принципы советского здравоохранения, много внимания уделял вопросам санитарного просвещения и диспансеризации.

По инициативе З.П. Соловьёва в 1925 г. был организован всесоюзный пионерский лагерь «Артек» для детей, страдающих туберкулёзной интоксикацией. Впервые о создании детского лагеря в Артеке было объявлено 5 ноября 1924 года на празднике московской пионерии. Деятельное участие в подготовке к открытию лагеря приняли Российское Общество Красного Креста (РОКК), Российский коммунистический союз молодёжи и Центральное Бюро юных пионеров. Руководил подготовкой лично З. П. Соловьёв. Видимо, поэтому в некоторых источниках он указывается как первый директор «Артека», хотя непосредственное руководство лагерем сразу же после его открытия было поручено Ф. Ф. Шишмарёву. В 1926 году начальником Артека стал Сергей Марго. Первые артековцы жили в брезентовых палатках. Через два года на берегу были поставлены лёгкие фанерные домики. В 1930-е годы, благодаря построенному в верхнем парке зимнему корпусу, «Артек» постепенно был переведён

на круглогодичную работу. В 1936 году в «Артеке» прошла смена пионеров-орденоносцев, награждённых правительственными наградами, а в 1937 году лагерь принял детей из охваченной Гражданской войной Испании.

С момента открытия главным должностным лицом лагеря был врач. В лагерь направлялись исключительно дети с диагнозом «туберкулёзная интоксикация», или находящиеся в группе риска по этому заболеванию. Режим включал в себя медицинские и гигиенические процедуры, соответствующим образом составлялось меню. Позднее к каждому отряду наряду с вожатым был прикреплён медицинский работник [2].

Первые сотрудники «Артека» отмечали в своих воспоминаниях его отличие от других существовавших в то время лагерей с их строевой подготовкой, ночными побудками и политическим воспитанием. «Артек» был «лагерем нового типа», «лагерем-санаторием». Главный пионерский девиз З. П. Соловьёв написал так: «Будь здоров! Всегда здоров!». Разумеется, необходимость воспитательной работы с детьми под сомнение не ставилась. Уже с первых лет работы лагеря в руководстве страны задумались о превращении его в «кузницу кадров» для будущего комсомольского актива. Постепенно функция патриотического, политического и идеологического воспитания вышла на первый план. Путёвка в «Артек» стала поощрением, наградой для пионера. Всё чаще решения о работе лагеря принимались на высшем партийном уровне, и в 1958 году «Артек» был окончательно передан из подчинения здравоохранения в ведение ЦК ВЛКСМ. С этого времени вплоть до 1990-х годов «Артек» считался «лагерем пионерского актива», здесь проводились Всесоюзные пионерские слёты и тематические смены для активистов разных направлений пионерской работы. Однако, по общему мнению артековцев тех лет, эта работа велась очень аккуратно, без перегибов. На фоне всеобщего охвата пионерской работой школьников страны «Артек» иногда выглядел даже немного по-диссидентски. Вожатые и педагоги лагеря старались воспитать в детях подлинную дружбу, а не отвлечённый коллективизм, и даже служить идеалам социализма учили без показного рапортования. Методическая деятельность «Артека» не ставилась его основателями во главу угла, однако уже в первые годы существования лагеря многочисленные гости (в частности Клара

Цеткин) говорили о необходимости использовать его опыт в работе детских учреждений в России и за рубежом. Летом 1928 года в лагере прошёл первый Международный семинар пионерских вожатых. Впоследствии подобные мероприятия разного уровня и направленности проводились регулярно. Не прерывалась эта работа и во время войны – в эвакуации артековские вожатые делились опытом с пионерскими работниками Алтая. Впоследствии тщательный отбор специалистов, круглогодичная работа, преемственность традиций и широкие профессиональные связи с коллегами в СССР и за рубежом позволили «Артеку» стать своеобразной лабораторией педагогического опыта [3].

Традиции, заложенные в Артеке З.П. Соловьевым, продолжают и в наше время.

Литература:

1. Козьменко И. В. Сборник договоров России с другими государствами (1856-1917) / Сборник материалов и документов. 1952. 464 с.

2. Петров Б.Д. История медицины СССР. М., Изд. «Медицина». 1964. С. 14-24

3. Артек [Электронный ресурс]: Материал из Википедии – свободной энциклопедии: Версия 89422467, дата доступа 3 декабря 2017. <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D1%82%D0%B5%D0%BA>

МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВЗГЛЯДЫ

М.В. ЛОМОНОСОВА

Иванов В.А., студент 2 курса 1 группы

педиатрического факультета

Научный руководитель: Дитятев Г.Г., преподаватель кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения

Российской Федерации, г. Архангельск

Среди сфер научных интересов М. В. Ломоносова важное место занимали медицина и здравоохранение. Одним из главных произведений, отражающих идеи по развитию медицины и сохранению

общественного здоровья, является письмо М.В. Ломоносова И.И. Шувалову “О сохранении и размножении российского народа” 1 ноября 1761 года. В своем произведении Ломоносов выступает в роли демографа. Основная цель этого письма – выявление причин высокой смертности населения, особенно в детском возрасте.

Предлагаемые М.В. Ломоносовым в трактате практические рекомендации по воспроизводству российского народа можно выделить в три группы:

- 1) для увеличения количества рождающихся;
- 2) для сохранения рожденных
- 3) для устранения факторов, влияющих на здоровье людей и воспроизводство населения

Для увеличения количества рождающихся М.В. Ломоносов считал необходимым: запретить неравные браки, браки по принуждению, пострижение в монахи до определенного возраста (женщинам до 45 , а мужчинам до 50 лет).

Ученый верно замечает, что неравные браки зачастую бесплодны, возможны убийства ребенка, зачатого от постороннего мужчины. Такие браки не подчиняются естественным нормам, а значит это не способствует увеличению роста населения. Ломоносов предложил следующие правила: “по моему мнению, невеста жениха не должна быть старше разве только двумя годами, а жених старше может быть 15-ю годами”. Вскоре об этом упомянул в своем указе Петр I. Но не все было принято и реализовано. Без внимания остались рекомендации Ломоносова относительно монашества молодых овдовевших священников и увеличения возраста пострижения в монахи. “Монашество в молодости ничто иное есть, как черным платьем прикрытое блудодеяние и садомство, наносящее ущерб размножению человеческого рода.”, -писал М.В. Ломоносов.

Для сохранения рожденных М.В. Ломоносов рекомендовал: учредить народные богадельные дома для приема внебрачных детей, издать и распространить хорошие книжки о повивальном искусстве, так же он считал вредным для ребенка обряд крещения в холодной воде. Считал целесообразным отказаться от изнурений себя в Великий пост, организовать систему медицинских знаний и широко распространять её, ввести в каждом городе аптеки и устранить причины

смерти от несчастных случаев. Уже в то время появились прототипы детских домов. Эти заведения обязаны были содержаться за казенный счет, привлекать нянь для ухода за младенцами, обучать детей грамоте и ремеслам.

Младенческая смертность по мнению Ломоносова в большинстве случаев зависит от неумения повивальных бабок и неосторожности рожениц. Так же он обращает внимание на обряд крещения. Выступает против устоев крещения в холодной воде младенца, так как это может привести к смертельному исходу.

Ломоносов обращает внимание на отсутствие должного состояния российской медицины и здравоохранения: ”простые, безграмотные мужики и бабы лечат наугад, соединяя часто натуральные способы с вороженьем и шептанием”. Но он не отвергает народную медицину, наоборот одобряет тех, кто действительно знает, как лечить.

Уделяет внимание М.В. Ломоносов и составу пищи, её роли в физическом развитии представителей разных народностей и областей. Считает, что население, которое питается исключительно рыбой, малочисленно, небольшого роста и наоборот, которое питается мясом.

Ещё одна проблема, затронутая Ломоносовым, это малочисленность медицинского персонала в войсках, из-за этого, врачи не успевают перевязывать раненых и те погибают. Ученый предложил свой план развития медицины. Во-первых, требуется “по всем городам довольное число докторов, лекарей и аптек, удовлетворенных лекарствами” иметь. Во-вторых “послать довольное число российских студентов в иностранные университеты и учрежденным и впредь учреждаемым внутри государства университетам”, также обязать обучать аптекарей и врачей своих учеников. Ломоносов считал неправильным приглашать врачей из-за границы, особенно из Германии, ведь они не знали русского языка и дорого брали за лечение.

Ещё одной причиной угрозы численности населения М.В. Ломоносов выделил миграцию. Население мигрировало в основном из пограничных районов в Польшу. В связи с этим ученый предложил “пограничных с Польшей жителей облегчить податьми и снять солдатские наборы, расположив их по всему государству”.

По окончанию своего письма М.В. Ломоносов приводит демографический прогноз на 20 лет. «На каждый год может взойти прираще-

ние российского народа больше против прежнего до полумиллиона душ, а в 20 лет-до 10 миллионов».

М.В. Ломоносов внес неопенимый вклад в развитие здравоохранения и медицины. В своем трактате он затронул важнейшие демографические проблемы, проблемы здравоохранения и предложил пути их решения. Многие рекомендации по сохранению и размножению народа российского были реализованы и остаются актуальными в современном мире.

Литература:

1. Варакина Ж.Л. «Травматическая эпидемия» в современной России (на примере Архангельской области) // Ж.Л. Варакина, А.Л. Санников : монография. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2018. 198 с.
2. Ломоносов М.В. Избранная проза. М. 1980.
3. Мультиановский М.П. История медицины. М. 1981.

РОЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ирхина И.Е., студентка СГМУ

Научный руководитель: д.м.н., проф. Санников А.Л.

**ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск**

Необходимость исследования здоровья пожилых людей, как фактора, влияющего на возможность пролонгирования активного образа жизни является неоспоримой, особенно в настоящих условиях низкого уровня физического и психологического ракурсов жизни. В данном контексте особую ценность приобретают мероприятия, направленные на поддержание и сохранение здоровья пожилых людей, основным механизмом которых является регулярная физическая активность [1].

Жизнь человека подразделяется на периоды: период развития, репродуктивный период и период старения. В соответствии с возрастной градацией Всемирной организации здравоохранения к среднему

возрасту относятся люди 44-60 лет, к пожилому – 60-75 лет, возрастная группа 75- 90 лет определена как старческий возраст, с 90 лет – долгожители [2].

В XX веке одной из “тихих революций”, происходивших во всём мире, стал процесс «демографического старения». Средний возраст населения мира неуклонно растёт, если в 2000 году число граждан старше 60 лет составляло 600 млн, то к 2050 году наблюдаются тенденции увеличения до 2 млрд. Среди пожилых людей следствиями несвоевременного ухода из жизни зачастую служат изменения в образе жизни и хронический дефицит физической активности. Пожилые люди с возрастом становятся гиперчувствительными к лекарствам, более восприимчивы к токсическим действиям, легко развивается привыкание к ним.

Всемирно известный американский учёный и врач Поль-Брег утверждал: «Невозможно купить здоровье, но только своими силами можно создать его, благодаря регулярной физической активности». Физическая активность в целом увеличивает общие энергозатраты организма, стимулирует обмен веществ, улучшает выведение токсических веществ [3]. Регулярная физическая активность на протяжении многих веков считалась важным компонентом здорового образа жизни. В последнее время это положение подтвердилось новыми научными доказательствами. Выяснилось, что физическая активность оказывает положительное влияние не только на физическое, но и на психическое состояние человека [4].

Для лиц пожилого и старшего возраста характерны снижение адаптационных возможностей организма, полиморбидность и увеличение количества заболеваний, обусловленных психоэмоциональными и структурными нарушениями в работе систем организма [5]. На биологическом уровне старение характеризуется постепенным хроническим накоплением молекулярных и клеточных повреждений, которые приводят к прогрессирующим и генерализованным нарушениям многих функций организма, а также повышают уязвимость к экологическим воздействиям, ведут к повышенному риску заболеваний и смерти.

Помимо заболеваний сердечно-сосудистой системы, являющимися неотъемлемыми спутниками большинства пожилых людей,

старение также связано с существенными изменениями в костях и суставах. По мере старения костная масса, или плотность, имеет тенденцию к снижению (остеопороз). Эти процессы приводят к существенному росту риска переломов. Переломы шейки бедра относятся к наиболее тяжелым формам остеопорозных переломов, а по мере роста темпов старения населения такие переломы получают все большее распространение, и по оценкам экспертов число таких переломов в мире может в 2050 г. составить 4,5 млн. в год. Возрастные изменения суставного хряща и другие возрастные деградации влияют на другие функции костно-мышечной системы, в том числе и на физическую активность.

Старение часто ассоциируется с ухудшением сенсорных и когнитивных функций, хотя на индивидуальном уровне такие ухудшения могут существенно различаться. Для пожилых людей характерны определенные ухудшения памяти и скорости обработки информации.

С возрастом происходит снижение иммунной функции за счет старения иммунной системы и организма в целом. Такие изменения означают, что на склоне лет снижается способность реагировать на новые инфекции (и вакцины).

Среди других основных проблем здоровья, которые возникают только в поздних периодах жизни и не подпадают под категории определенных болезней, следует выделить падения. В целом, падения приводят к значительным травмам в 4–15% случаев. Смертельные исходы по причине травматизма, связанного с падениями у пожилых составляют 23–40%. 95% переломов шейки бедра являются результатом падения.

Вместе с тем, установлено, что основные модели здорового образа жизни, такие как физическая активность и обеспечение достаточного питания, не только снижают риск развития вышеперечисленных патологий, но и оказывают мощное влияние на индивидуальную жизнеспособность лиц пожилого возраста [6].

Для сохранения удовлетворительного жизненного потенциала указанной категории граждан одним из условий, необходимых для поддержания качества жизни, является повышение двигательной активности, значительное место в которой занимают различные средства и формы физической культуры. Физическая активность и

посильная трудовая деятельность выступают условиями, необходимыми для поддержания достаточного уровня жизни старшего поколения, причем большое значение имеет рациональная организация повседневной жизнедеятельности, в том числе физические нагрузки. Организация режима дня и двигательной активности, соответствующей возрасту и возможностям, позволят пожилым людям улучшить качество жизни и профилактировать заболевания, ассоциированные с гиподинамией. При этом для них необходимо включать какую-либо форму физической активности в повседневную жизнь – утреннюю гигиеническую гимнастику, дозированную ходьбу, суставную и дыхательную гимнастики, финскую ходьбу [7]. Часть занятий желательно проводить на природе, на свежем воздухе. Для гарантии продолжительного эффекта занятий рекомендуется два раза в год осуществлять врачебное обследование [8].

Физические нагрузки для пожилых и старых людей безопасны и полезны для здоровья при частоте пульса, составляющей 75 % от частоты максимального пульса [9].

Особого внимания заслуживает оздоровительный и профилактический эффект физической культуры на функционирование опорно-двигательного аппарата. Установлена прямая зависимость деятельности двигательного аппарата, скелетных мышц и вегетативных органов от моторно-висцеральных рефлексов. В результате недостаточной двигательной активности в организме человека нарушаются нервно-рефлекторные связи, заложенные природой и закрепленные в процессе жизнедеятельности, что непременно приводит к расстройству регуляции деятельности сердечно-сосудистой и других систем, нарушению обмена веществ, развитию дистрофических и дегенеративных заболеваний.

Различают общий и специальный эффект физических упражнений, а также их опосредованное влияние на факторы риска. Общий эффект тренировки заключается в расходе энергии, прямо пропорциональном длительности и интенсивности мышечной деятельности, что позволяет компенсировать дефицит энергозатрат. Большое значение имеет также повышение устойчивости организма к действию неблагоприятных факторов внешней среды: стрессовым ситуациям, высоким и низким значениям температуры, ионизирующему излучению, травме, гипоксии.

Согласно данным доктора медицинских наук, профессора кафедры психологии и социальной работы Беззубик К.В и кандидата медицинских наук, доцента кафедры психологии и социальной работы Тимонова М.А положительное воздействие на здоровье пожилых лиц оказывает физическая культура совместно с водными процедурами в умеренных дозах: баня с травами, массаж с маслами. Физические нагрузки при выполнении посильных для старого человека различных работ являются жизненной потребностью человека, непременным условием его жизнедеятельности. Итоговым результатом активного образа жизни становятся: замедление старения, улучшение состояния здоровья, снижение обострений хронических заболеваний [10].

Таким образом, физическая активность является одной из детерминант благоприятного старения. Активная жизнь и физическая нагрузка оказывают положительное влияние на функционирование различных физиологических систем организма пожилого человека и уменьшает влияние факторов риска на дальнейшее прогрессирование имеющихся патологий. Посредством физкультурно-оздоровительной деятельности человек расширяет свой двигательный и социальный опыт, осваивает новые формы взаимоотношений, новые социальные роли, что рассматривается в качестве одного из аспектов успешной его социализации. Физическая активность, являясь способом, процессом и результатом преобразования природной и социальной сущности человека, позволяет ему быть многомерным, целостным, создает реальные условия для реализации его самобытности в позднем возрасте [4].

Литература:

1. Андриянов С.В., Роганина М.В. Физическая активность пожилых людей как базовая детерминанта активного образа жизни // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 5. С.737.
2. Баеззубик К.В., Тимонов М.А. Объективные и субъективные факторы поддержания активного образа жизни в пожилом возрасте // Сервис в России и за рубежом. 2012. №1 (28). С. 12-19.
3. Губина М.Н. Влияние физической активности на социальное и психологическое благополучие людей пожилого возраста // Социальная работа: теории, методы, практика. Материалы интернет-конференций и семинаров. 2016. Т.3. № 5. С. 12-14.

4. Девятков Н.Д. Миллиметровые волны в медицине и биологии. М., 1989.

5. Дуламжав П., Амаржагал Х. Исследование уровня развития пожилых людей // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. 2015. С. 121-124.

6. Качан Е.Ю., Ивко К.О., Трофимова С.В. Обучение пожилых людей для поддержания физической активности и здорового образа жизни // Российский современный врач. 2013. Т.17. № 3. С. 30-32.

7. Качан Е.Ю., Ивко К.О., Трофимова С.В. Повышение резервных возможностей организма пожилых людей: роль физической активности // Российский современный врач. 2013. Т.17. № 3. С. 30-32.

8. Макушева С.В. Физическая активность пожилых людей // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. 2016. С.190-192.

9. Прядко Л.А. Социально-педагогические аспекты сохранения физической активности пожилых людей в образовательном контексте // Омский научный вестник. 2011. № 6 (102). С. 31-34.

10. Тасс: Общество – ВОЗ: число пожилых людей в мире.

11. Трофимова Л.П. Факторы, определяющие подбор средств физического воспитания и методику их организации с людьми среднего и старшего возраста // под ред. Л.П. Трофимовой; СПб ГАФК им. П.Ф. Лесгафта. – СПб., 2001. – С. 95.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ И РАСШИРЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОЙ СЕТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В АРХАНГЕЛЬСКЕ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ XX ВЕКА

Исаева А.Д., студентка 1 курса медико-профилактического факультета

Научный руководитель: Андреева А.В.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Архангельск

Общество врачей активно распространяло медицинские знания. В 1911 году была организована инициативная группа для чтения

лекций среди населения. В ее работе принимали участие врачи Я. С. Киришман, Г. М. Лейбсон, С.А. Паперна и другие.

В числе лиц, читавших лекции, есть имя нашего земляка студента-медика Н. Н. Приорова (впоследствии он стал действительным членом Академии наук СССР, заместителем министра здравоохранения СССР). Общество врачей принимало меры к улучшению обслуживания детского населения и снижению детской смертности, которая в дореволюционное время была крайне высокой. Одной из инициаторов проведения различных акций для развития помощи женщинам и детям стала доктор Паперна. Под ее руководством совместно с сестрами милосердия была создана организация «Капля молока». Она же была организатором проведения благотворительных акций при поддержке Архангельского отделения Красного Креста.

Деятельность общества врачей сыграла важную роль в объединении врачей губернии, способствовала росту их квалификации и развитию здравоохранения на Русском Севере.

Сразу после революции в Архангельской губернии так же, как и по всей России, активно развивалось профсоюзное движение. В 1918 году различные профсоюзы медицинских работников губернии (союз врачей, фармацевтов, фельдшеров, медсестер и младшего персонала) объединились и образовали губернский отдел союза «Все-медикосантруд». Так он назывался до 1924 года. В этот период были созданы уездные комитеты. С июня 1924 года по сентябрь 1929 года профсоюз медицинских работников Северного края назывался Северный краевой комитет союза «Все-медикосантруд». Все заседания и съезды в тот период указывали на слабую постановку медицинской помощи в нашем регионе, что являлось следствием чрезвычайно ограниченного бюджета органов здравоохранения.

После разгрома интервенции в мае 1920 года были национализированы и переданы в ведение Архгубздравины лечебные учреждения города Архангельска. Больница Приказа общественного призрения была расширена до 300 коек и переименована в Губернскую. В лечебнице Общества врачей было открыто хирургическое отделение, а затем родильный дом имени Самойловой. Вскоре в Архангельске были открыты Санитарно-бактериологический институт, физиотерапевтическая лечебница, больница имени Семашко, венерологиче-

ский диспансер, тубдиспансер, детская консультация и многие другие учреждения. Активно развивалась заводская медицина. В 1924 году в Архангельске работали уже 64 врача, в 1926 году – более 80. Все они объединились во врачебной ассоциации, которую возглавил А.А. Ануфриев. Позднее во врачебной ассоциации организовались секции (хирургическая, терапевтическая и акушерско-гинекологическая).

После открытия Архангельского государственного медицинского института (АГМИ) в 1932 году были организованы общества врачей по специальностям: терапевтическое возглавил профессор Н. Н. Дьяков, хирургическое – профессор М. В. Алферов, акушерско-гинекологическое – профессор В. В. Преображенский. О каждом из этих людей подготовлены статьи для публикации.

Особого внимания заслуживает деятельность медицинских работников в годы Великой Отечественной войны. Научные исследования не только продолжались и увеличивались, но и получили новую военную направленность в 1941-1945 г. на базе АГМИ. Опыт работы медиков в годы Великой Отечественной войны в Архангельской области на госпитальной базе и в гражданском здравоохранении широко представлен в публикациях по данной теме. Среди общественных организаций необходимо выделить многочисленные и разнообразные комитеты помощи. Активнейшими представителями комитетов помощи раненым при госпиталях стали медицинские работники разного состава. Так же медики в составе комитетов помощи семьям погибших военнослужащих осуществляли подворовые обходы для выявления сирот и нуждающихся в военные годы. Архангельские медики были участниками областных комитетов по борьбе с эпидемиями. Они же являлись инициаторами помощи населению, прибывшему с оккупированных территорий. Для детей из блокадного Ленинграда наши граждане осуществляли целевую помощь. Медицинские работники принимали активное участие в создании и функционировании яслей и садов, предназначенных для восстановления здоровья истощенных детей. В послевоенный период архангельские ученые продолжили и преумножили опыт военной медицины.

В советский период наиболее активно работали следующие архангельские общества: терапевтов – председатель профессор Т. Н. Ива-

нова, педиатров – председатель профессор М. В. Пиккель, хирургов – председатели профессора – Г.А. Орлов, Н. П. Бычихин, Б.Н. Федоров.

Неоценимую помощь в сборе материалов по работе указанных Обществ нам оказали ветераны здравоохранения. Среди них – профессора СГМУ Р.Н. Калашников, А.Г. Марголин, В.П. Быков, Т.Н. Иванова, И.Д. Муратова, В.В. Аристова, доцент В.П. Рехачев и многие другие.

Многие ученые Архангельска являлись членами правления Всероссийских обществ в советский период и в настоящее время. Сегодня продолжается изучение опыта работы Обществ и других общественных медицинских организации, которые сыграли важную роль в развитии здравоохранения в Архангельской области. Руководители некоторых архангельских организаций являются коллективными членами Общества изучения истории медицины Европейского Севера, созданного в 2005 году.

Литература:

1. Андреева, А.В. К юбилею Общества Архангельских врачей / А.В. Андреева // Медик Севера. 2008. №5. С. 4-5.
2. Киров А.А., Тюкина А.П. Здравоохранение в Архангельской области в прошлом и настоящем / ред. Р.В. Карташова. Архангельск: Северо-западное книжное издательство, 1967. 145 с.
3. Лейбсон Г. М. Врач Русского Севера (рукопись книги). Л., 1987. 157 с.

ДОАБОРТНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КАК МЕТОД КОРРЕКЦИИ ПОЛОВОГО САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Киркина А.А., студентка 4 курса 5 группы лечебного факультета

Научный руководитель: д.м.н., проф. Санников А.Л.

**ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск**

Проблема высокого уровня абортотв актуальна для Архангельской области и Российской Федерации в целом. Прежде всего, проблема носит много направленный характер, т.е. является не только меди-

цинской, но и морально-этической, социально-демографической и экономической. Ежегодно в мире наступает около 210 млн. беременностей, 45 млн. из которых абортируются. При этом до 25-30% абортотворений не зарегистрированы, т.е. являются внебольничными (криминальными) абортами [1].

По данным Министерства Здравоохранения РФ за 2016 год произведено 836,6 тысяч абортотворений, что на 1,4% меньше, чем в 2015 году, и на 10,1% меньше, чем в 2014 году. В 2016 году на 1000 женщин фертильного возраста от 15 до 49 лет приходилось 23,7 абортотворений, тогда как в 2015 и 2014 годах эта цифра несколько выше, 23,8 и 25,9 абортотворений соответственно. Число абортотворений у первобеременных на 2016 год составило 61,9 тыс., что на 5,9% выше, чем в 2015 году, и на 21,7% меньше, чем в 2014 году. Еще один очень важный показатель, это количество абортотворений на 100 родов. В 2016 году он составил 44,6 абортотворений на 100 родов, в 2015 году – 44,0, а в 2014 году – 48,1 [2].

По сравнению со всей Российской Федерацией в Архангельской области показатели несколько выше. Так, количество абортотворений на 100 родов в 2016 году составило 54,4 [5], это 8,5% меньше, чем в 2015 году [4], и на 12,8% меньше, чем в 2014 году [3]. По сравнению с 2014 годом наметились положительные тенденции в виде роста суммарного коэффициента рождаемости, который в 2015 году составил 1,818 (2013 год – 1,784), а также в виде снижения числа абортотворений с 31,5 в 2015 году до 28,2 на 1000 женщин фертильного возраста в 2016 году [5].

Прерывание беременности регламентируется ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно этому закону, каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве, т.е. каждая женщина вправе самостоятельно решать, прерывать беременность или оставить ребенка. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия и при сроке беременности не больше двенадцати недель. Искусственное прерывание беременности проводится не ранее 48 часов при сроке беременности 4-7 недели и при сроке беременности 11-12 недели и не ранее 7 дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности 8-10 недели беременности [8].

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.06.2007 N 389 «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях» предусмотрена необходимость создания кабинетов медико-социальной помощи [7]. Основными функциями этих кабинетов являются оказание медико-психологической помощи женщинам и членам их семей, оказание социально-психологической помощи несовершеннолетним и осуществление мероприятий по предупреждению аборт.

По направлению врача женщина в обязательном порядке отправляется на консультацию с медицинским психологом. Консультация должна производиться в начале так называемого срока «тишины», чтобы обеспечить женщине достаточный срок для рефлексии и принятия мотивированного решения. Особенность консультирования женщин, взявших направление на прерывание беременности, заключается в том, что они приходят на консультацию не по собственному желанию, т.е. по сути своей являются «немотивированными» клиентами. Задача психолога преодолеть естественное сопротивление «немотивированной» клиентки и сформировать у нее мотив и заинтересованность в консультации у психолога. Эта работа начинается в кабинете врача акушера-гинеколога [6].

В принятии решения об аборте или рождении ребенка выделяют 4 этапа: первая реакция женщины на новость о беременности; сбор мнений (женщина начинает рассказывать ряду людей о беременности и искать среди них помощи); провозглашение решения; стадия оценки. В каждый из этих этапов психолог должен помогать справиться женщине с эмоциональным напряжением и мотивировать ее к принятию правильного решения. После этого женщина идет снова к врачу с решением либо брать направление на аборт, либо вставать на учет по беременности [6].

Доабортное консультирование дает свои результаты. Как по России, так и по Архангельской области количество аборт снижается, а количество рожденных детей увеличивается. Так, на примере Архангельской области можно проследить эффективность доабортного консультирования. Служба доабортного консультирования в Архангельской области функционирует с мая 2012 года и включает 17 центров

(кабинетов) медико-социальной поддержки беременных и доабортного консультирования. Мероприятия по проведению доабортного консультирования осуществляются в рамках государственной программы Архангельской области «Развитие здравоохранения Архангельской области (2013 – 2020 годы)», утвержденной постановлением Правительства Архангельской области от 12.10.2012 №462-пп [5].

В 2014 году 4 820 женщин, обратившихся за процедурой прерывания беременности, получили консультацию специалиста доабортного консультирования, при этом на учет по беременности встали 388 женщин [3]. В 2015 году количество женщин, обратившихся за процедурой искусственного прерывания беременности, составило 5239 женщины, при этом 4642 из них получили консультацию психолога (охват – 88,6%). На учет по беременности встала 391 женщина [4]. За 2016 год в Архангельской области за процедурой прерывания беременности обратились 4528 женщин, охвачено доабортным консультированием было 4347 человек (96,0% женщин). При этом на учет по беременности встали 406 женщин [5]. Так, результативность доабортного консультирования в 2014 году составила 6,6%, в 2015 году – 8,4%, а в 2016 году – 8,9%. Таким образом, можно проследить тенденцию к уменьшению количества аборт, благодаря доабортному консультированию. Сокращение числа аборт имеет серьезный потенциал для повышения рождаемости. Как метод профилактики аборт доабортное консультирование еще только развивается.

Профилактика аборт является одной из приоритетных задач, направленных на охрану репродуктивного здоровья и рождение здоровых детей. Решение проблемы аборт может существенно повлиять на репродуктивное здоровье женщин и, соответственно, на повышение рождаемости. Профилактика аборт – это и есть метод коррекции полового самосохранительного поведения. Каждая женщина должна понимать, что аборт нежелательной беременности может стать причиной бесплодия и других серьезных осложнений.

Литература:

1. Данные ВОЗ за 2016 год. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/unsafe-abortions-worldwide/ru/>

2. Демографический ежегодник России. 2017: Стат. сб./ Росстат. 2017. 263 с.

3. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения в Архангельской области по итогам деятельности за 2014 год. http://minzdrav29.ru/ministry/Open_data/Госдоклад_10.06.2015.doc
4. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения в Архангельской области по итогам деятельности за 2015 год. http://minzdrav29.ru/ministry/Open_data/Госдоклад_06.04.2016.doc
5. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения в Архангельской области по итогам деятельности за 2016 год. http://minzdrav29.ru/ministry/Open_data/ГД_2016_12.04.2017.doc
6. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 17 июля 2017 г. N 15-4/10/2-4792 о направлении методического письма «Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности». <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71637910/>
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.06.2007 N 389 «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях».
8. <https://www.zdrav.ru/articles/26130-prikaz-minzdravsotsrazvitiya-rf-389-ot-01062007->
9. Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Актуальная редакция закона 323-ФЗ от 05.12.2017 с изменениями, вступившими в силу с 16.12.2017. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

ИСТОРИЯ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ПРАКТИК В АГИНСКОЙ БУДДИЙСКОЙ АКАДЕМИИ

**Колесов В.С., студент 2 курса 6 группы лечебного факультета
Научные руководители: д.м.н., проф. Санников А.Л.,**

д.м.н., доцент Варакина Ж.Л.

**ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск**

В 1811 году, на территории современного Забайкальского края, тайши [бур. вождь] Галсаном Мархаевым было определено место,

на котором построили Агинский дацан [тиб. букв. – полно лысых (монахов), монастырь]. С этого времени берёт начало история Агинского дацана – Дэчен Лхундублинг, его Согчен дуган [тиб. большое собрание] был первым каменным буддийским храмом в Агинской степи. В продолжении XIX – начала XX веков дацан переживал период бурного развития, бурятские хуараки [студент буддийского университета] отправлялись учиться в Тибет, в частности в дацан Лабран [тиб., букв., «Дворец учителей»], традиции которого оказали большое влияние на бурятское буддийское духовенство.

В 1861 при Агинском дацане открывается школа буддийской философии – цаннид, что является большим толчком для развития всех остальных буддийских наук, таких как: тантра [санскр. – ткань; вид духовных знаний и практик, основанный на работе с умом], тибетская медицина, астрология и т.д. Появляется множество хорошо образованных лам [тиб. Учитель, священослужитель], в будущем вошедших в состав людей, составивших костяк бурятской культуры. При школе существовала лечебница, где наряду с духовными практиками при лечении больных широко использовались лекарственные растения и гигиенические процедуры оздоровления.

В 60-х годах XIX века образуется книгопечатня, выпускающая качественные книги – вся необходимая каноническая учебная буддийская литература из разных областей знаний (логика, гносеология, буддийская психология – «лориг», наставление по шести парамитам [основополагающие практики буддизма Махаяны, лежащие в основе пути Бодхисаттвы, практические методы, позволяющие выйти за пределы эго и достичь Просветления], тексты по астрологии. Широко издавалась буддийская медицинская литература, такая как – канон «джуд-ши», рецептурники лекарств – «жоры», тантрические тексты, собрание сутр: «дон жур» – собрание изречений будды и «гон жур» – собрание пояснений к первым; и многое другое, в том числе тексты духовных практик). Издается тибето-монгольский словарь, ведется переводческая работа [чтобы переводить буддийские тексты, нужно обладать знаниями лоцзавы – переводчика]. В дацан приглашаются учёные из Тибета, в частности был приглашен чой-манрамба [тиб. высшее научное звание в тибетской медицине]; это также имеет сильное благотворное влияние на развитие буддизма в регионе. В

1884 году появляется факультет тибетской медицины. В 1906 году открывается факультет Калачакра-тантры. Активно строятся объекты духовного значения.

В 30-е годы XX века в Бурятии, как и по всей территории СССР происходят репрессии духовенства. Издаются законы и ведется деятельность губящая учение Будды. Так длится вплоть до 25 октября 1990 года, когда Постановлением Верховного Совета РСФСР был введён в действие Закон РСФСР «О свободе вероисповеданий». В 1993 году по инициативе Бабу ламы, в миру Чимитдоржиев, Владимир Лхамаевич [с 1993 – директор школы тибет. медицины и астрологии, затем, с 1994 – ректор Агинск. филиала ин-та тибет. медицины и астрологии г. Дхармасала (Индия). С 1998 – ректор Агинск. Бур. буддийского ин-та.», начинается возрождение учебной деятельности в Агинском дацане, открывается школа тибетской медицины, факультет буддийской философии, на которых ведут преподавание ламы приглашенные из Монголии и Индии: Дашицыренэ Жамбал, (внутренняя Монголия) – учитель буддийской медицины, геше Дхонам (Гоман, Южная Индия) – учитель философии.

«В 1994 году Школа тибетской медицины была признана филиалом Института тибетской медицины и астрологии (ФИТМА) г. Дхарамсала (Индия). В 1998 году получен статус Агинского Бурятского буддийского института и Федеральная лицензия Министерства общего и профессионального образования РФ на право ведения образовательной деятельности в сфере высшего религиозного образования по направлению: буддийские науки (буддийская философия и тибетская медицина).» В академии идет образовательная деятельность на трех факультетах: буддийская философия, тибетская медицина, буддийская живопись. На обучение в академию принимаются все желающие, прошедшие вступительные испытания, среди которых собеседование, работа послушником при дацане, как минимум один месяц с августа по сентябрь. Срок обучения в буддийской академии составляет четыре года, во время обучения хувараки имеют возможность параллельно получать среднее медицинское образование в ГАОУ СПО «Агинский медицинский колледж».

На протяжении срока обучения будущие эмчи-ламы изучают канон тибетской медицины «Джуд ши», авторами которого являют-

ся тибетские буддийские ученые – Юток Йонтен Гонпо старший и младший, жившие в XII веке. Изучают сопряженные тексты, рецептурники, сутры, каталоги лекарственных средств, изучают тибетский и монгольский языки. Также практикуются в сборе лекарственных средств и в составлении лекарственных составов. Помимо прикладных знаний хувараки постигают духовные науки, например, такие как- виная [свод правил и распорядка буддийской монашеской общины (сангхи), зафиксированный в канонических сочинениях].

Каждый хуварак обязан носить ламское одеяние – дангог, архимжо, шантаб. Сам дацан состоит из группы построек. В основном это дуганы и субурганы [постройка, символизирующая ум Будды]. Буддийская академия имеет собственное здание, построенное в стиле буддийских храмов. Так же на территории дацана расположены жилые дома, в которых проживают хувараки. Во главе каждого жилого домика поставлен лама, который ведет прием прихожан – помогает решить житейские проблемы с точки зрения учения будды, проводит духовные практики, призванные помочь обратившемуся за помощью, или же, если лама имеет буддийское медицинское образование, он так же может оказать квалифицированную помощь при различных заболеваниях. Каждый лама несет заботу и ответственность за хуваракон проживающих в его доме, помогает им материально.

Агинский дацан входит в состав БТСР – буддийской традиционной сангхи России, которая берет своё начало, как юридическое лицо с 1946 года.

Литература:

1. Агинская Буддийская Академия. Википедия <https://ru.wikipedia.org/wiki/> дата обращения 7.12. 2017.
2. Буддизм. Словарь./ Н. Л. Жуковская, В. И. Корнев. М.: Республика. 1992. С.12-34.
3. Ванчикова Ц. П. Тибетцы в Бурятии: новый феномен в этническом и культурном многообразии Республики // Ученые записки Забайкальского государственного университета. Серия: Филология, история, востоковедение. Чиа: ЗабГУ, 2012. Вып. 2. С. 131 (128–135).
4. Варнавский П. К. Национальная» религия в контексте глобализации: традиционный буддизм в современной Бурятии // Антропологический форум / гл. ред. А. Байбурин. 2011. № 14. С. 192-211.

5. Цикл учений «Юток Ньинтик» http://www.e-reading.mobi/bookreader.php/1036276/Cikl_ucheniy_Yutok_Nintik.html дата обращения 7.12. 2017

6. Сайт Агинской буддийской академии <http://aginskydatsan.ru/menu/28> дата обращения 7.12. 2017

РЕКОМЕНДАЦИИ РОДИТЕЛЯМ ПРИ ЗАИКАНИИ У ДЕТЕЙ

Лапикова К.С., магистрантка 1 курса ВШППиФК САФУ

Научный руководитель: Мочалова Л.Н., к.пед.н.,

доцент кафедры спец. педагогики и психологии

ФГАОУ ВО «Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова», г.Архангельск

Заикание определяется как нарушение темпа, ритма и плавности устной речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Именно поэтому преодоление заикания – процесс, требующий времени и комплексного подхода.

Часто у родителей возникает вопрос: «А когда же следует начинать коррекцию заикания?». Ранняя коррекция речевого недуга позволит свести его проявления к минимуму еще до начала школьного обучения, поэтому поход к специалисту нужно назначать, когда заикание только начало себя проявлять.

Коррекционную работу по устранению заикания начинают с определения его типа, это может быть:

- Логоневроз, или невротическое заикание. Обычно проявляется у детей в результате психотравмирующей ситуации.
- Неврозоподобное заикание. Обычно возникает и усиливается у детей постепенно.

Лечение речевого недуга носит только комплексный характер и начинается после проведения обследования ребенка. Если в ходе обследования у ребенка выявили логоневроз, то основную работу по устранению заикания будет проводить детский психолог. Свою деятельность он будет выстраивать по нескольким направлениям: повышение у ребенка эмоциональной устойчивости к стрессовым ситуациям; обучение ребенка и родителей способам релаксации; об-

учение родителей эффективному взаимодействию со своим ребенком. Лечение заикания, как говорилось выше, носит комплексный характер, поэтому, безусловно, потребуется работа с логопедом и неврологом. Последний подберет специальные препараты, которые помогут успокоить и снять мышечные спазмы.

При втором типе заикания у ребенка (неврозоподобном заикании), основную коррекционную работу выполняет учитель-логопед. Основной задачей логопеда является научить ребенка говорить правильно. Здесь также потребуется помощь невролога, который назначит длительное медикаментозное лечение. Родителям стоит помнить, что данное коррекционное лечение должно быть регулярным и продолжительным (не менее года), в этом случае оно будет эффективным.

Для преодоления данного речевого недуга, родителям нужно соблюдать некоторые рекомендации в общении с ребенком:

- Для снижения уровня тревожности у ребенка, соблюдайте режим дня.
- Организуйте сон ребенка ночью продолжительностью не менее 8 часов.
- В разговоре с ребенком, голос взрослого – спокойный, негромкий и неторопливый.
- В общении с детьми, старайтесь не делать резких движений и избегать взрывных интонаций.
- При высказываниях ребенка, не перебивайте и не торопите его.
- Чаще проявляйте ласку и поддерживайте тактильный контакт с ребенком.
- Старайтесь выполнять все рекомендации специалистов.

Рекомендации родителям для профилактики заикания у детей:

1. Обязательно организуйте своему ребенку дневной отдых.
2. Если ребенок находится на грани истерики или уже плачет, то постарайтесь удержать его от речи в этот момент.
3. Не делайте замечаний, если ребенок употребляет «слова-паразиты» (это, ну, вот, а, значит).
4. Не стоит наказывать ребенка за употребление непристойных слов, отвлеките его внимание чем-то интересным.
5. Старайтесь организовать деятельность ребенка так, чтобы его не приходилось торопить.

6. Если ребенок не хочет, не просите его выступать перед посторонними людьми.

7. Старайтесь решать все проблемы спокойно, без эмоциональных взрывов и всплесков.

Для устранения заикания у ребенка необходимо комплексное лечение, но не менее важны общие усилия всех членов семьи и благоприятная обстановка в доме.

Литература:

1. Арутюнян Л.З. Как лечить заикание: Методика устойчивой нормализации речи / Л. З. Арутюнян (Андропова). М.: Эребус, 1993. 160 с.

2. Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Заикание / Учебное пособие для студентов педагогических институтов по специальности “Логопедия”. М.: В. Секачев, 1998. 304 с.

3. Шкловский В. М. Психотерапия в комплексной системе терапии логоневрозов / Руководство по психотерапии. М.: 1974. С. 197-209.

«ИНТЕРНЕТ» КАК ФАКТОР НАРУШЕНИЯ ПСИХИКИ У ДЕТЕЙ

Лукачева В.С., студентка 4 курса педиатрического факультета

Научный руководитель: д.м.н., проф. Санников А.Л.

**ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г.Архангельск**

Современный мир и Интернет – понятия не разделимые. Следует отметить, что внедрение глобальной компьютерной сети в нашу жизнь сопровождается рядом положительных моментов, однако отмечается и значительное количество пагубных влияний. Большой процент информации, доступ к которой является свободным, не предназначен для детей по определенным моральным или этическим нормам. Детский организм, особенно психика ребенка, довольно быстро реагирует на новую информацию, поступающую извне. Во время знакомства с интернет-ресурсами взрослый, в отличие от

ребенка, имеет сформировавшиеся понятия о морали, нравственности и этических принципах.

Позволяя ребенку заходить в Интернет, не стоит забывать о риске столкновения с негативными контентными материалами к которым относятся: любые материалы, способствующие разжиганию расовой и религиозной ненависти; пропаганда азартных игр, алкоголя, курения и наркотиков; кибербуллинг (агрессивное поведение в сети, травля человека в Интернете) и т.п. Все это наносит серьезный урон не до конца сформировавшейся психике ребенка.

В конце 2016 года – начале 2017 года в Интернете приобрела особую популярность так называемая игра «Синий кит». Как говорилось в СМИ, финальной ее целью было совершение самоубийства. Эта игра приобрела особую «популярность» среди школьников, проводящих значительное количество свободного времени в социальных сетях. Как результат – гибель более 100 детей, участвовавших в этой игре смерти.

Особое место занимают компьютерные игры. Безусловно существуют и полезные программы, помогающие ребенку развивать определенные навыки и кругозор. Однако, учеными было проведено несметное количество социологических исследований в разных странах, в разных возрастных группах в результате которых было установлено, что большинство игр способствуют появлению агрессивного поведения у детей. Дети становятся неуравновешенными, озлобленными. Их сложно отлучать от игр и может развиться игровая зависимость.

В феврале 2017 года состоялся круглый стол по вопросам Недели Безопасного Рунета. В ходе разговора было отмечено, что количество детей, пользующихся Всемирной глобальной сетью возросло до 95 %. В свою очередь, по данным, приведенным профессором кафедры психологии личности МГУ Галины Солдатовой «32% детей сидят в сети каждый день по 8 часов, хотя ещё три года назад их было всего 14%. На наших глазах формируется новое «цифровое» поколение, которое неизбежно сталкивается с рисками при пользовании Всемирной паутиной». [3]

Ранний допуск и бесконтрольное пользование глобальной сетью может привести к необратимым изменениям в психике ребенка

вплоть до смертельных исходов. Прежде чем вести разговоры с самим ребенком об Интернете, необходимо объяснить родителям насколько это может оказаться опасным.

Литература:

1. Меликова Н.Д. Влияние Интернета на психику детей / *Universum: Психология и образование* : электрон. научн. журн. 2015. № 11-12 (20).
2. Безопасный интернет для детей / [Электронный ресурс]. Режим доступа : http://www.bizhit.ru/index/bezopasnyj_internet_dlja_detej/0-651
3. Фонд Развития Интернет: Интернет-риски / [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://detionline.com/helpline/risks>

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРАВМАТИЗМА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Максимова М.А., студентка 4 курса лечебного факультета

Научный руководитель: д.м.н., доц. Варакина Ж.Л.

**ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г.Архангельск**

Профилактика и снижение травматизма во всех возрастных группах является одной из главных задач всех социальных институтов государства. Детский и взрослый травматизм в научной литературе анализируется с разных аспектов: изучение структуры и распространенности, причин и видов травм, а также оценка тактики и объема оказания медицинской помощи.

Первостепенными задачами медицинских работников по борьбе с травматизмом являются: полный учет всех травм, тщательный анализ причин и обстоятельств их получения, информирование всех заинтересованных ведомств и организаций регионов, ответственных за устранение их причин, разработка медицинских профилактических мероприятий [9, 11].

Следует выделить травмы, которые продолжают оказывать крайне неблагоприятное влияние на все показатели общественно-

го здоровья. Так, при общей численности населения Российской Федерации 146,8 млн. человек всеми лечебно-профилактическими учреждениями ежегодно регистрируется до 12,5 млн. различных по характеру и локализации травм [13]. То есть фактически каждый 7-8 гражданин нашей страны за прошедший календарный год имел или травму различной степени тяжести или значительный риск ее получения в связи с заболеванием.

Травмы определяют до 9 % всех случаев госпитализаций взрослых в России, отличаясь при этом длительным (по сравнению со всеми причинами госпитализаций) пребыванием в стационаре и высокой летальностью [1, 2]. Доля потерь жизненного потенциала вследствие смертности от внешних причин в структуре потерь общей смертности среди мужского населения Архангельской области составляет 24,5%, среди женского – 6,8% [3, 10]. Если рассмотреть показатели у отдельных групп населения, то можно сделать вывод о том, что данная проблема особенно актуальна для лиц детского возраста. Ежегодно в медицинских организациях Архангельской области регистрируется более 37 тысяч травматических повреждений у детей. Тем не менее, за последние 3 года (2014 – 2016 гг.) отмечается снижение показателя на 1,9% [12]. Травматизм по своей сути создает ситуацию социально-кризисного характера, приводящую к снижению уровня общественного здоровья. Это, в свою очередь, обуславливает необходимость детального изучения травм, отравлений и других воздействия внешних причин во всех возрастных группах и нахождения путей их профилактики [2, 5].

По данным Министерства здравоохранения Архангельской области в среднем за последние три года на 1000 населения приходится 118 человек, которые пострадали в результате травм, отравлений и других воздействий внешних причин. Ежегодно в медицинских организациях Архангельской области регистрируется более 139 тыс. травматических повреждений у взрослых и детей. Если рассмотреть показатели у отдельных групп населения, то можно сделать вывод о том, что данная проблема особенно актуальна для лиц детского возраста.

Большинство травм являются предотвратимыми. Выявленные возрастные и половые аспекты травматизма с учетом его вида, ха-

рактера и обстоятельств несчастных случаев должны стать базовыми для планирования предупредительных мероприятий.

Проведенные в предыдущие годы исследования, результаты которых опубликованы в ряде научных статей [4–8], дают возможность выдвинуть ряд предложений, реализация которых будет способствовать развитию профилактического направления в отношении травматизма на региональном уровне.

1. В связи с повышенной вероятностью переломов преимущественно проксимального отдела бедренной и плечевой костей, нижнего конца лучевой кости после падений людей пожилого и старческого возраста в домашних условиях следует шире внедрять индивидуальное профилактическое консультирование по вопросам улучшения бытовых условий с учетом состояния здоровья (остеопороз, нарушения зрения, опорно-двигательной и других систем).

2. Повреждения в быту режущими и механизированными инструментами, падения, сопровождающиеся переломами костей, связанные с выполнением ремонтных работ, указывают на необходимость обучения населения элементарным мерам предосторожности, соблюдения техники безопасности.

3. Возрастающая частота уличных травм (переломов костей, вывихов и растяжений, ушибов) при падениях в связи с гололедом, снегом, дождем и дефектами дорожных покрытий (трещины в асфальте, выбоины и ямы, камни, неровности грунта и др.) ориентирует на усиление деятельности администрации города, службы ЖКХ по улучшению условий пешеходного движения граждан.

4. В отношении дорожно-транспортного травматизма, жертвами которого являются пешеходы, в том числе лица пожилого возраста, дети, водители и пассажиры, сопровождающегося переломами костей, множественными и сочетанными повреждениями, смертельными исходами, сотрудникам ГИБДД, инструкторам, обучающим водителей, учителям школ следует проводить активную пропаганду правил дорожной безопасности.

5. Выявленные факты умышленных травм, в том числе со смертельным исходом, к которым относятся открытые раны конечностей и туловища, включая ножевые и огнестрельные, переломы костей и черепно-мозговые повреждения в результате противоправных дей-

ствий при нападениях других лиц должны определить меры со стороны МВД по борьбе с преступностью.

6. Руководителям трудовых коллективов, инженерам по технике безопасности для профилактики травматизма надлежит усилить контроль технологических процессов на строительных и ремонтных площадках, в производственных помещениях цехов, где чаще происходят падения рабочих на плоскости и с высоты или возникают повреждения кисти при работе с режущими и механизированными инструментами.

7. Предупреждение травматизма у детей и подростков осложнено их физической активностью и возрастными особенностями психики. В борьбе с детским травматизмом большое значение имеет профилактика, т.е. правильное воспитание детей, разъяснение опасности игр на улице; создание широкой сети детских площадок, парков, садов; улучшение техники безопасности городского транспорта (автоматические двери, ликвидация подножек и т. д.). Эти мероприятия способствуют снижению числа уличных травм среди детей.

8. В профилактике спортивного травматизма играет роль контроль за организацией и методикой учебно-тренировочных занятий и соревнований (особенно у начинающих спортсменов). Весьма важны так называемая страховка и помощь на занятиях; технический и санитарно-гигиенический надзор за состоянием мест занятий и соревнований, спортивного инвентаря, одежды, обуви и снаряжения спортсмена. Немаловажную роль занимает использование специальных защитных приспособлений (щитки, налокотники, наколенники, напульсники и т. д.), а также медицинский контроль за спортсменами.

Значительная роль в профилактике травматизма, как производственного, так и непроизводственного, принадлежит медицинским работникам. Перед ними поставлен ряд задач, решение которых, способствует снижению показателей травматизма. Также ими предоставляется достоверная и полная информация о травматизме, что является обязательным условием его эффективной профилактики. Решающая роль принадлежит медицинским работникам в осуществлении квалифицированного лечения пострадавших от травм, в сокращении сроков временной нетрудоспособности, предупреждении инвалидности, снижении летальности от травм.

Следует также отметить тот факт, что сотрудниками кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ научно обоснована программа по мониторингу и снижению травматизма и насильственной смертности на Европейском Севере России. Программа снижения травматизма и насильственной смертности включает направления мониторинга и предотвратимости на трех уровнях: федеральный, региональный и муниципальный [5].

Литература:

1. Варакина Ж. Л., Санников А.Л. «Травматическая эпидемия» в современной России (на примере Архангельской области) / монография. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2018. 198 с.

2. Варакина Ж. Л., Арапова Л. А., Вязьмин А. М., Санников А. Л. Динамические тенденции и региональные особенности инвалидности в Архангельской области как ведущего параметра общественного здоровья // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2013. № 4. С. 18 -20.

3. Варакина Ж. Л., Вязьмин А. М., Санников А. Л. Оценка экономического ущерба от внешних причин смертности как элемента безопасности жизнедеятельности населения Архангельской области // Экология человека. 2014. № 11. С. 31–37.

4. Варакина Ж.Л. Потери населения Архангельской области, обусловленные внешними причинами смертности: структура, динамика и особенности кодировки // Социальные аспекты здоровья населения. 2017. № 4. С. 4.

5. Варакина Ж. Л. Травматизм и насильственная смертность: системный анализ и программа снижения на Европейском Севере России : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Москва, 2017. 49 с.

6. Гончарова Л.А., Гречухин И.В., Куркин А.М. Восстановительное лечение и профилактика ротационных подвывихов в шейном отделе позвоночника у детей // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2011. № 4 (80). С. 54–56.

7. Гречухин И. В. Комплексный клинико-статистический анализ травм опорно-двигательной системы // Травматология и ортопедия России. 2011. № 2 (60). С. 160–163.

8. Гречухин И. В. Характеристика детского и подросткового травматизма, возрастные и био- ритмологические аспекты его профилак-

тики / И. В. Гречухин // Пермский медицинский журнал. 2010. Т. 27. № 1. С. 105–112.

9. Коновалов А. Н. Непроизводственный травматизм у работающего городского населения и пути его профилактики : автореф. дис. ... канд. мед. Наук. СПб., 2008. 26 с.

10. Перфильева М.Г. Медико-социальные аспекты травматизма трудоспособного населения Архангельской области // Сборник материалов IV Всероссийской (78-й Итоговой) студенческой научной конференции Самарский государственный медицинский университет. 2010. С. 256–257.

11. Травматология и ортопедия : рук-во для врачей / под ред. Н. В. Корнилова : в 4 т. – СПб. : Гиппократ, 2004. – Т. 1 : Общие вопросы травматологии и ортопедии / под ред. Н. В. Корнилова и Э. Г. Грязнухина. СПб. : Гиппократ, 2004. 768 с.

12. Хайбулаева У. С. Медицинские аспекты травматизма в детском возрасте. / Общественное здоровье и здравоохранение: преемственность науки и практики. 2017. №1. С. 244–247.

13. Щетинин С. А. Медико-социальные последствия травматизма в России на рубеже веков // Социальные аспекты здоровья населения. 2014. №4. С. 20–21.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

**Надыргулова Д. И., студентка 3 курса, Туганова А. Т., студентка
5 курса, Тулякова Д. И., студентка 5 курса ОГМУ**
**Научный руководитель: к.м.н., старший преподаватель
каф. общей и коммунальной гигиены Кряжев Д.А.**
**ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский
университет», г.Оренбург**

По данным, предоставленным специалистами ВОЗ, здоровье на 50-55% зависит от образа жизни человека, на 20-23% – от наследственности, на 20-25% – от состояния окружающей среды и на 8-12% – от работы системы здравоохранения. Следовательно, в

большей степени здоровье человека зависит от его образа жизни, а значит можно считать, что основной линией формирования и укрепления здоровья является здоровый образ жизни. Как физическое, так и психологическое благополучие в полной мере влияет на формирование здорового образа жизни.

Цель исследования: изучение влияния социально-психологических особенностей личности на формирование здорового образа жизни студентов с учетом гендерных различий.

Задачи: провести оценку аспектов социально-психологического статуса, проанализировать уровень культуры в области полового воспитания.

Материалы и методы: исследование проводилось методом анонимного анкетирования, который являлся более удобным при обработке и анализе данных и позволяет значительно сократить время сбора информации.

Результаты: анкеты заполнены 542 студентами Оренбургского медицинского университета 3-го курса лечебного и медико-профилактического факультетов.

За 2016-2017 год психологический климат в группе считают благоприятным 45,75%, оценивают как удовлетворительный – 44,46%, неблагоприятный – 5,35% и конфликтный – 4,98%.

В 2016 году 10,61 % оценивают период сессии как период подъема работоспособности, в 2017 году – 7,21%. За 2016 и 2017 год девушки 38,35% в отличие от юношей (15,55%) оценивают период сессии, как период нервного срыва.

В 2016 году при возникновении проблемы большинство студентов обратятся за помощью к родителям – 43,34% и решат сами свои проблемы – 38,12%. В 2017 году 47,23% – обратятся к родителям и решат сами – 39,54%. Студентки чаще обращаются к родителям – 54,23%. Студенты решают сами свои проблемы – 63,59%.

В 2016 году предпочитают защищенный секс – 89,86% и 9,12% имеют незащищенный половой акт. За 2017 год 87,41% предпочитают защищенный секс и 16,89 % – незащищенный половой акт. В 2016 и 2017 году беспорядочную половую жизнь ведут 7,32% респондентов.

Выводы: студенты медицинского университета находятся в психологически комфортных условиях обучения, высокий удельный

вес обучающихся расценивают период сессии как психологическое перенапряжение или нервный срыв. Взаимоотношения студентов в группе можно считать благоприятными. Высокий процент лиц среди юношей, не используют средства контрацепции, тем самым образуя группу риска по заболеваниям, передающимся половым путем.

ГЕРОНТОДИЕТОЛОГИЯ В ОБРАЗЕ ЖИЗНИ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА

Османова Г.Ш., студентка СГМУ

Научный руководитель: д. м. н., проф. Санников А. Л.
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск

Геронтодиетология – один из важнейших разделов диетологии, изучающий проблемы питания пожилого и старого человека, а также лиц с высоким риском раннего и патологического старения, разрабатывающий основы рационального, профилактического и лечебного питания и методы его организации [1].

Диетология – это раздел медицины, изучающий питание здорового и больного человека, разрабатывающий основы рационального, профилактического и лечебного питания и методы его организации. Благодаря своим большим универсальным лечебным и оздоравливающим возможностям, завоевала равноправие в ряду других основных и важнейших терапевтических специальностей, и стала востребованной практически всеми клиническими и профилактическими дисциплинами. Не явились исключением геронтология и гериатрия.

Возникновение и развитие геронтодиетологии определялось необходимостью разработки новой системы питания, которая учитывала бы не только возрастные изменения организма и различные виды старческой патологии, но и возможные индивидуальные неблагоприятные инволюционные тенденции в развитии конкретного организма, формирующие возникновение преждевременного (раннего) старения [3].

Функциональная структура современной геронтодиетологии представлена двумя важнейшими разделами: рациональным питанием

(питание практически здорового пожилого человека) и лечебно-профилактическим питанием (клинической геронтодиетологией) [4].

Научно-методической базой современной диетологии, и ее важного раздела – геронтодиетологии – является теория (учение) адекватного питания, разработанная академиком А. М. Уголевым в 1984 г. Он обобщил и развил все предыдущие достижения в области физиологии и патологии питания, которые использовал для научного обоснования теоретических постулатов и практических выводов диетологии нового времени его собственное открытие мембранного пищеварения, теории функциональных блоков, роли кишечной эндоэкологии и пищевой клетчатки в физиологии пищеварения [10, 2]. Важнейшим базисным компонентом, использованным А. М. Уголевым из работ своих предшественников – понятие о рациональном питании, предложенное и обоснованное академиком А. А. Покровским.

Рациональное питание – это физиологически полноценное питание здоровых людей с учетом их пола, возраста, характера труда и других факторов, способствующее сохранению высокой физической и умственной работоспособности человека, устойчивости к возникновению болезней, продлению жизни.

Требования к рациональному питанию слагаются из требований к режиму питания, пищевому рациону и условиям приема пищи [9]. Применительно к людям пожилого и старческого возраста, а также к лицам с высоким риском преждевременного старения, эти требования составили практическую основу питания лиц старшего возраста, утвержденную ВОЗ в 1988 г. [8]. Принципы:

1) соответствие энергоценности рациона фактическим энергозатратам организма;

2) профилактическая направленность питания;

3) соответствие химического состава рациона возрастным изменениям обмена веществ и функций органов и систем;

4) разнообразие продуктового набора для обеспечения сбалансированного содержания в рационе всех незаменимых пищевых веществ;

5) использование продуктов и блюд, обладающих достаточно легкой перевариваемостью в сочетании с продуктами, умеренно стиму-

лирующими секреторную и двигательную функцию органов пищеварения, нормализующих состав кишечной микрофлоры;

6) правильный режим питания с более равномерным по сравнению с молодым возрастом распределением пищи по отдельным приемам;

7) индивидуализация питания с учетом особенностей обмена веществ и состояния отдельных органов и систем у конкретных пожилых и старых людей и долголетних привычек в питании.

Следует отметить, что лица пожилого, особенно старческого возраста, тяжело переносят избыточное калорийное (энергетически ценное) питание и вполне удовлетворительно – энергетически дефицитные пищевые рационы. Известно, что избыточно калорийное питание, преимущественно за счет углеводистой компоненты, способствует активизации инволюционных процессов в организме даже практически здоровых людей [7, 12]. Но при дефицитности белкового обеспечения, как уже было давно замечено [6], самым неблагоприятным образом влияет на процессы метаболического обеспечения тканевой регенерации организма человека пожилого и старческого возраста [14], на все регуляторные и адаптационно-компенсаторные механизмы [15].

Теория адекватного питания, как научный фундамент перспективного развития современной диетологии, большое значение придает физиологической роли облигатной микрофлоры кишечника [10]. То есть, адекватное питание следует рассматривать как базовое условие здорового питания, не адаптированного к конкретному человеку.

Многочисленными исследованиями доказана незаменимая роль нормального кишечного микробиоценоза в функционировании многих систем жизнеобеспечения организма, в том числе состоятельности адаптационно-компенсаторных механизмов и активности физиологических процессов противодействия преждевременному старению [11, 14]. Именно поэтому непереносимым условием для поддержания в физиологическом равновесии кишечной микрофлоры современная геронтодиетология видит необходимость обеспечения организма пожилого человека достаточным количеством пищевой клетчатки (целлюлоза, гемицеллюлоза, пектин, лигнин и др.) Пищевая клетчатка относится к неотъемлемым компонентам рациона здо-

рового питания пожилого человека, выполняя широкий круг задач: создание оптимальных условий для кишечной эндоэкологии; нормализация деятельности желудочно-кишечного тракта; увеличение массы мышечного слоя желудочно-кишечного тракта; активизация моторики желудочно-кишечного тракта; активизация пищеварения и всасывания в кишечнике; увеличение давления в полостях желудочно-кишечного тракта; участие в водно-электролитном обмене; энтеросорбция.

Лечебно-профилактическое питание, или клиническая диетология, является вторым важнейшим компонентом геронтодиетологии представлена тремя клиническими блоками: интенсивной геронтодиетологией (искусственное питание), гериатрической диетотерапией (лечебное питание) и профилактической геронтодиетологией (профилактическое питание). Обозначенные три составных части и три взаимосвязанных этапа единого клинического процесса нутриционного обеспечения больного человека старшего возраста представляют собой функциональный базис современной геронтодиетологии. Создание новых методологий, средств и технического обеспечения искусственного питания в виде парентерального и зондового (энтерального) питания впервые открыли большие возможности в кардинальной лечебной помощи наиболее тяжелым категориям больных [5, 13].

Диетотерапия (лечебное питание) – это применение с лечебной целью специально подобранного пищевого рациона (диеты) в сочетании с соответствующим режимом питания. Профилактическая геронтодиетология – важнейший раздел клинической диетологии, занимающийся изучением и обоснованием методов и средств питания здоровых людей с высоким риском развития раннего (преждевременного) старения.

В заключение следует отметить, что бурное развитие современной медицины, в то числе достижения фундаментальных наук и клинических дисциплин, открывает широкие возможности и большие перспективы перед диетологией как одной из основных лечебно-профилактических специальностей и ее важнейшего раздела – геронтодиетологии. Использование новых апробированных методов и средств профилактики преждевременного старения и лечения болез-

ней у пожилых людей и стариков на основе перспективных клинических методологий силами современных высокообразованных врачей способно вывести на новый, более совершенный уровень достижения геронтодиетологии.

Литература:

1. Анисимов В. Н. Горячие точки современной геронтологии // Природа. 2007. № 2. С. 38–44.
2. Анисимов В. Н. Молекулярные и физиологические механизмы старения. СПб.: Наука, 2003. С. 12-32.
3. Анисимов В. Н., Соловьев М. В. Эволюция концепций в геронтологии. СПб.: Эскулап, 1999. С. 67-86.
4. Барановский А. Ю., Протопопова О. Б., Хурцилава О. Г., Геронтодиетология // Успехи геронтологии. 2012. Т. 25. № 2. С. 205–216.
5. Горшунова Н. К. Комплексная реабилитация в геронтологии и гериатрии // Современ. наукоемкие технологии. 2004. № 3. С. 55–58.
6. Григоров Ю. Г., Семесько Т. М., Козловская С. Г. и др. Сравнительная оценка фактического питания и состояния здоровья людей старших возрастов // Пробл. старения и долголетия. 2002. Т. 11. № 1. С. 78–86.
7. Долгих В. Т. Патофизиология обмена веществ / Н. Новгород: НГМА, 2002. С. 23-28.
8. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 1998 г.: Жизнь в XXI столетии – что нас ожидает (Доклад генерального директора ВОЗ). Женева: ВОЗ, 1998. С. 12.
9. Лифляндский В. Г. Новейшая энциклопедия здорового питания. СПб.: Нева, 2004. 396 с.
10. Уголев А. М. Теория адекватного питания и трофология. Л.: Наука, 1991.
11. Хавинсон В. Х., Малинин В. В. Пептидная регуляция генетической стабильности при старении // Мед. академ. журн. 2006. Т. 6. № 1. С. 139–143.
12. Хорошилов И. Е., Панов П. Б. Клиническая нутрициология: Учеб. пособие / Под ред. А. В. Шаброва. СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2009. С. 34-54.
13. Barlow R. C. et al. A multicentred randomized controlled trial of early enteral nutrition versus conventional management in patients

undergoing major upper gastrointestinal surgery for malignancy // Clin. Nutr. 2007. Vol. 2. № 2. P. 120.

14. Fontana L., Weiss E. P., Villareal D. T. et al. Long-term effects of calorie or protein restriction on serum IGF-1 and IGFBP-3 concentration in humans // Aging Cell. 2008. Vol. 7 (5). P. 681–687.

15. Sohal R. S., Weindruch R. Oxidative stress, caloric restriction, and aging // Science. 1996. Vol. 273. P. 59–63.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Рябушкина Е.А., студентка 4 курса СГМУ

Научный руководитель: д. м. н., проф. Санников А. Л.

**ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск**

Здоровье и образование – базовые составляющие, определяющие жизненный путь человека. От здоровья зависит работоспособность, а образование формирует мотивацию в здоровом образе жизни. «В детях сейчас все! Жизнь бессмертного характера начнется с детей», – писал П. К. Иванов [1].

Здоровый образ жизни для детей можно сравнить с фундаментом для здания. Правильно сформированный фундамент организма малыша в будущем обеспечит полноценное физическое и умственное развитие. С самого раннего возраста ребенку необходимо закладывать основы здорового образа жизни, формировать у него потребность в физической культуре и занятию спортом.

По мнению М.В. Максимовой, «...современная система здоровьесбережения в дошкольном учреждении должна строиться не только на создании здоровьесберегающей среды и комплекса специальных мероприятий по укреплению и охране здоровья ребенка, но и широкой педагогической работе по приобщению детей к ценностям здорового образа жизни и формированию привычки к здоровому образу жизни» [7].

Сохранение и укрепление здоровья детей – одна из важных целей общества, семьи и системы образования. С малых лет человек дол-

жен находиться в таком пространстве, где условия будут направлены на здоровьесбережение и устранение факторов риска для здоровья. Формированию здоровью ребенка способствуют не только семейное или образовательное здоровьесберегающие пространства в детском образовательном учреждении. Имеет значение создание партнерских связей между всеми институтами здравоохранения, физической культуры и спорта с целью сотрудничества и взаимопомощи [8].

В.Т. Кудрявцев отмечает, что механизм формирования ценности здоровья и здорового образа жизни у детей предполагает создание «образа здоровья» – идеала, к которому они должны стремиться на основе сформированных представлений о здоровье как таковом; представлениях о собственном организме; представлениях об охране и укреплении здоровья. В работах В.А. Деркунской, М.Г. Коршуновой, В.Н. Мясищева указывается, что воспитание ценностного отношения к здоровью у дошкольников, является его осознанность и определение смысла той деятельности, которую они осваивают вместе с взрослым. От того, насколько этот смысл станет близок и понятен им, зависит качество и результат деятельности в целом, станет ли деятельность формальной, условной или осмысленной и устойчивой [3].

Здоровый образ жизни – это активная деятельность человека, которая направлена на сохранение и укрепление здоровья. К этой активности можно отнести следующие составляющие: рациональная двигательная активность, соблюдение режима дня, правильное питание, закаливание организма, сохранение стабильного психоэмоционального состояния. Все это должно быть заложено в основу фундамента здорового образа жизни дошкольника.

Счастливый ребенок – это прежде всего ребенок здоровый и только потом уже читающий и играющий на скрипке [4]. «Одна из важнейших задач детского сада, – писала Н.К. Крупская, – привить ребятам навыки, укрепляющие их здоровье. С раннего детства надо учить ребят мыть руки перед едой, есть из отдельной тарелки, ходить чистыми, стричь волосы, вытряхивать одежду, вытирать ноги, не пить сырой воды, вовремя есть, вовремя спать, быть больше на свежем воздухе и т.д.». «Здоровье так же заразительно, как и болезнь», – считал Ромен Роллан [1].

Вырастить человека здоровым, сильным, жизнерадостным – не только задача родителей, но и каждого дошкольного учреждения. Именно там большую часть дня проводит дошкольник. Поэтому так важно сформировать партнерские взаимоотношения с родителями, которые в свою очередь должны быть заинтересованы в сохранении и укреплении здоровья своего ребенка.

Дети младшего дошкольного возраста понимают, что такое болезнь, но объяснить, что такое здоровье ещё не могут. В среднем дошкольном возрасте понятие здоровья у детей как «не болели». Они рассказывают о том, как болели, у них проявляется негативное отношение к болезни на основании своего опыта. На вопрос, что нужно делать, чтобы не болеть, многие дети отвечают: нужно не простужаться, не есть на улице мороженого, не мочить ноги. Из этих ответов следует, что дети начинают осознавать угрозы здоровью со стороны внешней среды, а также своих собственных действиях (есть мороженое, мочить ноги) [9]. В старшем дошкольном возрасте дети начинают соотносить занятия физкультурой с укреплением здоровья и в его определении на первое место ставят физическую составляющую [9]. В то же время исследования по Архангельской области показывают высокий уровень травматизма (уличного, спортивного, бытового) у детей дошкольного возраста, что необходимо учитывать при соответствующих мероприятиях [2].

Формирование основ здорового образа жизни и здоровья у ребенка реализуется через просмотр мультфильмов, специальные игры, викторины, дни здоровья, спортивные праздники. Именно такие мероприятия хорошо воспринимаются детьми, а значит, формируется нужное отношение к своему здоровью.

В систему субъектов формирования ЗОЖ необходимо включить семью, так как именно через подражание родителям, их поведению проходят становление поведенческие стереотипы и навыки у ребенка в этом возрасте. Поэтому, семейное окружение вносит значительный вклад в валеологическое воспитание детей и учащихся [10].

В дошкольном учреждении не менее важным является просветительская работа с родителями детей. Поэтому необходимо: знакомить родителей с результатами мониторинга здоровья детей, организовывать практико-ориентированные формы работы с родителями (ма-

стер-классы и т.п.), оформлять стендовую информацию в группах, издавать внутри дошкольного учреждения буклеты, брошюры по здоровому образу жизни, организовывать семейные праздники здоровья, конкурсы рисунков на тему здорового образа жизни [8].

Если правильно организовать развивающую среду, учитывать возрастные особенности детей, привлекать к работе по ЗОЖ родителей, систематическая работа по формированию здорового образа жизни детей дошкольного возраста способствует укреплению здоровья детей, формирует представление о здоровье как о ценности, воспитывает полезные привычки и навыки здорового образа жизни.

Северные территории выделяются в специальную зону, требующую особого внимания во всех областях их жизни и деятельности. В условиях Севера отмечается ухудшение биологических свойств материнского и детского организмов, что проявляется более высокой частотой осложненного течения беременности и родов у женщин, высокой заболеваемостью и инвалидизацией детского населения. В своих исследованиях В.И. Макарова и Л.И. Меньшикова (2003) выявили три принципиально важные характеристики патологии детского возраста, определяющие ее особенности в современных условиях: прогрессирующий рост хронических заболеваний; резкое повышение социально обусловленной патологии; неблагоприятная экологическая обстановка, приводящая к развитию экозависимых заболеваний [6].

Состояние здоровья детей вызывает беспокойство и заставляет задуматься о причинах недостаточной эффективности усилий, принимаемых в этом направлении. Базовыми составляющими здорового образа жизни являются: воспитание с раннего детства здоровых привычек и навыков; безопасная и благоприятная для жизни окружающая среда, знание о неблагоприятных факторах, окружающей среды, которые оказывают влияние на здоровье; отказ от вредных привычек (курение, употребление наркотиков и алкоголя, соленой пищи); здоровое питание: умеренное потребление продуктов, которые соответствуют физиологическим потребностям конкретного человека, информированность о качестве употребляемых продуктов; двигательная активность: физически активная жизнь, включая специальные физические упражнения, с учетом возрастных и физио-

логических особенностей; личная и общественная гигиена: совокупность гигиенических правил, соблюдение и выполнение которых способствует сохранению и укреплению здоровья; закаливание [5].

Таким образом, в формировании здорового образа жизни у детей должны активно участвовать не только родители, но и дошкольное учреждение. Дети перенимают опыт, наблюдая за поведением и примерами взрослых. Поэтому не нужно переносить воспитание ребенка на дошкольное учреждение. Только через взаимное сотрудничество и взаимопонимание, по возможности, исключая неблагоприятные факторы можно сформировать полноценное понятие о здоровом образе жизни у малыша.

Литература:

1. Афоризмы и высказывания великих о здоровье. URL: <http://www.healthwaters.ru/blog/aforizmy-i-vyskazyvaniya-velikikh-ozdorove.html> (Дата обращения: 14.02.2018).

2. Варакина Ж.Л., Санников А.Л. «Травматическая эпидемия» в современной России (на примере Архангельской области) / монография. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2018. 198 с.

3. Зорина Е. П. Формирование основ здорового образа жизни у дошкольников, посредством использования сказкотерапии в условиях введения ФГОС ДО // Образовательные проекты «Совёнок» для дошкольников. М., 2017. С. 34-45

4. Комаровский Е.О. URL: <https://www.adme.ru/zhizn-semya/15-citat-pediatra-komarovskogo-o-tom-kak-rastit-zdorovyh-detej-1239215/> (Дата обращения: 14.02.2018).

5. Лычев В.Г., Карманов В.К. Первичная доврачебная медицинская помощь: Учебное пособие. М.: Форум: Инфра-М, 2015. 288 с.

6. Макарова В.И. Меньшикова Л.И. Основные проблемы здоровья детей на Севере России // Экология человека. 2003. № 1. С. 39-41.

7. Максимова М.В. Формирование познавательного интереса у детей дошкольного возраста с комплексными нарушениями развития / Научно-практический журнал «Воспитание и обучение детей с нарушениями развития». 8/2011 г. С. 45-51

8. Памятова Р.С., Иванова Н.В. Здоровьесберегающее пространство муниципальной системы дошкольного образования г.Череповца // Медработник. 2014, 19 июня.

9. Формирование здорового образа жизни дошкольников. URL: http://heapdocs.com/files/kursovaya-formirovanie-zdorovogo-obraza-zhizni-do?good_quality=1 (Дата обращения: 13.02.2018).

10. Юрченко М.В. Модель развития преемственности формирования здорового образа жизни детей и учащихся в системе «Дошкольное учреждение – начальная школа» // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. 2007. №3. С.53-57.

АНТИТАБАЧНЫЕ ЗАКОНЫ В БОРЬБЕ ЗА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

**Соболева П.А., ординатор 1 года обучения, кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы
Научный руководитель: д.м.н., проф. Меньшикова Л.И.**

**ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск**

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), на Земле курят около трети взрослого населения, или примерно 1,1 миллиарда людей. Ежегодно табак вызывает 3,5 миллиона смертей, унося по 10 тысяч жизней каждый день [7]. Исследования показали, что в России курит почти 40% населения: 60% мужчин и 21% женщин. При этом почти половина граждан России курит в самой экономически и демографически активной возрастной группе от 19 до 44 лет. По данным Минздрава России, в результате болезней, вызванных курением, ежегодно умирает более 300 тыс. россиян.

В целях защиты нынешнего и будущих поколений от разрушительных последствий для здоровья людей, а также социальных, экологических и экономических последствий потребления табака и воздействия табачного дыма была открыта для подписания Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Предложенная Конвенция [2] вступила в силу 27 февраля 2005 года, после принятия и/или утверждения 40 государствами. В апреле 2008 года к ней присоединилась и Россия [2]. Осуществление поставленных целей реализуется посредством обеспечения соответствующих рамок для мер борьбы

против табака, подлежащих осуществлению странами-участницами на национальном, региональном и международном уровнях, с тем чтобы постоянно и существенно сокращать распространенность употребления табака и воздействия табачного дыма.

С 2008 года в Российской Федерации началась подготовка для реализации поставленных целей и задач. На промежуточном докладе о результатах экспертной работы по актуальным социально-экономической стратегии России на период до 2020 года отмечаются пути развития по данному направлению: «В широко понимаемом комплексе охраны здоровья населения пока абсолютно преобладает лечебная деятельность медицинских учреждений. Между тем среди факторов, определяющих здоровье человека, первое место, принадлежит здоровому образу жизни. Главными приоритетными направлениями действий, реализация которых будет иметь ключевое значение для формирования такой системы здравоохранения, в предстоящее десятилетие будут выступать: формирование здорового образа жизни и развитие профилактики заболеваний».

Стратегия формирования здорового образа жизни была поддержана и утверждена в Федеральном законе N 323-ФЗ от 20 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которому, с одной стороны граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья (статья 27 пункт 1) [4], с другой: формирование здорового образа жизни у граждан обеспечивается путем проведения мероприятий, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни (статья 30 пункт 3) [4].

В Указе Президента Российской Федерации В.В. Путина от 07 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», как один из основных приоритетов обозначена работа, направленная на реализацию мероприятий по формированию здорового образа жизни граждан Российской Федерации, включая популяризацию культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ, профилактику алкоголизма и наркомании, противодействия потреблению табака [3].

Для заботы о сохранении здоровья граждан с 1 июня 2013 года вступил в силу Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об ох-

ране здоровья граждан от воздействия окружающего дыма и последствий потребления табака». Так, с 1 июня 2013 года запрещается курение табака, в частности, на детских площадках, пляжах, в лифтах и помещениях общего пользования многоквартирных домов, в помещениях социальных служб, в местах на открытом воздухе ближе, чем 15 метров от входов в помещения железнодорожных вокзалов, автовокзалов, аэропортов, морских и речных портов, станций метрополитенов, а также в самих помещениях и на станциях. В целях сокращения спроса на табак и табачные изделия устанавливается запрет на рекламу и стимулирование продажи табака, табачной продукции и потребления табака (в том числе на демонстрацию табачных изделий и процесса потребления табака во вновь созданных аудиовизуальных произведениях; на организацию и проведение лотерей, конкурсов, игр, условием участия в которых является приобретение табачных изделий). Запрещается имитация табачного изделия при производстве и реализации других товаров, не являющихся табачной продукцией (под действие этого запрета подпадают, например, электронные сигареты) [5].

Предусмотрена административная ответственность граждан и работодателей за нарушение Федерального закона №15-ФЗ в соответствии с Федеральным законом от 21 октября 2013 года № 274-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях и Федеральный закон «О рекламе» в связи с принятием Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» [6].

Следует отметить, что статьей 6 областного закона 18 марта 2013 года № 629-38-ОЗ «О реализации государственных полномочий Архангельской области в сфере охраны здоровья граждан» за министерством здравоохранения Архангельской области закреплены полномочия по защите прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья, в том числе от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, на территории Архангельской области [1].

В Архангельской области разработана стратегия региона по защите населения от последствий потребления табака, реализуются

мероприятия по защите населения от последствий потребления табака в соответствии с межведомственным планом на 2013-2020 годы, утвержденным постановлением Правительства Архангельской области от 09.07.2013 № 299-пп. Основными мероприятиями Плана являются: мониторинг процессов и явлений, связанных с продажей и потреблением табака, негативными последствиями потребления табака, ходом реализации и оценкой эффективности Стратегии Архангельской области по защите населения от последствий потребления табака на 2012 – 2020 годы, утвержденной постановлением Архангельского областного Собрания депутатов от 17 октября 2012 года № 1596; защита населения от воздействия окружающего табачного дыма; оказание помощи гражданам по прекращению потребления табака; информирование о вреде потребления табака для здоровья. Ответственными исполнителями за выполнение плана являются исполнительные органы государственной власти Архангельской области в сфере здравоохранения, образования, социальной защиты, культуры, сельского хозяйства, средств массовой информации и другие.

С 2012 года ежегодно проводится областная научно-практическая конференция «Здоровый образ жизни – выбор современного человека», основной целью которой является развитие профилактического направления и формирование здорового образа жизни у взрослого населения, детей и школьников, включая вопросы здорового питания, сокращения потребления алкоголя и табака.

Литература:

1. Закон Архангельской области от 18.03.2013 № 629-38-ОЗ «О реализации государственных полномочий Архангельской области в сфере охраны здоровья граждан» [Электронный документ]. Режим доступа: <http://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 02.02.2018)

2. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (WHO Library Cataloguing-in-Publication Data)// ISBN 978 92 4 459101 7.

3. Указ Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения». [Электронный документ]. Режим доступа: <http://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 12.02.2018)

4. Федеральный закон N 323-ФЗ от 20 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [Электронный документ]. Режим доступа: <http://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 12.02.2018)

5. Федеральный закон от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего дыма и последствий потребления табака». [Электронный документ]. Режим доступа: <http://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 12.02.2018)

6. Федеральный закон от 21 октября 2013 года № 274-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях и Федеральный закон «О рекламе» в связи с принятием Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». [Электронный документ]. Режим доступа: <http://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 12.02.2018)

7. Сайт ВОЗ. [Электронный документ]. Режим доступа: <http://www.who.int/ru/>. (дата обращения: 02.02.2018)

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ПРИОРИТЕТНАЯ ЗАДАЧА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Симонян Э.А., Сосновская Т.С.,

студентки 5 курса лечебного факультета

Научный руководитель: к.м.н., доц. каф. общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Игнатова О.А.

**ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск**

Здоровье – бесценное богатство каждого человека в отдельности, и всего общества в целом, поэтому его сохранение является главной задачей. Практическая реализация перехода к здоровому образу жизни невозможна без приближения профилактической медицины к человеку. В этой связи приоритетным является обеспечение населения, прежде всего здоровых людей и лиц с хроническими забо-

леваниями вне обострения, профилактической помощью в шаговой доступности.

Основным направлением предупреждения развития патологии являются скрининговые исследования и раннее выявление факторов риска с последующей их коррекцией. С этой целью в 2009 году в Российской Федерации появились Центры здоровья. В настоящее время 193 центра для детей и 502 для взрослых успешно работают во всех регионах России [3].

Центры здоровья – это медико-профилактические отделения (учреждения) по экспресс диагностике и скрининговому выявлению той или иной патологии на ранних этапах её возникновения с целью сохранения и укрепления здоровья.

Обследования показали, что большая часть населения России живет с серьезными факторами риска различных заболеваний. Среди обратившихся в Центры здоровья только 30% взрослых и 50% детей можно назвать здоровыми людьми, у которых нет предпосылок для развития болезней [2].

В соответствии с требованиями к организации деятельности Центров здоровья, важной составляющей формирования здорового образа жизни являются мероприятия по борьбе с факторами риска развития заболеваний. Каждый центр здоровья имеет определенный набор оборудования, направлено на оценку базовых показателей здоровья и уровней основных факторов риска с помощью экспресс-методов.

Прежде всего, деятельность Центров здоровья направлена на предупреждение развития патологии сердечно-сосудистой и дыхательной систем, изменение отношения населения к своему здоровью и коррекции факторов риска, формирование рационального и активного отношения пациента к заболеванию, а также на формирование мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению и выполнению рекомендаций врача.

Посещение Центра здоровья несколько напоминает профилактический осмотр, но диагностика проводится исключительно при помощи экспресс – методов. Всё обследование занимает от 40 минут до 1,5 часов. С целью формирования здорового образа жизни Центры здоровья предлагают организационное решение в виде схемы профилактической деятельности, включающей в себя 4 этапа:

I этап – прогностический скрининг населения трудоспособного возраста для выявления лиц, имеющих избыточный риск опасных для жизни заболеваний на ближайшие 10 лет.

II этап – углубленное профилактическое обследование лиц с высоким риском.

III этап – осуществление оздоровительных мероприятий для коррекции причин и условий неблагоприятного прогноза.

IV этап – оценка эффективности профилактической деятельности и принятие управленческих решений.

В завершение человеку, обратившемуся в Центр здоровья, выдаётся Паспорт здоровья с результатами обследований, дающий возможность персонального контроля над динамикой резерва здоровья и качества жизни.

В 2017 году в Архангельской области функционируют 10 Центров здоровья: 4 в г. Архангельске (2 взрослых, детский и семейный центр здоровья), 2 в г. Северодвинске (взрослый и детский), а также в Котласе, Вельске, Няндоме и Карпогорах [1].

С 2011 года Центры здоровья в Архангельской области посетили более 76 тыс. человек. По инициативе родителей в Детские центры здоровья обратилось свыше 31 тыс. детей. Количество обращений граждан трудоспособного возраста составило 62,3 % (в том числе: до 40 лет -37,4%, от 40 до 60- 24,9%). Лица старше 60 лет составили 37,7%.

В 2016 году в центрах Архангельской области обследовалось более 19 тысяч жителей, в том числе 4 тысячи детей в возрасте до 18 лет. 67% северян обратились самостоятельно (в 2011 году этот показатель составлял всего 1,4 %), 22,5 % были направлены лечебными учреждениями, 10,5 % направлены врачами после диспансерного осмотра.

По результатам обследования здоровые составили 3338 (22%) человек среди взрослого населения и 473 (11%) – среди детей. У более чем 11 тысяч взрослого населения выявлено по одному или несколько факторов риска. Выявлены факторы риска у более 3 тысяч детей (88,7%). В структуре выявленных отклонений и факторов риска среди взрослых преобладают ожирение и избыточный вес – 46%, функциональные отклонения сердечно-сосудистой системы- 26,9%,

повышение уровня глюкозы и холестерина 46,6%, нарушения дыхательной системы – 18,5%. Признаки табачной зависимости зарегистрированы среди 4% обследованных взрослых.

Всего с момента организации Центров здоровья более 90 тысяч взрослых и 26 тысяч несовершеннолетних жителей Архангельской области были обучены основам здорового образа жизни, около 25 тысяч взрослых и 14 тысяч детей и подростков проучены в школах здоровья.

Таким образом, Центры здоровья являются эффективными не только в отношении профилактики и раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, но и способствуют формированию приверженности населения к здоровому образу жизни.

Литература:

1. Годовой отчет о деятельности Центров здоровья Архангельской области 2011-2016 гг. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.minzdrav29.ru/> (Дата обращения: 03.10.2017).

2. Дергачева Е.Н., Фомичева М.Л. Роль Центров здоровья в формировании здорового образа жизни населения Новосибирска // Сб. материалов Всероссийской научно-практической конференции «Центры здоровья – новая профилактическая технология. Перспективы развития». [Электронный ресурс]. URL: depzdrav.yanao.ru. (Дата обращения: 05.10.2017).

3. Погосова Н.В., Бойцов С.А., Сапунова И.Д., Юферева Ю.М., Оганов Р.Г. Центры здоровья – новая профилактическая структура в системе здравоохранения Российской Федерации // Сб. материалов Всероссийской научно-практической конференции «Центры здоровья – новая профилактическая технология. Перспективы развития». [Электронный ресурс]. URL: <https://www.depzdrav.yanao.ru> (Дата обращения: 12.10.2017).

РОЛЬ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ В РАЗВИТИИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Сыромятникова Н.А., студентка СГМУ

Научный руководитель: д. м. н., проф. Санников А. Л.

**ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск**

Эпилепсия – хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными приступами нарушений двигательных, чувствительных, вегетативных, мыслительных и психических функций. Основными причинами развития вторичной эпилепсии могут стать как достаточно весомые причины, например, воспалительные заболевания и опухоли головного мозга, сосудистые заболевания, черепно-мозговые травмы, так и более будничные факторы, такие как стресс, недосыпание, прием алкоголя, прием лекарственных средств [4].

Архангельская область, учитывая факт высокого уровня травматизма и алкоголизации населения, является территорией риска по данной патологии [3, 5]. По данным Государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в 2016 году» частота хронического алкоголизма за 2013-2015 годы увеличилась на 24,3% [1].

Методом целенаправленной выборки были отобраны 130 историй болезни пациентов, госпитализированных в ГБУЗ АО «Архангельскую областную клиническую больницу» с диагнозом «Эпилепсия (G40)» и «Эпилептический статус (G41)» в период с января 2016 года по май 2017 года.

Была осуществлена выкопировка данных, выборка включала пациентов обоих полов: 77 мужчин (59%) и 53 женщины (41%). Возраст обследуемых от 18 до 76 лет. Средний возраст – 41,3 года. Проведен анализ анамнеза данных пациентов.

В результате изучения анамнеза пациентов было выявлено, что употребляют крепкие алкогольные напитки 82% пациентов, чаще двух раз в неделю выпивают 17% пациентов, ежедневно злоупотребляют алкоголем 44% пациентов с вторичной эпилепсией. 44% пациентов употребляют пиво, 30% – водку, 8% – вино, 4% – настойки,

9% пациентов не контролирует вид принимаемой алкогольной продукции, употребляя несколько поочередно, 5% пациентов ответить затруднились. При хроническом злоупотреблении алкоголем, а для ряда лиц, достаточно и однократного приема алкоголя, происходят метаболические изменения в головном мозге. Нарушаются нейрональные связи в СА3 сегменте гиппокампа, что приводит к стойкому и зачатую необратимому изменению его функционального состояния (а именно возбудимости), в том числе к формированию генераторов патологического возбуждения, которые в свою очередь вызывают генерализованные эпилептические приступы [2].

Метаболические изменения в результате алкогольной интоксикации привели к развитию симптоматической эпилепсии у 42% пациентов (из них 72% мужчины). Средний возраст данной группы составил 37 лет. У 23% пациентов данной группы диагноз «эпилепсия» установлен впервые. 19% пациентов пренебрегли приемом противосудорожных препаратов, однако от приема алкоголя отказались, 51% пациентов пренебрегли приемом противосудорожных препаратов и продолжили злоупотребление алкоголем. У 24% пациентов данной группы произошла травматизация во время эпилептического припадка. Изменения психического состояния отмечалось у 73% пациентов в данной группе, консультация нарколога потребовалась 86% пациентов в данной группе. 76% пациентов в данной группе были проконсультированы эпилептологом. Более половины (61%) пациентов не собирается принимать противосудорожные препараты и возвращаться к здоровому образу жизни, что значительно ухудшает прогноз течения заболевания у этих пациентов. 20% пациентов в данной группе добровольно отказались от медицинской помощи.

Выводы:

1. Алкогольная интоксикация стала ведущей причиной развития симптоматической эпилепсии (42% пациентов), преимущественно у мужчин (72%).

2. Необходимо регулярное проведение санитарно-просветительной работы с населением, направленной на отказ от злоупотребления алкоголем, акцентирование внимания на возможных осложнениях, в частности эпилепсии.

3. Требуется проведение санитарно-просветительной работы с пациентами с диагнозом «эпилепсия», для формирования мотива-

ции к отказу от алкоголя и возвращению к здоровому образу жизни, с целью информирования о недопустимости самостоятельной корректировки доз препаратов, последствиях отказа от противоэпилептических, приема алкоголя.

Литература:

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Архангельской области в 2016 году» <http://29.rospotrebnadzor.ru/dokumenty/doklad>, дата доступа 13.02.2018.

2. Броун Т., Холмс Г. Эпилепсия. Клиническое руководство. Пер. с англ. – М.: «Издательство БИНОМ» // 2014, С. 21-36.

3. Варакина Ж.Л., Санников А.Л. «Травматическая эпидемия» в современной России (на примере Архангельской области) / монография. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2018. 198 с.

4. Котов А.С., Рудакова И.Г., Котов С.В. Роль провоцирующих факторов в развитии эпилептических приступов / Эпилептология в медицине XXI века. Под. Ред. Е.И. Гусева. Москва. 2009. С. 36-54.

5. Сыромятникова Н.А., Виноградова Ю.С. Симптоматическая эпилепсия у взрослого населения Архангельской области: распространенность, причины, лечение, осложнения, реабилитация // Международный студенческий научный вестник. 2017. № 6. С.45.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ДЛЯ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ (НА ПРИМЕРЕ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ)

**Чернова А.Н., Голубев Д.А., Ожигина А.А.,
студенты 5 курса лечебного факультета**

Научный руководитель: д.м.н., проф. Меньшикова Л.И.

**ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Архангельск**

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) – образ жизни человека, направленный на профилактику болезней и укрепление здоровья. Формирование здорового образа жизни один из самых эффективных способов

борьбы с заболеваемостью. Еще Гиппократ, живший в V веке до н.э., завещал: «Заболевание легче предупредить, чем лечить».

Цель нашей работы: изучить нормативно-правовую базу в сфере здравоохранения по формированию ЗОЖ и рассмотреть мероприятия, предпринимаемые в данном направлении в Архангельской области.

В качестве основополагающих документов, устанавливающих необходимость формирования ЗОЖ у населения нашей страны можно назвать следующие: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Концепция развития системы здравоохранения в РФ до 2020 г.

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» устанавливает приоритет охраны здоровья детей (глава 2, статья 7) и приоритет профилактики в сфере охраны здоровья (глава 2 статья 12). Так же глава 5 устанавливает организацию охраны здоровья, профилактику заболеваний и формирования ЗОЖ. Эти положения непосредственно связаны с формированием ЗОЖ в системе здравоохранения [4].

В 2008 году Правительством РФ принято распоряжение № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (последняя редакция 10.02.2017 г.). В ее рамках так же устанавливается концепция развития системы здравоохранения до 2020 года [3]. Основные пункты данной концепции, относительно формирования ЗОЖ: формирование ЗОЖ населения, в том числе снижение распространенности употребления табака до 25% и снижение потребление алкоголя до 9 л в год на душу населения; создание условий, возможностей и мотивации населения РФ для ведения ЗОЖ.

Для формирования ЗОЖ необходимо внедрение системы государственных и общественных мер по:

1. совершенствованию медико-гигиенического образования и воспитания населения, особенно детей, подростков, молодежи;
2. созданию эффективной системы мер по борьбе с вредными привычками;
3. созданию системы мотивирования граждан к ведению ЗОЖ и участию в профилактических мероприятиях, формированию моды на здоровье, особенно среди подрастающего поколения;

4. созданию системы мотивирования работодателей к участию в охране здоровья работников;

5. профилактике факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальное давление, неправильное питание, гиподинамия и т.д.);

6. созданию системы мотивирования руководителей учреждений системы школьного образования к участию в охране здоровья и формированию ЗОЖ школьников.

В рамках реализации Программы модернизации здравоохранения и в соответствии с Приказом министерства здравоохранения и социального развития РФ № 597н от 19.08.2009 «Об организации деятельности центров здоровья по формированию ЗОЖ у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака» в Российской Федерации была организована работа Центров здоровья – новых структур в системе профилактической помощи населению [1].

Центры здоровья – подразделения поликлиники, в котором гражданин может пройти ряд тестов и скрининговых исследований, по итогам которых он консультируется врачом с целью выявления факторов риска заболеваний и получения рекомендаций при необходимости [1]. Обследование в Центре здоровья проводится бесплатно 1 раз в год. Сегодня в Архангельской области организовано 10 Центров здоровья: 7 центров здоровья для взрослого населения, 2 детских, 1 семейный центр здоровья.

Основными задачами Центров здоровья являются: групповая и индивидуальная пропаганда ЗОЖ; профилактика возникновения и развития факторов риска различных заболеваний; формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих детей и близких; обучение граждан, в том числе детей, гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек; динамическое наблюдение за пациентами группы риска развития неинфекционных заболеваний [1].

Координирующую роль в профилактической деятельности на территории области выполняет ГБУЗ АО «Архангельский центр медицинской профилактики» (АЦМП). Специалисты АЦМП участвуют в проведении международных и всероссийских дней здоровья, работают органами местного самоуправления, с областными и районными СМИ, выступают с публикациями материалов о ЗОЖ и профилактике неинфекционных заболеваний в местных изданиях и

электронных СМИ. В последние годы были реализованы следующие проекты по формированию ЗОЖ в Архангельской области: «Задай вопрос кардиологу, неврологу, онкологу»; «Городок здоровья»; «2015 шагов к здоровью»; «День трезвости»; акция «Поморье без табака»; волонтерские организации, в т.ч. «ЗдравОтряд» и др.

Активно работает сайт АЦМП «Здоровье29» (www.zdorovie29.ru) – информационный и новостной Интернет-ресурс в области медицинской профилактики и приверженности к здоровому образу жизни [7].

В инфраструктуру системы медицинской профилактики входят и отделения (кабинеты) медицинской профилактики во всех центральных районных больницах, городских поликлиниках, и школы здоровья для пациентов с различными заболеваниями, деятельность которых регламентирована соответствующими Порядками оказания медицинской помощи [6].

Одним из наиболее действенных методов профилактической работы является диспансеризация взрослого населения, которая проводится 1 раз в три года и направлена на раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации, а также выявление факторов риска их развития. При проведении диспансеризации проводится определение группы здоровья, определение группы диспансерного наблюдения. Основными задачами врача-терапевта при проведении диспансеризации являются: проведение краткого профилактического консультирования, включающего рекомендации по здоровому питанию, по уровню физической активности, отказу от курения табака и пагубного потребления алкоголя; направление на углубленное (индивидуальное или групповое) профилактическое консультирование в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья, информирование граждан с высоким риском развития угрожающих жизни заболеваний (состояний) или их осложнений, а также лиц, совместно с ними проживающих, о характерных проявлениях указанных заболеваний (состояний) и необходимых неотложных мероприятиях, включая своевременный вызов бригады скорой медицинской помощи [2].

В последние годы возрождается движение ГТО [6]. Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс «Готов к труду и обороне» – полноценная программная и нормативная основа физического

воспитания населения страны, нацеленная на развитие массового спорта и оздоровление нации. Комплекс ГТО предусматривает подготовку к выполнению и непосредственное выполнение населением различных возрастных групп (от 6 до 70 лет и старше) установленных нормативных требований по трем уровням трудности, соответствующим золотому, серебряному и бронзовому знакам отличия «Готов к труду и обороне». Ежегодно сдача норм ГТО организуется в стенах Северного государственного медицинского университета.

В г. Архангельске каждый год весной проводится областная научно-практическая конференция «Здоровый образ жизни – выбор современного человека». Целью конференции является – объединить усилия глав муниципальных образований, медработников, педагогов, общественных организаций, психологов и специалистов других учреждений и ведомств в вопросах профилактики неинфекционных заболеваний, в сохранении и укреплении здоровья жителей Архангельской области. Можно заключить, что формирование здорового образа жизни возможно только на основе межсекторального взаимодействия системы здравоохранения с муниципалитетами, системой образования, органами социальной защиты населения, организациями культуры, физкультуры и спорта, территориальным управлением Роспотребнадзора, работодателями, Северным государственным медицинским университетом, общественными организациями, средствами массовой информации и др..

Таким образом, можно констатировать, что в настоящее время создана достаточная нормативно-правовая база для проведения профилактической работы и формирования мотивации к здоровому образу жизни у населения. Вместе с тем, успех проводимой работы во многом обусловлен эффективностью межведомственного взаимодействия и активной позицией самих граждан.

Литература:

1. Приказ Минздрава России № 597н от 19.08.2009 «Об организации деятельности центров здоровья по формированию ЗОЖ у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака» [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.garant.ru/> (Дата обращения: 15.02.2018).

2. Приказ Минздрава России N869н от 26.10.2017 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп

взрослого населения» [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71730314/> (Дата обращения: 12.02.2018).

3. Распоряжение Правительства РФ № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.garant.ru/> (Дата обращения: 12.02.2018).

4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.garant.ru/> (Дата обращения: 13.02.2018).

5. Приказ Министерства спорта РФ от 8 июля 2014 г. N 575 “Об утверждении государственных требований к уровню физической подготовленности населения при выполнении нормативов всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)” [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.garant.ru> (Дата обращения: 12.02.2018).

6. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н (ред. от 30.09.2015) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://base.garant.ru/70195856/> (Дата обращения: 12.02.2018).

7. Электронный ресурс www.zdorovie29.ru

АНИМАЛОТЕРАПИЯ В ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Шадрина А.А., студентка 4 курса педиатрического факультета

Научный руководитель: д. м. н., проф. Санников А. Л.

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский

университет» Министерства здравоохранения

Российской Федерации, г. Архангельск

В настоящее время население мира составляет около 7,6 миллиардов человек. Более 1 миллиарда человек, что соответствует 15 процентам населения, имеют ту или иную форму инвалидности. Бо-

лее 100 миллионов из них – дети. В данное время насчитывается огромное количество различных технологий третичной профилактики и адаптации людей с ограниченными возможностями. Особенно актуальное значение приобретает расширение способов реабилитации инвалидов в ситуации последствий «травматической эпидемии» современной России. Постепенно находят все более широкое применение анималотерапия (пет-терапия, зоотерапия): иппотерапия, дельфинотерапия, фелинотерапия. Более известными и давно применяемыми являются гирудотерапия и апитерапия.

Иппотерапия – это лечебная гимнастика на лошади. Особенно эффективной и действенной она оказалась в реабилитационной практике с детьми, страдающими самыми тяжелыми заболеваниями, а также отклонениями в физическом и интеллектуальном развитии, что напрямую связано с уникальным свойством иппотерапии оказывать одновременно положительное воздействие на физическую, интеллектуальную и психосоциальную сферы занимающихся. О лечебных свойствах верховой езды и благоприятном воздействии общения с лошадьми на больных и раненых было известно еще в глубокой древности во времена Гиппократов. Он утверждал, что раненые и больные поправляются быстрее, если ездят верхом. Он же отмечал, что, кроме общеукрепляющего эффекта, наблюдается и психологический эффект занятий верховой ездой. При этом древнегреческий ученый придавал особое значение «ритмичному и плавному движению» лошади. Французский философ Дени Дидро, обобщая достижения всех современных ему наук, написал в 1751 году трактат «О верховой езде и ее значении для того, чтобы сохранить здоровье и снова его обрести». Но только в конце XIX столетия началось научное изучение влияния верховой езды на организм человека и её целенаправленное использование в лечебных целях.

Во многих странах мира лечебная верховая езда получила стремительное развитие и оформилась как метод реабилитации при широком спектре заболеваний. А при ряде нарушений, в первую очередь детском церебральном параличе (ДЦП), иппотерапия является уникальным по эффективности средством, аналогов которому зачастую нет. Во-первых, «иппотерапия – это лечение без боли, страха и насилия, без труднопереносимых процедур и препаратов». Во-вторых,

этот метод почти не ограничен противопоказаниями. Зато широк и разнообразен спектр заболеваний и травм, в восстановительном периоде которых рекомендуется иппотерапия. В-третьих, иппотерапия сочетает в себе социально-психологическое и лечебно-реабилитационное воздействие. Одной из главных задач в системе комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья является «борьба» с последствиями вынужденной малоподвижности. Основы оздоровительного воздействия верховой езды на инвалидов с ДЦП заключаются в естественных движениях лошади, позволяющих всаднику организовывать и систематизировать свои движения. Воздействие на мускулатуру всадника низкочастотных колебаний тела движущейся лошади, приводящих у него к снижению повышенного тонуса и возрастанию объема движений в конечностях. Среди факторов воздействия иппотерапии можно считать координаторную нагрузку. При посадке на лошадь формируется определенная схема фиксации тела. В удержании тела в вертикальном положении значительную роль играют система координации и активность мышц таза и спины. Дозированные нагрузки на вестибулярный анализатор, стимулируют нормализацию его функции, что улучшает статико-кинестическую организацию моторики, способствуя обретению лицами с ограниченными двигательными возможностями уверенности в движениях. Это влечет за собой уменьшение выраженности фобических расстройств, связанных с самостоятельным передвижением. Нейрофизиологическое воздействие упомянутых колебательных движений движущегося животного на систему вестибулярного анализатора сводится к усилению притока импульсов по его проводящим путям. Следствием этого является стимуляция глубинных структур головного мозга, определяющих функциональное состояние двигательного анализатора, что влечет за собой изменение функционального состояния нейромоторного аппарата, при котором становится возможным воздействие на патологические двигательные стереотипы. Второй по значимости задачей является преодоление воспитанниками психологических комплексов неполноценности: чувства эмоциональной обиды, отчужденности, пассивности, повышенной тревоги, потерянной уверенности в себе или, наоборот, завышения своей оценки: эгоцентризма, агрессивности и др. Когда человек посещает занятия, связан-

ные с иппотерапией, то он наблюдает не обычных врачей в белых халатах, а манеж, лошадь и инструктора. В процессе обучения навыкам верховой езды, всадник преодолевает различные психические и физические трудности вследствие хорошей мотивации, которая возникает при обучении верховой езде. Да, ребенок боится этого большого животного, у него есть определенные сомнения в себе, но при этом он желает проехать на этой лошади верхом, он хочет научиться ей управлять. Такое желание ведет к тому, что он преодолевает страх и повышает свою самооценку. Третьей задачей является коррекция физического, психо-эмоционального и речевого дефекта. Улучшаются коммуникативные функции занимающихся. Этот результат достигается за счет того, что во время занятий, всадники общаются и действуют совместно с иппотерапевтами и друг с другом. Четвертая задача сводится к всестороннему и гармоничному развитию физических качеств и способностей занимающихся, повышению их возможностей на основе широкого применения средств и методов оздоровительно-верховой езды. В целом лечебная верховая езда нормализует мышечный и сосудистый тонус, оказывает благотворное влияние на опорно-двигательный аппарат, укрепляет двигательные рефлексы, балансировку, улучшает осанку и координацию движений. Во время иппотерапевтических занятий мышцы ребенка разогреваются теплом лошади и массируются движениями мощной мускулатуры. В работу включаются все группы мышц всадника и размеренный ритм движений лошади оказывает благоприятное воздействие на весь организм.

Таким образом, иппотерапия как оздоровительная технология значительно улучшает показатели уровня физического, психоэмоционального и речевого развития каждого воспитанника с нарушениями опорно-двигательного аппарата и детским церебральным параличом, что способствует их успешной физической реабилитации и социальной адаптации к современным условиям жизни. Результаты наблюдений Е.В. Лисовского и др. за группой детей с разными формами церебрального паралича (всего 256 человек) показали, что после проведения курса иппотерапии позитивный эффект в виде уменьшения спастичности мышц наблюдался в 88,3% наблюдений (226 детей), укрепление мышечного корсета и улучшение осанки были отмечены в 91% наблюдений (233 ребенка).

Дельфинотерапия была разработана в 2005 году Международным Институтом Дельфинотерапии, а также получен патент «Способ лечения ультразвуковой терапией при помощи контролируемого излучения сонара дельфина». Традиционно в дельфинотерапии задействуют дельфинов, принадлежащих к виду афалин. Данный метод в 97 % случаев показывает хорошие результаты в помощи детям с аутизмом, синдромом Дауна, ДЦП, детям с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, с задержкой в психическом развитии, задержкой речи, неврозом, посттравматическим стрессовым расстройством и проблемой замкнутости от окружающих. После проведения дельфинотерапии у детей наблюдается уменьшение возбуждения нервной системы и активизация работы головного мозга. Общение с дельфином дает следующие результаты: пересматриваются мнения, приоритеты о себе и об окружающих; дельфинотерапия позволяет человеку устранить замкнутость в себе; вызывает стимуляцию органов чувств, активизирует мозговую деятельность и весь организм в целом; способствует развитию речи у аутичных детей и детей с задержкой в развитии; стимулирует процесс развития личности; борется с депрессией и обогащает положительными эмоциями; стимулирует выработку эндорфина. Дельфин оказывает двухстороннее воздействие на ребенка: 1) за счет физического контакта; 2) за счет ультразвукового воздействия на нервную систему детей, по-научному это явление называют сонофорез. Сонофорезом называют процесс увеличения потоков ферментов и особых гормонов, которые проникают через мембраны клеток под воздействием ультразвука. Ультразвук оказывает действие на некоторые отделы мозга, отвечающие за выработку гормонов. Применение дельфинотерапии приводит к снижению возбуждения центральной нервной системы, общей релаксации организма.

Фелинотерапия – это вид анималотерапии, основанный на общении человека с домашним питомцем – кошкой. Фелинотерапия используется при коррекции состояния больных с депрессивными, тревожными расстройствами, у пациентов с повышенным мышечным тонусом. Мурлыканье кошки представляет собой определенные звуковые колебания, их частота достигает 50 Гц. Вибрация на таких частотах способствует заживлению переломов и восстановлению

костной ткани. Восстановлению сухожилий способствуют вибрации на частоте 120 Гц. Диапазон 18-35 Гц способствует биомеханической стимуляции подвижности суставов. Для терапевтического облегчения боли кошки урчат на разных частотах от 50-150 Гц. Актуален для исследования диапазон частот 100-150 Гц, при котором наступает расслабление мышц, и, как правило, снятие напряжения.

Методы анималотерапии находят все более широкое применение в реабилитационной практике, т.к. имеют минимальные противопоказания, в основном выражающиеся в индивидуальной непереносимости, аллергии. Анималотерапия позволяет снизить лекарственную нагрузку на организм пациентов, оказывает положительное воздействие на различных уровнях, позволяет оптимизировать процессы реабилитации людей с ограниченными возможностями.

Литература:

1. Белоусова Т.Я., Поздеева Т.Н. Иппотерапия как оздоровительная технология при детском церебральном параличе / Современная система образования: Опыт прошлого, взгляд в будущее. Издательство: Общество с ограниченной ответственностью «Центр развития научного сотрудничества» (Новосибирск), 2014. С.21-22.

2. Варакина, Ж.Л. «Травматическая эпидемия» в современной России (на примере Архангельской области) // Ж.Л. Варакина, А.Л. Санников: монография. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2018. 198 с.

3. Грязнова О.И. Методы анималотерапии в реабилитации детей с ограниченными возможностями; Инновационные реабилитационные технологии системе лечебно-педагогической помощи детям с ограничениями жизнедеятельности / Сборник научных трудов. Под редакцией И.Е. Лукьяновой. Москва, 2016. С.7-8.

4. Кожевникова Ю.В. Дельфинотерапия как одно из направлений коррекционно-восстановительной работы с детьми с отклонениями в развитии: медицинские и архитектурные аспекты // Вестник Донбасской национальной академии строительства и архитектуры. 2016. С.121-122.

4. Кушхова А.Ф., Карданова Д.Э. Иппотерапия как технология социальной работы с детьми-инвалидами. Новый взгляд // Международный научный вестник. Новосибирск, 2014. С. 65-68.

5. Лисовский Е.В. Использование метода иппотерапии в комплексном лечении спастичных форм церебрального паралича / Е. В. Лисовский, О. С. Евтушенко, С. К. Евтушенко, И. В. Вовченко. – <http://infmed.kharkov.ua/Ippo.htm>. Дата доступа 17.02.2018.

6. Ряскова К.А., Шмарина Я.Г., Севрюкова П.Л. Влияние аудиовизуального воздействия посредством фелинотерапии на организм человека // Вестник Волгоградского Государственного университета. Серия 9: Исследования молодых ученых. 2016. С. 2-3.

**ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ
И КОМПЛЕКСА В ОБРАЗЕ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА**
Яхяева К.Б., студентка 4 курса, лечебного факультета
Научный руководитель: д. м. н., проф. Санников А. Л.
ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский
университет», г. Архангельск

Одним из основных факторов, влияющих на образ жизни, здоровье человека, также на первичную и вторичную профилактику заболеваний является медицинская активность. Она включает в себя санитарную грамотность, гигиенические (антигигиенические) правила, обращаемость за помощью в медицинские учреждения, соблюдение медицинских рекомендаций. Выраженность медицинской активности зависит от совместного уровня культуры, образования и условий жизни.

Основой медицинской активности по большей части является связь этого понятия с понятием образа жизни, то есть характером проявления, зависящим от личности. Представление этой связи позволяет не только прогнозировать здоровье пациента, но и разрабатывать методы профилактики заболеваний [6].

Рассмотрим основные составные части, от которых зависит уровень медицинской активности. Одним из них является самолечение. По данным социологического опроса в гг.Москва и Самара, выявлено высокая распространенность самолечения среди пациентов молодых и пожилых людей: самолечением занимаются 70,7 из 100 опрошенных. Частота обращений за медицинской помощью с воз-

растом увеличивается. 85,7 % респондентов в возрасте 20-29 лет обращаются за медицинской помощью реже одного раза в год. Часть пациентов, обращающихся к своему врачу раз в год, снижается до 8,3% в возрастной группе 60-69 лет. У респондентов же до 40-летнего возраста отмечается 100% отрицание обращения за медицинской помощью в случае необходимости [11].

Также, выявлена зависимость мнения об информированности о здоровом образе жизни с уровнем образования респондентов. Самооценка уровня знаний о здоровом образе жизни находится в прямой зависимости от уровня образования респондентов, что оценивается коэффициентом корреляции, равным $+0,78 \pm 0,2$. Респонденты со средним образованием оценивают свое здоровье на «удовлетворительно» (30,0%), на «хорошо» (40,0%), на «отлично» (10,0%), лица со средним специальным образованием – соответственно 50,0%, 21,1%, 15,5%. Участники опроса, имеющие высшее образование, в 45,1% случаев считают, что за уровень знаний основ здорового образа жизни им можно поставить удовлетворительную оценку, в 35,3% – хорошую и в 19,6% случаев – отличную. Лучшие результаты были у работников здравоохранения, они оценили себя в 34,8 случаях из 100 опрошенных на «отлично», в 26,1 случаях – на «хорошо». На втором месте работники просвещения, которые поставили отличные оценки в 17,1 случаях из 100 опрошенных, в 47,1 – хорошие [11].

Выявленные факты, позволяют изложить, что информированность по здоровому образу жизни повышает медицинскую активность пациентов. Так как, среди тех, кто всегда обращается за медицинской помощью при необходимости, 82,9 на 100 опрошенных считают себя информированными о факторах здорового образа жизни, еще 5,7 информированы не полностью.

В монографии Ж.Л. Варакиной и А.Л. Санникова (2018) показана низкая грамотность и отсутствие навыков при оказанию само- и взаимопомощи при несчастных случаях и травмах у групп населения Архангельской области с наибольшей коммуникацией – молодежи и работников транспорта [3].

Если же рассмотреть, влияние низкой медицинской активности на самооценку собственного здоровья, то оно проявляется в том, что респонденты, не соблюдающие рекомендации врача, оценили свое

здоровье как плохое в 34,2 случая на 100 опрошенных, а выполняющие – в 20,6 ($p < 0,05$, что опровергает случайность взаимосвязи). Относительный риск плохого здоровья при низкой медицинской активности составляет 9,8 [11].

Наиболее употребляемым понятием для обозначения правильности соблюдения рекомендаций врача, является «комплаенс». Понятие «комплаенс» было введено в 1976–1979 гг. D. Sackett и R. Haynes [7]. Всемирная организация здравоохранения определяет комплаенс как «степень соответствия поведения пациента в отношении применения лекарства, выполнение рекомендаций по питанию или изменению образа жизни назначениям и указаниям врача» [8]. Понятие «комплаенс» имеет свойство пассивности поведения пациента в процессе лечения и диагностики. Отсутствие же комплаенса в отечественных и зарубежных статьях принято называть нонкомплаенсом, что по мнению Д.С. Данилова (2014 г.) проявляется полным отказом от лечения, нерегулярным приемом препаратов или самовольным изменением рекомендуемой дозировки [7,8].

Важность проблемы комплаенса можно выразить по данным отечественных и зарубежных источников. Комплаентное поведение пациентов при различных заболеваниях составляет от 20 до 57% [1,8,9]. Данные показатели колеблются незначительно при различных заболеваниях, но не переходят указанные пределы. По данным Н. А. Варфоломеевой (2013), выполнение терапии при сахарном диабете максимально составляет 53,3% и наибольшая комплаентность наблюдается у мужчин – 57,1% [4]. М. А. Мищенко и С. В. Кононова (2014 г.) оценили, что 70% пациентов с низкой комплаентностью прекращают прием лекарственных препаратов при сердечно-сосудистых заболеваниях [9]. Еще ниже уровень комплаенса среди наркологических пациентов – 20–25% [1]. Небольшим исключением являются ВИЧ-инфицированные и больные артритом: в данных группах уровень комплаенса достигает соответственно 88% и 81% [8].

На сегодняшний день изучение проблемы комплаенса очень актуально. Показатели комплаенса характеризуются двумя признаками: качеством выполнения указаний по приему назначенных препаратов и непрерывностью курса лечения [5]. Но стоит отметить, что в ряде исследований принимаются во внимание и психологические аспек-

ты, что подтверждает необходимость учета внутренних детерминант для понимания в полной мере приверженности лечению [8].

Н. В. Богатырев (2009 г.) указывает на четыре способа измерения комплаенса. Первый способ заключается в оценке комплаенса на основе беседы врача с пациентом. Данный способ не может считаться точным, так как ответы пациента могут быть недостоверны. Второй основывается в самоконтроле больного о приеме лекарств и выполнении рекомендаций, естественно, что данные такого самоконтроля требуют дополнительного подтверждения. Третий и четвертый способы заключаются на объективных показателях – учет лекарственных препаратов и проведенные манипуляций, в том числе биохимический анализы [2,8].

В настоящее время вопрос описания комплаенса остается дискуссионным. Первый подход – качественный, он основывается в описании комплаенса в виде двухкомпонентной характеристики «комплаенс – нонкомплаенс». Сторонники второго подхода считают необходимость количественного описания комплаенса от 0 до 100% [7]. При определении уровня комплаенса также есть расхождения во мнениях: так, С. В. Смирнов (2012 г.) с соавторами предлагают ориентироваться на следующие показатели: высокий уровень – соблюдается более 80% указаний, средний уровень – 20–80%, низкий – менее 20% [12]. Д. С. Данилов (2014 г.) приводит несколько иные ориентиры: полный комплаенс – 80–90% выполнения лекарственных назначений, недостаточный комплаенс – 60–70%, а нонкомплаенс считается принятия менее 60% препарата от рекомендованного назначения. Таким образом, мы видим, что вопрос метода оценки, способа описания и определения уровня комплаенса остается открытым [8].

Выводы:

1. Медицинская активность – один из важнейших факторов, влияющий на здоровый образ жизни, т.к. от нее зависит уровень информированности о здоровом образе, санитарная грамотность, условия жизни.

2. Самолечением заняты в основном молодые и пожилые люди (70,7 из 100 опрошенных).

3. В возрасте 20-29 лет 85,7 % обращаются за медицинской помощью реже одного раза в год; в возрастной группе 60-69 лет обра-

щаются раз в год к своему врачу и до 40-летнего возраста отмечается 100% отрицание обращения за медицинской помощью.

4. Самооценка уровня знаний по здоровому образу жизни находится в прямой зависимости от уровня образования: наиболее информированы лица в сфере здравоохранения и в сфере просвещения, на втором месте люди с высшим образованием, третье место со средним уровнем образованности и наименьше информированы люди с низким уровнем образованности.

5. Установлено, что комплаенс – правильность соблюдения рекомендаций врача – находится в прямой зависимости от медицинской активности. Оценка, способы описания, определение уровня комплаенса находятся в стадии разработки.

Литература:

1. Белоколов В. В. Приверженность к лечению у наркозависимых // Вестн. Чувашского ун-та. 2014. № 2. С. 195–199.

2. Богатырев Н. В. Понятие комплаенса и проблема измерения комплаенса / Изв. Рос. гос. пед. ун-та им. А. И. Герцена. 2009. № 116. С. 260–265.

3. Варакина, Ж.Л. «Травматическая эпидемия» в современной России (на примере Архангельской области) // Ж.Л. Варакина, А.Л. Санников : монография. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2018. 198 с.

4. Варфоломеева Н. А., Бушкова Э. А., Сыдыкова Л. А., Кузьмина А. А., Малогулова И. Ш., Абрамова Я. И. Приверженность фармакотерапии при сахарном диабете 2-го типа в Республике Саха (Якутия) // Вестн. Северо-восточного фед. ун-та им. М. К. Аммосова. 2013. № 3 (10). С. 122–126.

5. Вольская Е. А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях // Ремедиум. 2013. № 11. С. 6–15.

6. Герасимова О.Ю., Семченко Л.Н. Особенности медицинской активности граждан в период болезни // Евразийский Союз Ученых 2 (23). 2016. С. 40-41.

7. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 2. С. 4–12.

8. Ложкина Л.И. Комплаенс как актуальная проблема медицинской психологии: теоретико-методологические аспекты // Философия. Психология. Педагогика. 2015. С. 76-78.

9. Мищенко М. А., Кононова С. В. Анализ факторов, влияющих на приверженность к гиполипидемической терапии // Медицинский альманах. 2014. №1 (31).С. 95–98.

10. Олейников В. Э., Елисеева И. В., Томашевская Ю. А., Борисова Н. А., Фадеева С. С. Эффективность антигипертензивной терапии у пожилых пациентов и анализ приверженности лечению // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2014. № 4 (10). С. 391–396.

11. Пикалов С.М., Королёв С.В., Канаков С.А. Медицинская активность как отношение к собственному здоровью // Современное общество: проблемы, идеи, инновации. III Международная научная конференция. Москва. 2016.

12. Смирнов С. В., Морозов С. Л., Шуленин К. С., Ярославцев М. Ю. Социальный тип личности пациента и эффективность гипертензивной терапии // Фундаментальные исследования. 2012. № 2. С. 131–134.



– программы центра довузовского образования и профессиональной ориентации для дошкольников и школьников по здоровому образу жизни



Web-инары и лектории по профессиональному самоопределению

Тема 1. Особенности приемной кампании СГМУ.

Тема 2. Разнообразие медицинских профессий.

Тема 3. Образовательные возможности СГМУ

«УНИВЕРСИТЕТСКИЕ СУББОТЫ»



Если Вы любознательны и мечтаете стать врачом, или просто желаете знать о медицине больше, чем сейчас, приглашаем Вас на субботние занятия с онлайн-трансляцией. С расписанием лекций можно ознакомиться на сайте www.nsmu.ru в разделе «Университетские субботы».

Экскурсии в МУЗЕИ СГМУ (для учащихся 7-11 классов):



Музей творчества душевнобольных;

Музей клинической анатомии;

Музей антропологии кафедры медицинской биологии;

Музей истории медицины Европейского Севера.

Предварительная запись на экскурсии по тел. (8182) 28-58-06

Мастер-классы для абитуриентов.

Цикл выездных лекций в рамках акции «Мы – за здоровый образ жизни» (для 7 – 11 классов)



Школа малышей (мастер-классы для дошкольников с 4 лет). Занятия проводятся на базе СГМУ, так и в дошкольных учреждениях.

«СТУДЕНТ НА ОДИН ДЕНЬ». Профорientационный проект для ознакомления старшеклассников со студенческой жизнью. В вузе можно посетить лекции, семинары и практические занятия. Вашим экскурсоводом будет студент, который поможет сориентироваться в студенческом мире. Предварительная запись на экскурсии по тел. (8182)28-68-63.

Инновационный образовательный и профориентационный проект для школьников и дошкольников «МЕДИК-ГРАД». Занятия проводятся на базе научно-образовательного симуляционного центра.



Новый проект «УРОК В МУЗЕЕ». Занятия проводятся для школьников 5-11 классов по темам школьной программы по естественным наукам на базе музеев СГМУ. Предварительная запись по тел. (8182)28-68-63.

Тестирование с помощью диагностического компьютерного комплекса «ПРОФИОРИЕНТАТОР» (для учащихся 7-11 классов). Тестовый комплекс состоит из трех диагностических



блоков: оценка структуры интересов, интеллекта и личности.

ПРИГЛАШАЕМ ПЕДАГОГОВ К СОТРУДНИЧЕСТВУ!

**ЦЕНТР ДОВУЗОВСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ**

ОТДЕЛЕНИЕ ДОВУЗОВСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЦДОиПО
163000, г.Архангельск пр.Троицкий, д.51, каб.2103
Тел. 8(8182)28-58-06, факс 8(8182)21-08-52, liceum.2103@yandex.ru
СЛУЖБА ПРОФИОРИЕНТАЦИИ ЦДОиПО
163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51, каб.2215,
тел/факс (8182) 28-68-63, profinsmu@yandex.ru

МУЛЬТИЛОР

Всё для здоровья. Здоровье для Вас.

Медицинское устройство
для надежного лечения
лор-заболеваний

**ВЫРУЧАЛОЧКА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ, КОТОРЫЕ НЕ ХОТЯТ
ПОСТОЯННО СИДЕТЬ НА БОЛЬНИЧНОМ**

ПОКАЗАНИЯ:

- насморк
- ангина
- отит
- аденоидит
- аллергический ринит и др.

Позволяет
лечить детей
от 1 года
без слёз, капризов
и побочных
эффектов!

**ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ
ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ**



МУЛЬТИЛОР

Всё для здоровья. Здоровье для Вас.

Медицинское устройство
для надежного лечения
лор-заболеваний

ДЕТЯМ НРАВИТСЯ. БАБУШКИ ОДОБРЯЮТ!

Устройство применяют,
чтобы снять воспаление,
восстановить свободное
дыхание, устранить боль
и стимулировать
местный иммунитет.



МУЛЬТИЛОР ДАЁТ ВОЗМОЖНОСТЬ:

- значительно ускорить выздоровление;
- при начальных симптомах – остановить болезнь;
- защитить от заражения во время сезонных эпидемий.



Подробная информация
по телефону бесплатной горячей линии **8-800-200-01-13**
или на официальном сайте **www.elamed.com**

АО «Елатомский приборный завод»: Рязанская область, р.п. Елатма, ул. Янина, 25.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ
ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

СДЕЛАЙ ШАГ НАВСТРЕЧУ СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ

ОРТО **ОРТО**
PROFESSIONAL

ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ САЛОНЫ «ШАГ»

Сеть салонов ортопедии «Шаг» является эксклюзивным дистрибьютором бренда ORTO PROFESSIONAL на территории Архангельской области. Продавцы – консультанты, проходящие регулярное обучение, смогут подобрать решение, которое лучше всего подойдет именно вам.



ПОЯСА КОРСЕТНЫЕ, КОРСЕТЫ ГРУДО- ПОЯСНИЧНЫЕ

ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СПИНЫ

Оказывают разгрузку, фиксацию и стабилизацию пораженного отдела позвоночника, способствуют уменьшению боли, снятию спазмов мышц, улучшению кровоснабжения и восстановлению объема движений, благодаря чему существенно повышается эффективность медикаментозного лечения и сокращение периода лечения.



БАНДАЖИ НА СУСТАВЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СУСТАВОВ

Осуществляют фиксацию, стабилизацию и разгрузку сустава, оказывают микро-массажный и согревающий эффект, вследствие чего улучшается объем движений, снижается болевой синдром, сокращается период реабилитации и повышается эффективность медикаментозного лечения.



КОМПРЕССИОННЫЙ ТРИКОТАЖ

ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

Восстанавливает функцию клапанов, создает градиент давления, увеличивает скорость кровотока, улучшает работу мышечно-венозной помпы, тем самым обеспечивая противоотечный эффект, снижение утомляемости ног и уменьшение сосудистого рисунка. Использование компрессионного трикотажа является неотъемлемым фактором эффективного лечения и профилактики варикоза.



КОРРЕКТОРЫ ОСАНКИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ОСАНКИ И СКОЛИОЗАХ

Осуществляют вертикальную и горизонтальную реклинацию, формируя красивую осанку за счет образования правильных физиологических изгибов позвоночника.



ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ СТЕЛКИ

ПРИ ВСЕХ ВИДАХ ПЛОСКОСТОПИИ,
ПАТОЛОГИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА,
ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРЕБЫВАНИИ
НА НОГАХ.

Моделируют функцию здоровой стопы за счет дополнительной амортизации, поддержки поперечного и продольных сводов, вследствие чего уменьшается утомляемость стоп, снижается риск развития плоскостопия, предотвращается развитие заболеваний суставов нижних конечностей и позвоночника.



ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МАТРАСЫ

Матрасы ORTO используются для создания условий комфортного сна и отдыха, ортопедической адаптации спального места, а также для профилактики и лечения патологии опорно-двигательного аппарата. При помощи ортопедического матраса ORTO происходит быстрое восстановление естественного положения позвоночника и нормализация размеров и формы межпозвоночных дисков.

- г. АРХАНГЕЛЬСК**
- пр-т Троицкий, 166 ТЦ «Волна»
☎ 8-900-919-01-04
 - ул. Гагарина, 11
☎ 8-900-919-67-89
 - наб. Северной Двины, 27 ТЦ «Час Пик»
☎ 8-902-700-17-89

- г. НОВОДВИНСК**
- ул. Советов, 29/1
ТЦ «Городской рынок»
☎ 8-953-939-92-40

- г. СЕВЕРОВДВИНСК**
- ул. Ломоносова, 56
ТЦ «Татьяна»
☎ 8-953-939-80-58

Научное издание

**Здоровый образ жизни –
выбор современного человека**

Сборник материалов VII межрегиональной
научно-практической конференции с международным участием

Издано в авторской редакции

Компьютерная верстка *Г.Е. Волковой*

Подписано в печать 06.03.2018.
Формат 60×84^{1/16}. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 17,0. Уч.-изд. л. 13,9.
Тираж 150 экз. Заказ № 1964

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»
163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51
Телефон 20-61-90. E-mail: izdatel@nsmu.ru

