

ISSN 2224-6959

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



АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ

Сборник научных статей
Республиканской научно-практической конференции
с международным участием
(Гомель, 10 ноября 2023 года)

Основан в 2000 г.

Выпуск 24

В 3 томах

Том 3

Гомель
ГомГМУ
2023

Сборник содержит результаты анализа актуальных проблем медицины в Республике Беларусь с целью совершенствования организации медицинской помощи населению и формированию принципов здорового образа жизни по следующим разделам: радиационная медицина, радиобиология, кардиология, кардиохирургия, хирургические болезни, гериатрия, инфекционные болезни, травматология и ортопедия, неврологические болезни, нейрохирургия, медицинская реабилитация, психиатрия, туберкулез, внутренние болезни, педиатрия, акушерство и гинекология, общественное здоровье, здравоохранение, гигиена, анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия и др. Представлены рецензированные статьи, посвященные последним достижениям медицинской науки.

Редакционная коллегия: *И. О. Стома* – доктор медицинских наук, профессор, ректор; *Е. В. Воронаев* – кандидат медицинских наук, доцент, проректор по научной работе; *А. Л. Калинин* – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней; *И. А. Новикова* – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической лабораторной диагностики, аллергологии и иммунологии; *З. А. Дундаров* – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней № 2; *Д. П. Саливончик* – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней № 3 с курсом функциональной диагностики; *Т. М. Шаршакова* – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПКИП; *Е. Г. Малаева* – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней № 1 с курсами эндокринологии и гематологии; *А. И. Зарянкина* – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой педиатрии с курсом ФПКИП; *Э. Н. Платошкин* – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней № 2 с курсом ФПКИП; *Г. В. Новик* – кандидат педагогических наук, доцент, заведующий кафедрой физического воспитания и спорта; *С. Н. Бордак* – кандидат философских наук, доцент, заведующий кафедрой социально-гуманитарных дисциплин; *В. Н. Бортновский* – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой экологической и профилактической медицины; *Т. Н. Захаренкова* – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом ФПКИП; *Н. Н. Усова* – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии с курсами медицинской реабилитации, психиатрии, ФПКИП; *М. Л. Каплан* – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 с курсом сердечно-сосудистой хирургии; *И. А. Никитина* – кандидат биологических наук, доцент, заведующий кафедрой биологической химии; *Е. И. Михайлова* – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии; *Е. И. Козорез* – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой инфекционных болезней; *Е. В. Карпова* – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии; *В. В. Потенко* – доктор биологических наук, доцент, заведующий кафедрой биологии; *В. В. Берещенко* – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней № 3; *И. В. Буйневич* – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии с курсом ФПКИП; *Е. Г. Тюлькова* – кандидат биологических наук, доцент, заведующий кафедрой общей и биоорганической химии; *С. Н. Мельник* – кандидат биологических наук, доцент, заведующий кафедрой нормальной и патологической физиологии; *И. В. Михайлов* – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой онкологии; *И. А. Боровская* – кандидат филологических наук, доцент, заведующий кафедрой иностранных языков; *А. М. Юрковский* – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии с курсом ФПКИП; *Ю. М. Чернякова* – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ.

Рецензенты: доктор медицинских наук, профессор *Н. В. Галиновская*; доктор биологических наук, профессор *В. А. Мельник*.

УДК 614.2 – 053. – 3 – 055.2:316 (1919/1941)

М. Е. Абраменко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В БССР В 1919–1941 ГГ.: СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Введение

С момента образования БССР охрана материнства и детства была направлена на создание необходимых и благоприятных возможностей для рождения, выживания и защиты детей. Эта категория населения нуждается в особой поддержке и заботе со стороны государства, поскольку от этого зависит будущее страны, ее демографический статус и трудовой потенциал. Решение задач сохранения здоровья матерей и их детей проходило в неимоверно тяжелых условиях, порожденных войнами и революцией, когда само существование государственности Беларуси было под большим вопросом. Учитывая, что исследований по проблеме указанного периода в научной литературе белорусских ученых недостаточно, не безынтересна будет деятельность государства по защите здоровья матери и ребенка в этот исторический период, тем более, что демографическая проблема страны и в настоящее время по-прежнему является актуальной.

Цель

Показать в динамике процесс становления специализированного вида медицинской помощи в деле охраны материнства и младенчества.

Материалы и методы исследования

Охрана материнства и детства как социальная проблема в БССР в довоенный период (1919–1941 гг.). Использованы общенаучные и конкретно-исторические методы: историко-генетический, историко-сравнительный, историко-системный.

Результаты исследования и их обсуждение

На основании впервые привлекаемых источников раскрыто содержание деятельности системы охраны здоровья детей.

Основная часть

Прошедшие в начале века трагические события, связанные с огромными потерями людских и материальных ресурсов, самым негативным образом отразились на состоянии здоровья женского и детского населения. Решениями и декретами СНК РСФСР был создан особый Совет защиты детей, женщины получали право на отпуска по беременности и родам, внебрачные дети были уравнианы с брачными в отношении прав и обязанностей и другие. На освобожденных территориях сразу стали реализовываться меры, направленные на защиту и охрану здоровья детей и женщин.

Уже с 1920 г., времени второго объявления БССР, перед органами здравоохранения встала ответственная задача по изысканию эффективных форм и методов охраны здоровья женщины. До этого на территории республики шли военные действия по освобождению республики от интервентов: сначала, немецких, затем польских. Исходя из этих решений, местные органы здравоохранения направляли свои усилия на организацию питания детей, создание домов ребенка, яслей, улучшение родовспоможения.

Учитывая, что до укрупнения БССР Витебская и Гомельская области были включены в состав России, то здесь, соответственно, уже велась работа по улучшению прежде всего материального положения женщин и детей.

В соответствии с указанием Наркомата внутренних дел РСФСР стали организовываться детские дома, куда помещались в первую очередь дети, родители которых погибли в боях за советскую власть. Летом 1920 г. такие дома были открыты в Червене и в Игнатичах Минского уездравкома.

Советские органы предпринимали усилия по улучшению питания детей. Так, по разнарядке НКЗ, РСФСР в Гомельскую губернию для отдела охраны материнства и детства были выделены 2400 пайков для беременных женщин и детей до 1 года. Женщины освобождались от трудовой повинности, переводились с тяжелых на более легкие работы, и что немаловажно в то время, имели право на дополнительное питание сверх трудового пайка. Это составляло норму 15 фунтов хлеба или муки, 1 фунт крупы, 1 фунт масла, 1 фунт сахара на месяц. Матери после рождения ребенка получали дефицитные мыло и керосин [1, Л.19]. Добавило трудностей и то, что в связи с голодом и волной беженства из южных районов России в Гомельскую губернию по согласованию с правительством, началась эвакуация голодающих и больных детей из Поволжья. Для их приема и лечения была подготовлена одна из городских больниц, куда доставлялись дети из санпоездов и детдомов. С августа по ноябрь 1921 г. в губернию прибыло 6850 детей, из них было передано на иждивение частным гражданам 1570, в организации 1296, в детские дома – 3984. Всего же в губернию прибыло 11465 детей [2, Л.28-29].

Одной из самых сложных задач, которую пришлось решать подотделам охраны материнства и детства, была подготовка кадров. Первоначально детские учреждения республики обеспечивались педиатрами из общего выпуска врачей медицинского факультета БГУ, большинство из которых составляли женщины. После реорганизации медицинского факультета БГУ в самостоятельный медицинский институт в нем наряду с санитарно-профилактическим был также открыт факультет лечебно-профилактический и охраны материнства и младенчества.

Будущие специалисты проходили предварительную стажировку в детских лечебно-профилактических учреждениях. На местах, при Домах грудного ребенка создавались краткосрочные курсы по подготовке медсестер. Такие усилия давали положительные результаты. В 1924 г. в минских консультациях и на дому было обследовано 63,5 % новорожденных. В яслях обслуживалось 90% детей застрахованных работниц, остальные 10% составляли дети безработных. Фабричные же ясли, Дом грудного ребенка и Дома ребенка обслуживали, главным образом, подкидышей, сирот и полусирот, имеющих одного из родителей.

К середине 20-х гг. в республике уже сложилась, хотя и недостаточно мощная, но уже зримая сеть детских дошкольных учреждений. В республике без учета учреждений Гомельского и Речицкого уездов имелось 16 домов ребенка, 7 яслей, 20 консультаций для беременных и грудных детей. Так создавалась действительно гуманная система здравоохранения в которой особое внимание уделялось охране здоровья матери и ребенка.

В начале 30-х гг. в связи с трудностями экономического характера число рожениц стало уменьшаться. К примеру, красноречива динамика количества женщин, рожавших в больнице, сделавших аборт в больницах, и вне больницы в среднем тогда по территории населению Буда-Кошелевском районе. За пять лет. с 1930 по 1934 гг. в больницах района родилось 602 ребенка, сделали аборт в больнице 1416 женщин, и вне больниц – 200. Соотношение родившихся и не родившихся жизней в среднем по территории и населению района просто катастрофическое. Главная здесь причина, это ухудшение жизни людей в начале 30-х гг., вызванное голодом 1933 г. порожденного

коллективизацией. А впереди вполне реально маячила угроза войны, которая требовала от государства наличие многочисленной армии. Реакцией правительства и явилось принятие в 1936 г. закона о запрете аборт.

Компенсируя жесткость закона о запрете аборт, государство принимало возможные меры по оказанию медицинской помощи многодетным семьям на содержание и воспитание детей. И это давало результаты. Выступая на XII Чрезвычайном съезде Советов БССР, Нарком здравоохранения П. П. Бурачевский говорил: «У нас в БССР имеется свыше 10 тыс. счастливых матерей, имеющих по семь и более детей каждая». Насчет счастливых матерей мнение спорное, но их количество факт впечатляющий.

К 1 января 1940 г. со времени выхода закона было выплачено многодетным матерям 134765 тыс. рублей, т.е. столько, сколько составляли в 1932 г. все расходы госбюджета на социально-культурные мероприятия.

Органы здравоохранения республики стали больше внимания уделять здоровью беременных женщин, родовспоможению. Если в 1914 г. только 3,5 % рожениц получали реальную медицинскую помощь, 1925 – 12, то в 1936 – 50,0 % в т. ч. на селе 40%. Но здесь изучая документы по проблеме можно усомниться. На селе родильные дома не пользовались репутацией лечебно-профилактических учреждений. В докладной записке по проверке работы органов здравоохранения в адрес Председателя СНК отмечалось, что родильные дома в республике находятся в неудовлетворительном состоянии. «Хаты-родильни не обеспечиваются питанием, не отапливаются», – указывалось в материалах проверки, – лекарства замерзают в пузырьках, горячую воду и питание акушерки приносят из дома». Так, в Зачищенской хате-родильне Борисовского района за 1938 г. здесь было принято лишь 15 рожениц, 75 родов были приняты акушеркой на дому, а 26 родов «обслужены» бабками [3, Л. 13,14]. Понятно, что такие хаты-родильни были не очень привлекательны для женщин. С укреплением материальной базы учреждений здравоохранения такая практика изживалась.

Наряду с консультациями, обслуживанием детей занимались общие поликлиники и специальные учреждения: детские диспансеры и поликлиники. Значительное развитие получила стационарная лечебно-профилактическая помощь детям. К концу 1932 г., кроме существующих детских больниц в Минске и Гомеле были открыты еще два детских лечебных учреждения и одно отделение в общей больнице. Всего в 1937г. имелось 4 самостоятельные детские больницы на 315 коек и 5 отделений на 127 коек.

Кроме того, в республике развивалось санаторное дело, активно открывались детские санатории. В 1940 г. функционировало 17 детских санаториев, в которых за год получили лечебно-профилактическую помощь 4824 ребенка.

Перед войной обострилась ситуация с детской заболеваемостью. В 1938г. (11 месяцев) в сравнении с 1937 г. она увеличилась и дала больший коэффициент смертности чем прежде: 142,5 случая на 1 тыс. родившихся против 109,7. В отдельных городах и райцентрах этот коэффициент был очень большим и достигал революционных показателей. – 180 случаев. По официальным данным, детская смертность в 1940 г. составляла 121 случай, тогда как в 1925 г. – 123, т. е. практически уменьшение показателей детской смертности не произошло. Как видно, ситуация в деле охраны здоровья матери и ребенка была неблагоприятной. Руководители здравоохранения в своих отчетах самокритично указывали причину такого положения – в неудовлетворительной постановке лечебного дела, но на более широкие обобщения не выходили.

Заключение

Таким образом, необходимо, безусловно, отметить внимание государства к проблеме охраны здоровья матери и ребенка: создание системы диспансерно - профилак-

тических и стационарных учреждений, количественный рост педиатрических кадров, поиск и внедрение новых форм работы, как и то, что качество оказываемой лечебной помощи беременным женщинам и детям было не высоким, недостаточно-профессиональный уровень педиатрической службы не способствовал созданию стабильности в этом важном направлении медицины.

В целом, отмечают многие исследователи, в довоенный период здоровье населения не улучшилось и это было связано с уровнем благосостояния, которое в рассматриваемый период обуславливалось условиями труда и быта. Это вполне сочетается с устоявшимися выводами сегодня о том, что здоровье населения зависит не только от уровня здравоохранения, но и их уровня жизни. Таких приемлемых условий в СССР к 1941 г. для подавляющего большинства населения создано не было.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Государственный архив общественных организаций Гомельской области (ГАООГО) – Ф. 1. – Оп. 1. – Д. 837; Д. – 6.
2. Государственный архив Гомельской области (ГАГО). – Ф. 64. – Оп. 1. – Д. 860.
3. Национальный архив Республики Беларусь (НАРБ). – Ф. 4. – Оп. 21. – Д. 1634.
4. НАРБ. – Ф. 8. – Оп. 6. – Д. 120.

УДК 796:[616-008.1-055.2:378.6-057.875]

О. П. Азимок, З. Г. Минковская, С. А. Орельская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОК ОСНОВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОМГМУ

Введение

Студенческая жизнь полна чрезвычайных и стрессогенных обстановок, поэтому учащиеся ВУЗов часто испытывают стресс и нервнопсихическое напряжение. Стресс может формироваться в результате большого потока информации, который студентам необходимо освоить, из-за неумения организовать режим труда и отдыха, во время сдачи экзаменов.

Адаптация к новым условиям обучения происходит благодаря мобилизации функциональных резервов организма и требует определенного напряжения регуляторных систем. Физическая нагрузка оказывает выраженное воздействие на организм человека, вызывая изменения в деятельности опорно-двигательного аппарата, обмена веществ, внутренних органов и нервной системы. С помощью физических упражнений повышаются адаптационные возможности организма и вызывают множественные адаптационные реакции сердечно-сосудистой системы. Сердечно-сосудистая система отличается весьма высокой реактивностью и одна из первых включается в адаптационные перестройки функционального состояния организма при мышечной деятельности. Степень стимуляции кровообращения зависит от мощности работы. Физические нагрузки способствуют повышению частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления, систолического и минутного объемов крови [1].

СЕКЦИЯ

Социально-гуманитарные дисциплины и физическое воспитание

Индекс Робинсона (ИР) используется для оценки уровня обменно-энергетических процессов, происходящих в организме. По этому показателю косвенно можно судить о потреблении кислорода миокардом. В состоянии покоя (не ранее чем после 3 минут физического покоя и без психического возбуждения) измеряется пульс и артериальное давление, после чего значение пульса (уд/мин) умножается на значение верхнего (систолического) давления и результат делится на 100 ($ИР = (ЧСС \times САД) / 100$).

Чем ниже полученное значение ИР в покое, тем выше будут максимальные аэробные возможности при нагрузке. Отличный показатель – 70 или менее, хороший – до 85, удовлетворительный – от 85 до 95.

Низкие значения индекса Робинсона связаны с нарушением регуляции сердечно-сосудистой системы. Студенты с такими показателями составляют группу риска по заболеваниям системы кровообращения (артериальная гипертония, гипотония, вегетососудистая дистония, нарушение ритма сердца).

Индекс Кердо (ИК) используется для оценки функционального состояния вегетативной нервной системы, в частности, соотношения возбудимости ее симпатического и парасимпатического отделов.

Индекс вычисляется по формуле:

$$ИК = 100 \times (1 - ДАД / ЧСС),$$

где: ДАД – диастолическое артериальное давление (мм рт. ст.); ЧСС – частота сердечных сокращений (уд/мин.) [2].

Вегетативный тонус означает такую деятельность организма, с помощью которой регулируется деятельность всех органов в целях поддержания жизни и уравновешения внешних воздействий. Из этого определения следует, что вегетативный тонус нельзя рассматривать как абсолютное преобладание одной функции, а следует рассматривать как характерный вид деятельности, затрагивающей организм целиком, и которая с использованием всех механизмов, регулирующих жизненные процессы, дает возможность организму решать задачи актуальной адаптации [1].

Цель

Анализ функционального состояния сердечно-сосудистой и вегетативной нервной системы у студенток 1–3 курсов ГомГМУ, занимающихся в основных группах по физической культуре на разных этапах обучения.

Материал и методы исследования

Анализ научно-методической литературы, проведение исследования с помощью индексов Робинсона и Кердо, метод математической обработки полученных результатов.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследование проводилось в сентябре-октябре 2021, 2022, 2023 гг. в ГомГМУ, на базе кафедры физического воспитания и спорта. В данном исследовании принимали участие 70 студенток (одни и те же девушки) 1 – 3 курсов, занимающихся в основных группах по физической культуре [3,4].

При определении частоты сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин) был использован секундомер для измерения пульса за 1 минуту в состоянии покоя. Для измерения артериального давления (САД, ДАД, мм рт. ст.) использовался танометр. Результаты полученных данных после проведения исследования представлены в таблице 1.

СЕКЦИЯ
Социально-гуманитарные дисциплины и физическое воспитание

Таблица 1 – Показатели сердечно-сосудистой системы студенток ГомГМУ

Показатели	1 курс	2 курс	3 курс
ЧСС, уд/мин.	82.4 ± 1	74 ± 1.3	79.2 ± 1.5
АДС, мм рт. ст.	107.5 ± 1.3	110.5 ± 1.3	115 ± 1.5
АДД, мм рт. ст.	71.1 ± 1.2	70.4 ± 1.1	76.8 ± 1.4

Анализ показателей, характеризующих сердечно-сосудистую систему студенток показал, что у студенток 1–3 курсов средние величины ЧСС в покое в пределах общепринятых норм и составили в среднем 82.4 ± 1 уд/мин (минимальное значение 55 уд/мин, максимальное – 120 уд/мин) на 1 курсе; 74 ± 1.3 уд/мин (минимальное значение 53 уд/мин, максимальное – 108 уд/мин) на 2 курсе и 79.2 ± 1.5 уд/мин (минимальное значение 58 уд/мин, максимальное – 100 уд/мин) на 3 курсе.

Показатели артериального давления так же находятся в пределах нормы. Так, средние величины артериального систолического давления составили 107.5 ± 1.3 мм рт. ст. и диастолического – 71.1 ± 1.2 мм рт. ст. (минимальное значение 86/58 мм рт. ст., максимальное – 137/91 мм рт. ст.) на 1 курсе; 110.5 ± 1.3 мм рт. ст. и диастолического – 70.4 ± 1.1 мм рт. ст. (минимальное значение 90/60 мм рт. ст., максимальное – 125/93 мм рт. ст.) на 2 курсе; 115 ± 1.5 мм рт. ст. и диастолического – 76.8 ± 1.4 мм рт. ст. (минимальное значение 92/65 мм рт. ст., максимальное – 135/97 мм рт. ст.) на 3 курсе.

На основе полученных данных после проведения исследования с помощью индексов Робинсона и Кердо были отмечены следующие показатели. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Показатели функционального состояния сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем у студенток ГомГМУ

Показатели	Оценка (у.е.)	1 курс (%)	2 курс (%)	3 курс (%)
Индекс Робинсона	69 и менее (отлично)	14.3	22.9	14.3
	70–84 (хорошо)	22.9	14.3	42.9
	85–94 (среднее)	22.9	22.9	22.9
	95–110 (плохо)	10	30	10
	111 и более (очень плохо)	30	10	10
Индекс Кердо	ИК=0 (эйтония)	5.7	7.5	7.1
	ИК>0 (симпатотония)	74.3	75.1	77.5
	ИК<0 (ваготония)	20	19.7	15.4

Заклучение

По результатам проведенного исследования можно сделать вывод, что в показателях индекса Робинсона у студенток всех курсов преобладают оценки «отлично», «хорошо» и «среднее». Динамика роста оценки «хорошо» за год составила 28.6 %, а динамика снижения оценки «отлично» составила 8.6 %, оценка «среднее» осталась прежней (22.9%).

Низкие оценки индекса Робинсона у девушек 3 курса существенно не изменились по сравнению с предыдущими курсами, но все же низкие показатели могут свидетельствовать о возможных нарушениях регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы. А так же, во время занятий физической культурой и спортом артериальное

давление может, как повышаться, так и понижаться. Это зависит от преобладающей функции симпатической и парасимпатической нервной системы и является индивидуальной реакцией человека.

Соотношение средних величин индекса Кердо показывает, что у всех девушек основного отделения продолжает преобладать симпатическая нервная система. А вегетативное равновесие (эйтония) остается практически на прежнем уровне и составляет 5.7 % на 1 курсе, 7.5 % на 2 курсе, 7.1 % на 3 курсе, что объясняется постепенной выработываемостью и адаптацией организма к физическим нагрузкам.

Полученные результаты исследования могут быть использованы для оптимизации учебного процесса в ВУЗе, а также для проведения профилактической работы среди студентов, правильной организации оздоровительных мероприятий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Трифонова, Т. А. Оценка адаптационного состояния студентов: монография / Т. А. Трифонова, Н. В. Мищенко, И. А. Климов. – Владимир : Изд-во ООО «Аркаим», 2016. – 94 с.
2. Новик, Г. В. Основы теоретического раздела по физической культуре: методические рекомендации по физической культуре для студентов 2 курса : в 4 ч. Ч. 2 / Г. В. Новик, К. К. Бондаренко. – Гомель : УО ГомГМУ, 2018. – С. 32-33.
3. Азимок, О. П. Уровень функционального состояния сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем с использованием индексов Робинсона и Кердо / О. П. Азимок, З. Г. Минковская, С. А. Хорощко // Актуальные проблемы медицины : материалы респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Гомель, 11-12 ноября 2021 г.: в 3 т. – Гомель : ГомГМУ, 2021. – Т. 2. – С. 94-97.
4. Азимок, О. П. Динамика развития функционального состояния у студенток основного отделения на разных этапах обучения / О. П. Азимок, Г. В. Новик, З. Г. Минковская, В. С. Новик // Актуальные проблемы медицины : материалы респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Гомель, 10 ноября 2022 г. – Гомель : ГомГМУ, 2022. – С. 94-97.

УДК 82-1:2-534.3

І. А. Бароўская

Установа адукацыі

«Гомельскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт»

г. Гомель, Рэспубліка Беларусь

КАНЦЭПТ ‘МАЛІТВА’ Ў БЕЛАРУСКІМ ПАЭТЫЧНЫМ СУСВЕЦЕ

Уводзіны

“Божа, захіні маю Радзіму Мудрасцю, Спакоем І цяплом” (Г.Бураўкін).

Паняцце ‘канцэпт’ – з’ява лінгвакультуралагічная. Яе даследавалі многія лінгвісты: Булыка А. М., Ліхачоў Д. С., Дрофа Л. І., Аскольдаў С. А. і шмат іншых. Пэўныя ўяўленні, асацыяцыі, якія ўзніклі ў народзе на працягу свайго гістарычнага развіцця як нацыі, этнасу, сталі выдзяляцца ў такое паняцце як ‘канцэпт’. Мы прытрымліваемся азначэння Д. С. Ліхачова, які ў сваім даследаванні “Канцэптасфера рускай мовы” адзначыў, што гэта паняцце не мае значэння пэўнага слова ў слоўніку, але з’яўляецца “вынікам аб’яднання асабістага і этнічнага вопыту чалавека” [5, с. 3].

Мэта

Вызначыць канцэпт ‘малітва’ ў беларускіх паэтычных тэкстах.

Матэрыял і метады даследавання

Матэрыялам паслужылі паэтычныя творы Я.Купалы, Р. Барадуліна, Г.Бураўкіна, В. Адамчыка, І. Касянкавай, А. Салаўя, С. Грахоўскага, Н. Мацяш, Я. Янішчыц, А. Барскага.

Метады: суцэльнай выбаркі, пошукавы, аналітычны, апісальны.

Вынікі даследавання і іх абмеркаванне

Асновай жыцця кожнага праваслаўнага чалавека, па сутнасці, з'яўляецца пост і малітва. Вышыня – гэта чысціня, радасць, святло, там вольныя птушкі, там Бог і Анёлы [2, с. 33]. Малітва – гэта размова душы з Богам. Як у размове нельга ўвесь час гаварыць самому, так і ў малітве вельмі важна іншы раз спыняцца і прыслухоўвацца да адказу Госпада на нашыя малітвы.

Галоўны змест малітвеннага правіла – накіраваць душу хрысціяніна на размову з Богам, ачысціць сэрца ад грахоў і прабудзіць думкі пакаяльныя. Субяседнікамі паэтаў часта выступаюць Бог і Вечнасць. Як музыка не перакладаецца, так і сапраўдную паэзію цяжка перакласці, калі яна напісана душой. Так, славыты Рыгор Барадулін стварае кнігу-малітву, кнігу духоўнай паэзіі “Ксты”, дзе ён піша свае Псалмы, кнігу, якая стала адразу феноменам і вылучалася на Нобелеўскую прэмію:

*У бажбе,
У шчырай малітве
Да Цябе
Ксты зводзяцца самі.
У неба грукуюся
Ня кстамі —
Словамі ціхай малітвы.
Пачуй мяне, Божа Вялікі....*

Паэт паспрабаваў выказаць падзяку Богу і Маці, наблізіцца да сэнсу Вечнай Кнігі і пачуць душу людскую і сваю. Вершы настолькі багатыя на моўныя вобразы, што зразумець іх можна толькі сэрцам. Перакладчыкі гэтага зборніка ў свой час гаварылі пра цяжасці перакладу на іншыя мовы менавіта з-за багацця і вобразнасці мовы Барадуліна. Кніга мела шырокі водклік у чытачоў, таму далей з'явілася таксама незвычайная кніга “Руны Перуновы”, заснаваная на асэнсаванні Псалмоў: *Жыць – Значыць Богу аддаваць даўгі. Хто без даўгоў, Таго няма на свеце... Жывыя могуць аддаваць даўгі. Таму жыццё і не скончыцца Ніколі!* [3, с. 105].

Канцэпт ‘малітва’ глыбока пранікае ў паэзію Рыгора Барадуліна, дзе мы знаходзім “Малітва наступнаці”, “Малітва матчына”, але ж не толькі гэтыя вершы, але і кожны твор прасякнуты маленнем і зваротам да Бога. Канцэпт уключае ў паэта маленне за Маці, якая ўжо на нябёсах, за Беларусь, за нашы душы:

*Трэба дома бываць часцей,
Трэба дома бываць не гоцём,
Каб душою не ачарсвецць,
Каб не страціць святое штосьці. [3, с. 256].*

Увогуле, беларуская паэзія ўвесь час насычана болем за свой лёс, за лёс Радзімы. Гістарычныя ўмовы развіцця паставілі Беларусь у цяжкія ўмовы станаўлення беларускай нацыі. Гаротнае жыццё мужыка-беларуса ўвесь час хвалявала класікаў беларускай літаратуры, але заўсёды беларусы чакалі, калі ж *загляне сонца і ў наша аконца*.

Аналіз паэтычных твораў з канцэптам ‘малітва’ паказвае, што амаль кожны паэт у кожны гістарычны перыяд звяртаўся да Бога з пэўным маленнем. Калі гэта былі гаротныя, цяжкія для краіны моманты, гучалі радкі аб вызваленні ад паноў альбо ад

захопнікаў. Калі браць больш сучасны перыяд, то мы назіраем маленне за шчаслівы лёс краіны: *Прарока нам Бог дараваў на Купалле, каб ён запытаўся: “А хто там ідзе?”, О, Божа, магутны, малю і малюся: Спрадвечныя нашы пакуты згадай, Хоць ты заступіся за лёс Беларусі і згінуць не дай.* (С. Грахоўскі. “Вячэрняя малітва”); *Ты даруй мне, мой Божа, Я люблю Беларусь, Зноў і зноў да Цябе, Са слязьмі я малюсь* (А. Казлоў. “Мая малітва”).

Пэўная група вершаў, напісаная жанчынамі, заснавана на малітвах за сваіх дзяцей, за іх шчаслівы лёс, за сыноў, якія змагаюцца за сваю краіну: *Толькі маці твая будзе ў Бога прасіць: “Божа, любы, прашу ты яго зберажы”...* (Н. Дзямідава. “Малітва аб сыне”). Малітва маці – самая магутная сіла для дзяцей. Пра гэта пішуць духоўныя настаўнікі, гэта перадаюць у вершах і паэты, як напрыклад, І. Касянюк “Малітва маці”: *...Так з адчаем крыкнула Богу ў вышыню: “Я замест крывіначак лягу ў зямлю! Змілуйся, мой Божачка, забяры мяне! Ні аднога хлопчыка смерць хай не кране!” І любоў матуліна падняла сыноў. Усе з вайны вярнуліся да сябе дамой.* Верш узмацняецца рытарычнымі воклічамі, зваротамі, памяншальна-ласкавымі суфіксамі.

Болем, трагедыяй адгукваюцца радкі, калі аўтары нагадваюць пра Чарнобыльскую навалу. Канешне, зварот да Бога падтымлівае, але і напаўняе душу глыбокай самотай, таму што Беларусь у *стронцы, цэзіі, ліціі; слёзы, хмары радыеактыўныя : Хай цвіце твой дзядоўнік Калючы, таму што безабаронны. У цябе на слыху перагукваюцца Радыяцыя і Радаўніца...* (Р. Барадулін. “Малітва наступнасці”) [3, с. 231].

Вельмі кранае душу творчасць знакамітага беларускага пісьменніка, паэта Уладзіміра Ліпскага. Яго зборнік “Памілуй і ўзвысь” утрымлівае 33 вершы-малітвы, у якіх назіраем не проста зварот да Бога, а глыбінны роздум творчага чалавека над штодзённым духоўным жыццём. Ёсць у паэта і праявіны творы. Сваёй творчасцю Ул. Ліпскі перадае чытачу бязмежную любоў да сваёй Маці, з якой разам выжылі ў гады Айчыннай вайны: *Мама цяпліва несла свой крыж праз вайну. Сваім цяплом сагрвала нас. Пяшчотай карміла. Прыдумкамі лячыла. Верай сваёй узвышала. Ты ў сэрцы маім, Мама!* [1, с. 112].

Малітва ёсць ўслых, але малітва ёсць і ў душы: Я не чуў маміных малітваў. Уголас яна іх ніколі не прамаўляла. *У царкву не хадзіла. Яны, маўклівыя маміны малітвы, цяпер самі адгукваюцца ў маёй душы. Кожнае слова, як удар сэрца. А калі сэрца б’ецца, яно жыве.*

Дзякуй, Мама, што і сёння разбудзіла на ўзыходзе сонца. Нізкі паклон, мілая, што каналамі памяці, праз Млечны Шлях перадала мне сваю ранішнюю малітву. Буду ёю сустракаць кожны новы дзень свайго жыцця [1, с. 113].

Як удзячны і любячы сын, Ул. Ліпскі задае рытарычнае пытанне, на якое адказ верагодны і адназначны: *Дык чаму ж не адчуць, Мамы, што вы самі Богі на Зямлі, што ад вас у многім залежыць жыццё, будзе яно ў вас райскім ці пекельным* [1, с. 117].

Для паэта Мама раўнаважная Богу (Мой Божа! Мама любая!), разам яны выступаюць для дзяцей асновай духоўнага падмурку, які дапамагае жыць, змагацца, атрымліваць веру і аднаўляць душу, шукаць ісціну і спазнаваць прыгажосць, шчасце, каханне [4, с. 49].

Заклучэнне

Такім чынам, даследаванне канцэпта ‘малітва’ дазваляе сцвярджаць, што на беларускай паэтычнай прасторы гэтае паняцце выкарыстоўваецца вельмі шырока. Паэты выказваюць свае маленні не толькі Богу, Багародзіцы, анёлам, але і з’явам навакольнага асяроддзя (сонцу, хмарам, нівам, барам, лясам), якія непасрэдна звязаны з элементамі

нацыянальнага светаўспрымання. Бог і Маці – для беларускіх паэтаў найчасцей разназначныя паняцці (Бог на Небе, Маці на зямлі):

І ў кожным з нас нарастачанай спадчынай

Жывуць, ратуючы нашы дні,

Вяртаючы душы да вышыні

Балючыя словы малітвы матчынай. Р. Барадулін. “Малітва матчынай” [3, с. 260].

СПІС ВЫКАРЫСТАНАЙ ЛІТАРАТУРЫ

1. Ад шчырага сэрца : падарунак любай маме / укладальнік Алесь Бадак. – Мінск : Мастацкая літаратура, 2016. – 255 с.
2. Бароўская, І. А. Некаторыя стылістычныя сродкі беларускай любоўна-песеннай лірыкі / І. А. Бароўская. – Традыцыі Скарыны [Электронны рэсурс] : зборнік навуковых артыкулаў / Гомельскі дзярж. ун-т імя Ф. Скарыны, Навукова-даследчы інстытут гісторыі і культуры ўсходнеславянскіх народаў пры Гомельскім дзяржаўным універсітэце імя Францыска Скарыны ; рэдкал.: А. М. Воінава (гал. рэд.) [і інш.]. – Электр. тэкст. даз. (аб’ём 4,14 Mb). – Гомель : ГДУ імя Ф. Скарыны, 2022. – Сістэм. паграбаванні: ІЕ ад 11 версіі і вышэй або любы актуальны браўзер, хуткасць доступу ад 56 кбіт. – Рэжым доступу : <http://conference.gsu.by>. – С. 32-37.
3. Барадулін, Р. І. Руны Перуновы: выбр.тв. / Рыгор Барадулін, уклад А.Камоцкі / – Мн. : Радыёлаплюс, 2006. – 496 с.
4. Ліпскі Уладзімір. Памілуй і ўзвысь. Малітвы / Уладзімір Ліпскі. – Мн. : Адукацыя і выхаванне, 2020. – 79 с.
5. Лихачев, Д. С. Канцэптосфера русскага языка // Известия РАН. – СЛЯ. – 1993, № 1. – С. 3–9.

УДК 81.373:[61:378.6-057.875]

Н. В. Берёзко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СПЕЦИФИКА РАБОТЫ С ЛЕКСИЧЕСКИМ МАТЕРИАЛОМ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ЯЗЫКУ СПЕЦИАЛЬНОСТИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Введение

Сегодня образование в медицинских вузах нашей страны становится всё более востребованным среди зарубежных граждан. Успешное профессиональное образование будущих врачей включает в себя не только изучение специализированных дисциплин, стажировку, практическую деятельность, но и лингвистическую подготовленность. Существенным элементом коммуникабельных умений специалиста в области медицины является наличие у него лексических знаний. Однако разнообразие лексики в современном русском языке, наличие в нём полисемичных слов вызывает множество трудностей у международных учащихся. Поэтому работа с лексическими единицами на занятиях по русскому языку как иностранному является актуальной в образовательном процессе в высших учебных учреждениях лечебного профиля.

Цель

Изучение особенностей организации работы с лексикой на занятиях по русскому языку как иностранному.

Материал и методы исследования

Анализ учебной и практической литературы по теме исследования, описательный метод.

Результаты исследования и их обсуждение

Практическое овладение иностранным языком представляет собой комплексный, долговременный и непростой процесс, в основе которого лежит коммуникативная направленность. А определённый словарный запас и умение использовать его в разговорной и письменной речи выступают основополагающим элементом при осуществлении коммуникации на неродном языке. Углубление лексических знаний на занятиях по РКИ взаимосвязано с изучением таких разделов языкознания как фонетика, грамматика, орфография и др. Так как в процессе обучения инофоны не только заучивают новые для них слова, но и учатся проследить существующие между ними звуковые, грамматические, смысловые и сочетательные связи. В связи с этим перед преподавателями русского языка как иностранного возникают следующие педагогические задачи:

- формирование словарного запаса для повседневного общения и образовательного процесса по специальности;
- создание лексической базы для обучения основным лингвистическим разделам.

Результативность выше указанных задач зависит от соблюдения педагогом определённых методических приёмов и условий.

Во-первых, важно правильно распределять объём и состав словаря изучаемой лексики на уроке. Как правило, на протяжении одного занятия студенты-иностранцы 1–3 курсов способны воспринять и осмыслить от 15 до 25 новых лексических единиц. Быстрота и качество их запоминания зависят от структурной сложности или простоты слова, его универсальности и общеупотребительности, а также от семантического сходства в изучаемом и родном языках. Поэтому основательная подготовка учебного материала, количество презентованных единиц речи и наиболее рациональные приёмы их закрепления должны детально продумываться преподавателем заранее.

Во-вторых, необходимо учитывать индивидуальные психофизиологические особенности обучающихся. Лингвистические способности, умение владеть информацией, память, внимание студентов, темперамент и многое другое – все эти компоненты отдельно и в совокупности должны быть проанализированы преподавателем при введении и изучении словаря. Работа преподавателя на уроках РКИ должна предусматривать не только реализацию педагогических целей и задач образовательного процесса, но и систематизацию личностных характеристик инофонов, влияющих на качество самого процесса обучения.

В-третьих, следует уделить внимание дифференцированному отбору лексических единиц по определённой теме занятия, ситуации, предмету. Особое значение имеет отбор слов по определённым сферам их употребления, т. е. использование изученных лексем в специализированной или бытовой деятельности. Уместным видится и подбор речевых единиц, в контексте которых содержится лингвокультурологическая информация о стране изучаемого диалекта, что способствует не только расширению и совершенствованию коммуникабельных знаний, но и приобщению иностранцев к историко-культурному наследию Беларуси и России.

Для проведения успешной коммуникации, развития навыков аудирования, говорения, чтения и письма [1], достижения высоких результатов овладения иноязычной лексикой большое значение имеет формирование лексических навыков у студентов. В их становлении выделяют 3 этапа: начальный – презентование новых слов их систематизация; переходный – осмысление полученной лексической базы, формирование

подвижности вербальных знаний, выход в коммуникацию; продвинутый – проверка качества усвоения изученного словесного материала. Необходимо отметить, что каждому периоду активизации словарного запаса характерен определённый ряд заданий и упражнений. Рассмотрим указанные этапы более подробно.

Начальный этап – это презентация и интерпретация единиц языка. Представление новой лексемы лучше использовать в контексте, где она уже имеет своё значение и выполняет определенные функции. Целесообразно придерживаться основных принципов предъявления языковой информации:

- а) воспроизведение предлагаемой единицы речи;
- б) контроль правильности усвоения её звуковой формы и произношения;
- в) исправление и устранение ошибок, если таковые имеются;
- г) повторное говорение (произнесение) лексемы.

Предъявление любой лексической единицы сопровождается её истолкованием. Педагогу предпочтительнее остановить выбор на простых способах семантизации, строгом дозировании слов, ограничить многозначность и синонимию. Чтобы слово было доступно пониманию иностранца, важно вводить его в одном-двух основных значениях. Рекомендуются выявлять смысл с помощью наглядности, перевода, подбора антонимов и синонимов, словообразовательного анализа, перечисления, а также толкования лексем при помощи микроконтекста.

На втором этапе осуществляется автоматизация лексико-грамматических навыков иноязычных студентов с использованием предварительных речевых заданий. Характерно применение презентабельных слов в собственном лексиконе студентов, их восприятие и понимание, а также извлечение смысловых единиц из памяти для дальнейшей работы с ними. Комплекс упражнений на переходном этапе должен включать как лёгкие так и трудные задания, формирующие познавательные способности у иноязычных слушателей. Сами упражнения могут быть достаточно широкого спектра. Например, лексические (на распознавание, на выбор, на согласование, на подстановку), трансформационные и коммуникативные. К последним можно отнести словарные игры, составление мини-текстов и сообщений, пересказы, сочинения. Использование перечисленных видов деятельности на занятиях русского языка как иностранного возможно в любом порядке и зависит от цели обучения.

Заключительный этап – это стадия контроля усвоения речевого навыка. На таком этапе происходит овладение не только общеупотребительной, но и специализированной лексикой. Её изучение помогает студентам-медикам реализовывать свои коммуникативные потребности в профессиональной сфере и представляет возможности обучающимся активно участвовать во всех видах учебной деятельности по медицинским дисциплинам [2]. Способы проверки знаний на продвинутом этапе весьма разнообразны и зависят от творческого потенциала преподавателя. Это могут быть различного вида диктанты (словарные, выборочные, зрительные, творческие, диктанты с предъявлением слов), кроссворды, карточки, тесты и др.

Стоит отметить, что интернациональным студентам бывает нелегко усвоить специализированную лексику по предмету, так как преподаватель-языковед не всегда может правильно истолковать значение медицинских терминов. Иногда такие слова не найти в переводных словарях, а интернет зачастую переводит их в неверном значении, и у слушателей складывается ошибочное представление о семантике изучаемой единицы языка. В ходе преподавания профессионально-ориентированной лексики действенным и эффективным приёмом становится обучение составлению словарей по определённым темам занятий. Это могут быть как толковые (с минимальным поясне-

нием и истолкованием изучаемых слов), так и переводные словари, которые студенты могут дополнять в течение всего срока обучения в вузе, а также передавать их студентам младших курсов. Данный вид работы повышает уровень овладения студентами-иностранцами медицинской терминологии, а также способствует развитию активности в научно-исследовательской деятельности.

Заключение

Таким образом, совершенствование словарного запаса для повседневного общения в бытовой сфере и коммуникации в учебно-специализированной деятельности – одна из основных целей профессионально ориентированного обучения русскому языку как иностранному в неязыковом вузе. Использование методических приёмов в работе с тезаурусом, соблюдение чёткой структуризации при формировании лексических навыков и умений у иноязычных студентов зачастую приводят к эффективной реализации указанной цели, так как богатый словарный запас инофона – важнейшая составляющая успешного зарубежного специалиста в будущем.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Щукин, А. Н. Практическая методика обучения русскому языку как иностранному : учеб. пособие / А. Н. Щукин. – 2-е изд, стер. – Москва : ФЛИНТА, 2020. – 330 с.
2. Бурьева, Э. О. Создание учебных терминологических словарей как интенсивный прием в обучении русскому языку как иностранному в профессиональных целях / Э. О. Бурьева, Н. Е. Петрова // Актуальные вопросы обучения русскому языку как иностранному и на русском языке: сб. статей / под ред. Е. Е. Смирновой. – Нижний Новгород : ННГУ им. Н. И. Лобачевского, 2020. – С. 75–80.

УДК 314/316:321

И. О. Бетанов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

МЕХАНИЗМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА И ГОСУДАРСТВА

Введение

Взаимодействие гражданского общества и государства носит исторический характер. Они возникли, когда общество, осуществляя поиск оптимальных условий для реализации и защиты своих интересов, обратилось к идее создания государства. С тех пор отношения между обществом и государством находятся в центре внимания и являются причиной многих социальных конфликтов, политических потрясений и революций. И сейчас эта проблема находится в основе глобальных общественных изменений, которые происходят почти во всех странах мира и будут определять перспективы развития мирового сообщества.

Цель

Исследование механизмов взаимодействия гражданского общества и государства.

Материал и методы исследования

Теоретический анализ литературных источников и их обобщение.

Результаты исследования и их обсуждение

Взаимодействие гражданского общества и государства является важным аспектом функционирования современного общества. Опыт мирового развития показывает, что тесное взаимодействие, согласованность и баланс взаимоотношений гражданского общества и государства не устанавливаются автоматически. В реальной жизни могут существовать три диалектически противоречивых варианта взаимоотношения гражданского общества и государства: 1. Гражданское общество подавляется государством. И как следствие этого возникает тоталитарный режим. 2. Государство выполняет волю гражданского общества, действует в рамках права, как правовое государство. Тогда возникает демократический режим. 3. Существует зыбкое равновесие между гражданским обществом и государством, и тогда возникают авторитарные режимы различной степени жесткости [1].

Наиболее оптимальные возможности для взаимодействия гражданского общества и государства, сбалансированности их отношений складываются в странах с демократическим политическим режимом. В этих условиях гражданское общество является основой стабильности государства, а государство – фактором эффективного функционирования и развития гражданского общества. Баланс взаимоотношений государства и гражданского общества достигаются сформировавшимися условиями в процессе развития этих стран, наработанным механизмом взаимодействия гражданского общества и государства.

Со стороны демократического государства можно выделить следующие направления влияния на гражданское общество: ведение законотворческого процесса (позволяет обеспечить правовую защищённость граждан, их социальных и общественных объединений); предоставление государственных гарантий обеспечения свобод и прав человека (в соответствии со Всеобщей декларацией прав человека); последовательное проведение государством в жизнь принципов политического и идеологического плюрализма, обеспечение свободы деятельности политических партий, и других объединений граждан, равноправное предоставление им возможностей использовать государственные средства массовой информации для защиты своих прав; проведение мероприятий по укреплению доверия между государством и гражданским обществом, направленных на налаживание цивилизованных, конструктивных отношений.

Рычаги влияния на государство имеет и гражданское общество: во-первых, возможность образовывать, нередко вопреки властвующим структурам, противовесы правящей элите в виде оппозиционной элиты, независимых от государства общественных организаций и массовых политических движений, средств массовой информации, групп поддержки или давления; во-вторых, преодоление отчуждения граждан, их социальных и политических объединений от государственного управления, от определения и осуществления политики, их активное включение в политический процесс в целом.

К условиям, обеспечивающим эффективное и сбалансированное взаимодействие государства и гражданского общества, следует отнести:

- всеобщность и развитость демократии, ее реальное проявление во всех сферах общественной жизни;
- легитимность власти и ее эффективность в интересах всех граждан общества;
- зависимость общества и власти от закона, их безусловная подчиненность и подконтрольность ему;
- развитость и эффективность функционирования элементов (структур) гражданского общества [2].

При наличии таких условий гражданское общество и государство идут навстречу друг другу, тесно взаимодействуют между собой, дополняют друг друга, постоянно ищут способы и формы наиболее эффективного сотрудничества. Взаимодействие гражданского общества и государства благотворно сказывается на их функционировании и развитии, обеспечивает социально-политическую стабильность в обществе, его прогресс. Это обусловлено следующими обстоятельствами:

Во-первых, гражданское общество является одним из важнейших и мощных рычагов в системе сдержек и противовесов стремлению государственной власти к абсолютному господству.

Во-вторых, гражданское общество (многие из его организаций и объединений) нуждается в государственной поддержке.

В-третьих, государство в высокой степени заинтересовано во взаимодействии с гражданским обществом.

В-четвертых, специфика гражданского общества, автономный характер его структурных элементов не исключают непредсказуемости их действий. Поэтому логичными являются усилия государства по контролю процесса функционирования и развития гражданского общества, реализуемые в различных формах [3].

Во взаимодействии общества и государства выделяют две модели:

1. Либеральная модель. Благоприятное воздействие государства на общество, иллюстрирует модель взаимодействия правового государства с гражданским обществом, основана на принципах равноправия, роль государства или минимизируется или сводится к обеспечению и охране общественного порядка.

2. Скандинавская модель (государство всеобщего благосостояния). Государство берет на себя гарантии социального обеспечения всех граждан на определенном базовом уровне, и в первую очередь молодежи и людей старшего поколения. Инициатива взаимодействия с обществом исходит преимущественно со стороны государства, тем самым социальное государство видит свою цель в повышении общественного благосостояния. Государство выступает в роли партнера и слуги общества, для достижения своей цели, используя главным образом методы убеждения [4].

Опыт современных западных стран с демократическими формами жизни и развитым гражданским обществом свидетельствует, что государство и гражданское общество, активно взаимодействуя, одновременно ограничивают пределы взаимопроникновения, обеспечивают взаимоконтроль и взаимопомощь. Конструктивное взаимодействие государства и гражданского общества отвечает потребностям времени, поскольку, с одной стороны, обеспечивает эффективность государственной деятельности, а с другой - гарантирует защиту интересов и достижение индивидуальных целей членов гражданского общества, а также коллективных целей гражданского общества.

Заключение

Теоретически и практически бесспорно то, что гражданское общество и государство – две стороны одной медали, от взаимодействия которых, их известного противостояния, взаимопроникновения и взаимоконтроля зависят общественная стабильность, прогрессивные изменения, устойчивое развитие. Становясь неотъемлемым элементом в системе общественных отношений, государство выполняет определенные регулирующие функции, дополняет гражданское общество, обеспечивает его прогрессивное развитие. Историческая практика убедительно показала: только тесное, диалектическое взаимодействие, сбалансированные отношения государства и гражданского общества, регулируемые определенной системой норм и правил, позволяют им успешно функционировать, выполнять социально значимые роли в системе общественных отношений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Станкевич, В. Е. Взаимодействие государства и гражданского общества / В. Е. Станкевич, Э. В. Калинина, А. В. Станкевич // Юный ученый. – 2018.– № 1 (15). – С. 23–24.
2. Гаман-Голутвина, О. В. Политика модернизации неэффективна без сотрудничества государства с бизнесом и обществом / О. В. Гаман-Голутвина, Л. Н. Тимофеева, Л. В. Сморгунув // Власть. – 2014. – № 1. – С. 185–187.
3. Кальной, И. И. Гражданское общество: истоки и современность / И. И. Кальной, И. Н. Лопушанский. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб. : Издательство Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2006. – 492 с.
4. Бельский, В. Ю. Политология : учебник для студентов вузов / В. Ю. Бельский, А. И. Сацута. – М. : ЮНИТИ – ДАНА, 2012. – 331 с.

УДК 614.2:233-852.5

С. Н. Бордак

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СИСТЕМА ЙОГИ И ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Введение

Интерес к философии йоги отмечается во всем мире. Растет число последователей этой древней системы достижения состояния физического и психического здоровья. Согласно системе йоги, здоровье – это ощущение гармонии, высокая работоспособность, выносливость в условиях чрезвычайных обстоятельств и активное долголетие. И, наоборот, болезнь есть проявление дезинтеграции, нарушения гомеостаза в результате изменений кровообращения, отложения токсичных продуктов обмена и др. Мало-подвижный образ жизни, неправильное питание, вредные привычки, недостаточное закаливание организма, психическое перенапряжение становятся основными причинами болезней современного человека.

Цель

Проанализировать на примере системы йоги, как философское мировоззрение влияет на образ жизни и состояние здоровья человека.

Материал и методы исследования

Теоретический анализ источников по проблеме исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Слово «йога» происходит от санскритского «юдж», что означает «связь, соединение». В широком смысле йога означает сочетание различных физических, психических и духовных практик, которые нацелены на управление физиологическими и психическими функциями организма человека с целью достижения человеком возвышенного духовного состояния. Основоположником учения йоги считают древнеиндийского мудреца Патанджали, жившего во II – I вв. до н. э. Патанджали разделил йогу на 8 ступеней: 1) Яма – межличностные взаимодействия; 2) Нияма – внутриличностная самодисциплина; 3) Асана – разнообразные позы и положения тела; 4) Пранаяма – система дыхательных упражнений; 5) Пратьяхара – контроль и ослабление потока

восприятия; 6) Дхарана – концентрация мысли; 7) Дхьяна – медитация (процесс вникания в сущность объекта сосредоточения); 8) Самадхи – самореализация (состояние полного вникания в сущность данного объекта).

В основе данного учения лежат два понятия – очищение и совершенствование. Йога предусматривает выполнение комплекса физических упражнений, контроль над дыханием, соблюдение гигиены питания и соответствующих норм этики («чистый воздух, чистая пища и чистая жизнь»). Йога означает способ жизни, который делает возможным достижение полноценного физического, духовного и морального здоровья; означает дисциплину ума и тела. Выражение «в здоровом теле – здоровый дух» встречается в санскритских источниках, которые датируются VII – VI в. до н. э.

Дыхание – непрерывный процесс, который начинается с момента рождения, и заканчивается в момент смерти. Оно сопровождает нас на протяжении всей жизни. Индийские йоги разработали специфическую систему дыхания. Хатха-йога представляет собой «азбуку» системы йоги, первую необходимую ступень. Она ставит своей целью научить человека управлять своим телом, добиваться улучшения здоровья, предупреждения некоторых заболеваний, бороться с преждевременным старением организма, способствовать долголетию, активной жизни и работоспособности. Санскритское слово «Хатха» состоит из двух слов: «Ха» – солнце и «Тха» – луна, что символизирует собой два противоположных начала, которые, будучи соединены вместе, означают единство противоположностей. При помощи упражнений йоги добиваются способности регулировать вегетативные функции. Так, например, они в состоянии контролировать работу сердца и избегать нежелательного ускорения частоты сокращений при эмоциональном перевозбуждении.

Дыхание йогов управляется сознанием. Во время выполнения дыхательных упражнений сознание должно быть сконцентрировано исключительно на самом дыхании. Хатха-йога устраняет физическое напряжение и умственные стрессы, приводит к расслаблению мышц и снятию стрессов. Лишь через абсолютное физическое здоровье и контроль над деятельностью тела может быть достигнуто умственное, духовное и моральное совершенство.

Большое значение йоги придают нормальной деятельности желудочно-кишечного тракта. Пищеварительный тракт они называют «кухней» человеческого организма и рекомендуют содержать эту «кухню» в чистоте и идеальном порядке. На Востоке сложилась традиция отношения к своему телу как к святилищу, его берегут, не экспериментируют со своим здоровьем. Йоги говорят о правильном и рациональном питании, рекомендуют дозированное лечебное голодание.

Соблюдают йоги и определенные гигиенические правила питания: 1) пища должна удовлетворять потребностям организма в белках, углеводах, жирах, минеральных солях, витаминах (в рацион включают свежие и сырые растительные пищевые продукты); 2) при усвоении пищи организмом не должны образовываться токсины, уменьшающие ловкость и гибкость тела, препятствуя овладению асанами (неблагоприятный эффект дают мясо, яйца, бобовые и др.); 3) пища не должна содержать раздражающих веществ, препятствующих концентрации (острое, кислое, горькое, алкоголь и др.). Наиболее полезными для организма считаются орехи, плоды миндаля, арахиса, зерна злаков (особенно проросшие зерна пшеницы), овса, риса, турецкого гороха, свежие и сушеные фрукты и овощи, молоко и молочные продукты, мед, растительные масла.

Важным элементом в питании йогов считается пережевывание пищи. Рекомендуется пережевывать пищевой комок не менее 40 раз. Рациональное пережевывание пищи во время еды является одним из способов снижения массы тела. Йоги говорят,

что «нужно пить твердую пищу и пережевывать жидкую». Есть следует медленно и вдумчиво. Для восточных людей принятие пищи – неторопливый ритуал, совершаемый в кругу семьи или друзей. Наслаждение вкусом и запахом еды дает удовлетворение меньшим количеством пищи, помогает избежать переедания и психологического голода. Не говоря уже о том, что это полезней для пищеварения. Принимать пищу следует только тогда, когда испытываешь голод. Утоление чувства голода сопровождается ощущением удовлетворенности.

Если сравнить пищу современного человека с пищей людей, живущих в естественных условиях, или с питанием детей и животных, то очевидна существенная разница между естественным способом питания и нашим. Так, маленькие дети едят лишь тогда, когда голодны. Человек, живущий в сельской местности, употребляет простую пищу, сырые фрукты и овощи. Животное не ест, когда оно сыто, и, даже проголодавшись, оно не станет пить горячее или замерзшее молоко, а подождет, пока горячее молоко остынет, а замерзшее растает. Современный человек употребляет «возбуждающие» виды пищи, поступает наперекор природе и принципам здорового образа жизни.

Питаться нужно так, как этого требует природа. Рекомендуется употреблять простую пищу и проявлять умеренность в еде. Умеренность в питании является важным фактором здоровья и долголетия. Ежедневная порция по калорийности должна соответствовать возрасту, массе тела, полу, трудовой деятельности, образу жизни, климатическим условиям. Например, при одинаковой массе тела в молодом возрасте человек нуждается в большем количестве пищи, чем в зрелом. У людей одного возраста потребности в калориях варьируют в зависимости от массы тела. Люди, занимающиеся физическим трудом на открытом воздухе, нуждаются в более калорийной пище по сравнению с работающими в закрытых помещениях. Зимой организму необходимо большее количество пищи, чем летом.

Важным элементом питания является качество пищи. Йоги рекомендуют естественную здоровую и разнообразную пищу (сырые продукты должны составлять 80% ее объема). Следует употреблять вместо белого хлеба черный хлеб, сахар заменить медом, поваренную соль – морской, животные жиры – растительными маслами, отказаться от жареных блюд, ограничить употребление картофеля. Следует отдавать предпочтение «местным» фруктам, так как они находятся в «биологической равновесии» с нашим организмом. Чем дальше фрукт или овощ потребляется от его места созревания, тем меньше в нем энергии.

Никогда не следует наедаться досыта. В процессе еды желудок должен быть наполнен пищей приблизительно на 2/3. Во время еды мысли должны быть заняты исключительно пищей. Все внимание должно быть направлено на процесс пищеварения. Принимать пищу следует в обстановке тишины, спокойствия и хорошего настроения. Один день в неделю следует воздерживаться от еды, употребляя только воду.

Йоги не рекомендуют пить воду во время еды. В большинстве употребляемых нами продуктов содержится достаточное количество воды, необходимой для нормальной работы пищеварительной системы. Йоги придерживаются питьевого режима, начинают и завершают день, выпивая по стакану воды, в течение дня выпивают не менее 10 стаканов воды.

Йоги считают, что чаще всего жизненную энергию ослабляют два фактора – стресс и недостаток сна. Хорошо укрепляет жизненную энергию восстановительная йога. Данный вид деятельности при условии выполнения его с удовольствием хорошо восстанавливает истощенную энергию и приводит в равновесие тело и дух, то есть снимает стресс и усталость.

Моральный кодекс йогов включает в себя две ступени: Яма и Нияма. Яма представляет собой саморегуляцию межличностных взаимоотношений на основе добровольного подавления отрицательных стремлений и поступков и включает в себя следующие принципы: 1) Ахимса – непричинение вреда, насилия, терпимость, сочувствие, гуманность; 2) Сатья – честность, правдивость, искренность, отстаивание истины, недопущение лжи, лицемерия и непоследовательности в поступках; 3) Астея – невозможность посягнуть на чужое, украсть; 4) Брахмачарья – самодисциплина в половой активности, воздержание от злоупотреблений половыми отношениями; 5) Апариграха – отказ от подарков, от ненужных материальных предметов, не проявление зависти, алчности, эгоизма, скромность. Нияма представляет собой систему регулирования внутриличностных процессов, выдвигает принципы формирования положительных качеств характера для достижения успехов в занятиях йогой, базируется на уже достигнутой высокой степени морального поведения, взыскательности и уважения к самому себе. Нияма включает в себя следующие принципы: 1) Шаоча – телесная и духовная чистота, отсутствие корыстных мотивов в поведении, устранение отрицательных эмоций; «очищение» ума от плохих мыслей и соответствующих действий; внутренняя телесная чистота, достигаемая с помощью специального режима питания и очистительных процедур; 2) Сантоша – удовлетворенность, оптимизм, жизнерадостность, спокойствие; 3) Тапас – твердость, выносливость, строгость, усердие, аскетизм; сознательная дисциплинированность, постоянство, упорство; 4) Свадхьяя – самосозерцание, самопознание, самоконтроль. Последователь системы йогов должен соблюдать моральный кодекс в любой жизненной ситуации независимо от возникающих на его пути препятствий и трудностей.

Заключение

Таким образом, йога – это система взглядов и образ жизни, дающий возможность достичь физического, духовного и морального здоровья. Она указывает путь к сбалансированному взаимодействию между физическими и психическими возможностями человеческого организма. Это философия, меняющая сознание и отношение к жизни. Философия йоги учит управлять эмоциями, эффективно думать, двигаться и дышать, вести здоровый образ жизни и отказываться от вредных привычек, лучше понимать происходящие в мире процессы, яснее видеть личные цели, развивать силу воли и остроту ума, достигать состояния равновесия и самообладания, помогает успешно преодолевать трудности и значительно повышать качество жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бонгард-Леви, Г. М. Древнеиндийская цивилизация : Философия, наука, религия / Г. М. Бонгард-Леви. – М. : Наука, 1980. – 333 с.
2. Евтимов, В. Йога / В. Евтимов. – М. : Медицина, 1986. – 208 с.
3. Радхакришнан, С. Индийская философия / С. Радхакришнан. Т. 1-2 / пер. с англ. – М. : МИФ, 1993. – 328+394 с.
4. Чанышев, А. Н. Начало философии / А. Н. Чанышев. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1982. – 184 с.

УДК 811.111'373.7:821.111

А. В. Дорошко, А. Ф. Максименко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СУБСТАНТИВНЫЕ ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИЕ ЕДИНИЦЫ В АНГЛИЙСКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

Введение

Для каждого языка характерно наличие в нём устойчивых образных оборотов, которые воспроизводятся в речи подобно слову. Такие устойчивые сочетания называются фразеологизмами, фразеологическими единицами или фразеологическими оборотами. Согласно дефиниции В. П. Жукова, фразеологизм – это «воспроизводимый в речи оборот, построенный по образцу сочинительных или подчинительных словосочетаний (непредикативного или предикативного характера), обладающий целостным (или реже – частично целостным) значением и сочетающийся со словом» [3]. Фразеология – наука об устойчивых сочетаниях с полностью либо частично переносным значением. «Фразеология (от греч. *phrasis* выражение, *logos* учение) это наука о фразеологических единицах, т. е. об устойчивых сочетаниях слов с осложненной семантикой, не образующихся по порождающим структурно-семантическим моделям переменных сочетаний» [1]. По определению А.В. Кунина «фразеологической единицей, является устойчивое сочетание слов с полностью или частично переосмысленным значением» [4]. Настоящее исследование посвящено изучению субстантивных фразеологических единиц английского языка (на материале литературных источников).

Цель

Исследовать субстантивные фразеологические единицы, заимствованные из художественно-литературных источников.

Материал и методы исследования

В процессе изучения фразеологических единиц исследователи всегда обращали внимание на их типологию. В результате были созданы многочисленные классификации фразеологизмов. Мы выяснили, что такое субстантивные фразеологические единицы (СФЕ); изучили их грамматическое значение. Существуют субстантивные фраземы с подчинительной и сочинительной структурой (рассмотрели синтаксические и морфологические особенности субстантивных фразем с подчинительной структурой; фраземы с сочинительной структурой, выделили различные виды связи компонентов фразем), а также изучили устойчивость и вариантность формы СФЕ английского языка:

1. ФЕ с константной зависимостью компонентов – это обороты с неподменяемыми компонентами (*the black Maria* – тюремная карета, тюремный автомобиль; *crocodile tears* – крокодиловы слезы [2]);

2. ФЕ с константно-вариантной зависимостью компонентов – обороты, допускающие вариантность компонентов при обязательном сохранении, по крайней мере, одной знаменательной лексемы, не имеющей варианта (лексический инвариант).

В лексических вариантах могут заменяться существительные, прилагательные, предлоги (*dead marines* – букв. мертвецы; пустые винные бутылки; *odd (queer) fish* – человек со странностями, чужак; *a friend at (in) court* – влиятельный друг [2]).

Грамматические варианты:

1. Замена определения, выраженного существительным в родительном падеже, адъективным определением или постпозитивным предложно-именным определением: *Procrustes' bed / the Procrustean bed / the bed of Procrustes*.

2. Замена препозитивного адъективного определения постпозитивным предложно-именным: *a stony heart / a heart of stone* – каменное сердце; *a Sisyphian labour / a labour of Sisyphus* – Сизифов труд [2].

3. Замена препозитивного определения, выраженного существительным в родительном падеже, постпозитивным предложно-именным определением: *Achilles' heel / the heel of Achilles* – Ахиллесова пята; *Eve's daughter / the daughter of Eve* – дочь Евы, представительница прекрасного пола; *Hercules' Pillars / the Pillars of Hercules* – Геркулесовы столпы.

Квантитативными являются варианты, образованные путем усечения или прибавления компонентов: Тот, *Dick and Harry / every Tom, Dick and Harry* – средние, заурядные люди; первый встречный, все без разбора, каждый встречный и поперечный [2].

ФЕ с константно-вариантно-переменной зависимостью компонентов – обороты, допускающие вариантность компонентов, нормативное включение переменных элементов в свой состав для подмены местоимений при обязательном сохранении, по крайней мере, одного лексического инварианта: *a bit (piece) of one's mind* – правда, высказанная напрямик, неодобрение, откровенное мнение, упрек.

ФЕ с константно-переменной зависимостью компонентов – обороты, не имеющие вариантов и допускающие нормативное включение переменных элементов (*one (one's), somebody (somebody's) u something*) в свой состав для подмены местоимений: *one's cup of tea* – тот, кто нравится; то, что нравится.

Мы также ознакомились с семантическим диапазоном СФЕ в английском языке:

– метафорическое переосмысление: *babies and sucklings* – новички (молоко на губах не обсохло); *a tower of strength* – надежная опора, человек, на которого можно положиться как на каменную стену; *back-room boys* – научные сотрудники секретных лабораторий [2];

– метонимическое переосмысление (часть вместо целого): *long ears* – любопытство;

– полностью переосмысленные ФЕ – те, которые не имеют вариантов и не допускают нормативного вклинивания переменных элементов: *a back number* – отсталый человек; *a break in the clouds* – луч надежды; *a bull in a chinashop* – слон в посудной лавке (идиомы, имеют целостное значение);

– частичное переосмысление – один компонент с буквальным значением, а другой с переосмысленным: *angel's visits* – редкие, но приятные визиты; *apple-pie order* – абсолютный порядок; *captain of industry* – промышленный магнат; *a change of heart* – изменение намерения [2].

Обороты с грамматически ведущим членом и зависимой от него предикативной единицей Н.Н. Амосова называет «частично-предикативными, т.к. предикативная структура имеется лишь в одной их части и не является сквозной. Данные обороты обладают структурно-семантической раздельно-оформленностью, т.к. образования подобной структуры сложным словам несвойственны: *the goose that lays the golden eggs* – курица, несущая золотые яйца, источник благосостояния; *sheep that have no shepherd* – овцы без пастуха, беспорядочная толпа; *the sleep that knows no waking* – вечный сон, смерть [1].

Результаты исследования и их обсуждение

Изучив СФЕ, заимствованные из различных литературных источников, следует отметить, что в теоретических источниках достаточно широко изучена фразеология современного английского языка в целом, но субстантивные фразеологизмы, которые подлежат изучению в данном исследовании, требуют более тщательного и глубокого изучения.

Практическая значимость исследования заключается в том, что расширяет представление об этимологии, семантике и грамматических особенностях СФЕ, заимствованных из английской художественной литературы. При исследовании СФЕ нами применялся метод анализа теоретической литературы по данной тематике, а также анализ художественной литературы английских, американских и других иностранных писателей, выборка из фразеологических словарей.

В соответствии с целями и задачами были рассмотрены различные типы СФЕ, раскрыт семантический диапазон (метафорическое переосмысление, метонимическое переосмысление, полностью переосмысленные СФЕ со структурой словосочетания, полностью переосмысленные ФЕ с частично-предикативной структурой, частично переосмысленные СФЕ) и грамматические особенности СФЕ (фразеологизмы с подчинительной и сочинительной структурой), изучены СФЕ, заимствованные из художественно-литературных источников английского и других языков. Следует отметить, что наиболее развитой теорией фразеологии отличается русское языкознание, в котором разработаны многие аспекты фразеологических единиц: их семантика, структурная слитность, компонентный состав, происхождение.

Благодаря литературным произведениям писателей и поэтов, как Великобритании, так и разных стран мира, английский язык в настоящее время насчитывает огромное количество фразеологизмов. Но, не следует забывать и о том, что огромное количество фразеологизмов пришло из истории и культуры различных стран мира.

Заключение

В результате проведенного исследования можно сделать вывод, что источники происхождения ФЕ в современном английском языке очень разнообразны (исконно английские ФЕ; заимствованные из иностранных языков; заимствованные из американского варианта английского языка). Многие фразеологические единицы произошли в связи с обычаями и традициями, реалиями, историческими фактами, но большая часть английских фразеологизмов в основном возникла благодаря художественно-литературным произведениям. Таким образом, фразеологические единицы помогают автору ярче выразить свою мысль, более точно охарактеризовать тот или иной предмет, персонажа или ситуацию, а изменение фразеологизмов помогает расширить их семантику и обогатить образность повествования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амосова, Н. Н. Основы английской фразеологии / Н. Н. Амосова. – Л. : изд-во Ленинградского университета, 1989. – 205 с.
2. Арсентьева, Е. Ф. Русско-английский фразеологический словарь / Е. Ф. Арсентьева. - Казань: Хэтер, 1999. – 318 с.
3. Жуков, В. П. Русская фразеология / В. П. Жуков, А. В. Жуков. – М. : Высшая школа, 2006. – 408 с.
4. Кунин, А. В. Фразеология современного английского языка / А. В. Кунин. – М.: Международные отношения, 1996. – 287 с.

УДК 61(091)(476)»1930»

А. А. Каплиев

*Институт истории Национальной академии наук Беларуси,
г. Минск, Республика Беларусь*

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БССР И ЗАПАДНОЙ БЕЛАРУСИ В 1930-Х ГГ.

Введение

В 1920-х – 1930-х гг. на белорусских землях существовало две системы здравоохранения – советская в БССР и польская в Западной Беларуси, которая в 1921 г. по итогам Рижского мирного договора была включена в состав Польши. В межвоенное двадцатилетие на территории разделённой Беларуси проводилась абсолютно различная политика в большинстве областей социально-экономического развития, что, учитывая примерно равное число населения (на 1931 г. – 5,2 млн в БССР и 5,1 млн в Западной Беларуси) создаёт основу для предметных сравнительных исследований. Однако сопоставления развития здравоохранения в БССР и Западной Беларуси не проводилось как в отечественной, так и зарубежной науке, а одними из наименее изученных в этом отношении стали 1930-е гг., внесшие значительные изменения в характер оказания медицинской помощи по обе стороны очерченной Рижским миром границы.

Цель

Изучить особенности развития медицинского обслуживания населения БССР и Западной Беларуси в 1930-х гг.

Материал и методы исследования

Оригинальные архивные и статистические источники изучаемого периода обработаны с использованием общенаучных и специальных исторических методов исследования (историко-генетического, историко-сравнительного), а также индексного метода статистического анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

В конце 1920-х гг. в БССР был объявлен курс на коллективизацию сельского хозяйства и индустриализацию в промышленности, которые требовали соответственного увеличения охвата медицинской помощью рабочих и колхозников на местах их непосредственного труда. Ключевые изменения в курс развития медицинского обслуживания были внесены постановлением ЦК ВКП(б) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян» от 18 декабря 1929 г., в котором основное внимание уделялось организации внебольничной помощи, в том числе амбулаторной. В результате опережающими темпами росли амбулаторные учреждения и пункты здравоохранения на предприятиях и в сельской местности (203 в промышленности и 112 при машинно-тракторных станциях и в совхозах), но это достигалось путём смещения акцента с увеличения числа стационаров: с 1928 по 1932 г. в БССР открылось лишь 22 больницы (11 в городах и 11 в сельской местности) [1].

В конце 1930-х гг. одним из ключевых решений, повлиявших на развитие здравоохранения, стал запрет абортов. В 1930-х гг., в связи с падением рождаемости, увеличением смертности населения вследствие голода и роста заболеваемости инфекционными болезнями и параллельным увеличением запросов промышленности в новых

СЕКЦИЯ

Социально-гуманитарные дисциплины и физическое воспитание

кадрах, концепция «свободной женщины» 1920-х гг. была заменена на модель «работающей матери», которая поощряла активное деторождение. Для разгрузки женщин от домашних обязанностей были необходимы детские ясли, развитие сети которых принадлежало к компетенциям Народного комиссариата здравоохранения. Рост сети постоянных (работающих круглогодично) и сезонных (на время уборочной, торфозаготовок и других работ) яслей, призванных освободить работниц для их вовлечения в экономику. В 1937 г. на строительство яслей и родильных домов выделено около 65% всех капиталовложений и около 31% всего намеченного прироста по бюджету здравоохранения. В результате за 1937 г. в СССР не должно было быть построено ни одной новой больницы (за исключением некоторых центральноазиатских республик и расширения существующей Кремлевской больницы) [2].

Поэтому увеличение показателей стационарного обслуживания достигалось за счет расширения уже существовавших больниц, потому прирост коечного фонда БССР, который считался основным показателем развития здравоохранения, в 1930-х гг. опережал темпы 1920-х гг. Если в 1930 г. в БССР было 6344 больничные койки, то в 1934 – уже 11783, а в 1937 г. – 16844 (табл. 1).

Таблица 1 – Сравнение коечного фонда больниц БССР и Западной Беларуси в 1925–1937 гг. [1, 3]

Год	БССР		Западная Беларусь	
	Всего	На 10 тыс. жителей	Всего	На 10 тыс. жителей
1925	3781	7,58	4714	11,8
1927	6090	12,2	4 646	9,09
1928	6600	13,2	4 540	8,9
1930	7563	14,4	4 590	8,9
1932	10313	19,6	4 960	9,7
1934	11783	22,4	4 671	9,1
1935	11220	20,5	4940	9,6
1937	16844	30,2	4 992	9,8

Укрупнение лечебной сети достигалось прежде всего за счет стремительного увеличения государственных расходов на здравоохранение. В 1928 г. на здравоохранение было выделено 11,2 млн рублей, в 1930 г. – 17 млн, в 1932 г. – 40,6 млн, а в 1935 г. – 93,3 млн. При этом финансирование здравоохранения превышало плановые показатели: только за 1928–1932 гг. было выделено 103,59 млн рублей вместо запланированных 88,3 млн. На протяжении 1930-х гг. расходы на здравоохранение как местных, так и государственного бюджета перманентно нарастали: если в конце 1920-х – начале 1930-х гг. они составляли в среднем 10% бюджета, то к концу 1930-х гг. уже приближались к 20%. Однако, несмотря на интенсивное увеличение числа медицинских учреждений в сельской местности в 1930-х гг., основной прирост лечебной сети отмечался преимущественно в городах. Наиболее интенсивный рост наблюдался с середины 1930-х гг.: в частности, в Минске с 1922 по 1930 г. коечный фонд вырос на 171%, к 1935 г. – на 257,3%, а к 1938 г. – на 356 %.

В отличие от БССР, где на протяжении изучаемого периода происходил интенсивный рост промышленности и сельского хозяйства, территория Западной Беларуси на протяжении 1930-х гг. находилась в состоянии экономического кризиса, что было обусловлено последствиями экономической рецессии в Польше в целом. В рамках

польской системы здравоохранения основную нагрузку по содержанию медицинских учреждений несло не государство, а муниципалитеты на местах, которые в условиях кризиса были вынуждены сворачивать финансирование на социальные программы, в т. ч. на здравоохранение. Если в 1920-х гг. муниципальные отчисления на здравоохранение составляли 10–15 % от муниципального бюджета, то в 1930-х гг. этот показатель упал до 8% в городах и до 3% на уровне поватов, что повлекло закрытие части больниц или сокращение их коечного фонда. Например, в Белостокском воеводстве, где до 1931 г. существовало 29 больниц, в 1932/1933 г. из них было закрыто сразу 6, а общая численность коек сократилась с 1767 до 1585. В Гродненской городской больнице число коек перманентно сокращалось: в 1924 г. – на 15 %, когда из 150 коек в больнице осталось 125, а к 1932 г. – ещё на 40 %, в результате чего число коек сократилось в два раза по сравнению с началом 1920-х гг. В августе 1932 г. по решению Новогрудского воеводы слонимская больница была сокращена вдвое до 30 коек, формально из-за низкого потока пациентов, не имевших возможности платить за медицинскую помощь. Сложилась парадоксальная ситуация: в конце 1919 г., в разгар польско-советской войны, Слонимщина также, как и в 1930-х гг. имела только две больницы, однако общее количество коек превышало мирные времена и составляло 110 [4].

В Западной Беларуси также наблюдался значительный разрыв в обеспечении медицинской помощью в городах и сельской местности. Так, в 1932 г. на территории Виленского воеводства (население – 1 275 939 человек) было 17 общественных больниц (из них 6 – государственных), 1 еврейская больница и 9 частных клиник, в совокупности имевшие 1572 койки, что в пересчете составляло 1 койку на 760 жителей. При этом, если в Вильно 1 койка приходилась на 163 жителя, то в поватах соотношение составляло 1:2300. В 1938 г. воеводство имело 1867 коек, однако в Вильно находилось абсолютное большинство из них – 1512, что в городе давало 1 койку на 138 жителей, а на территории поватов соотношение увеличилось до 1:3175. Таким образом, за 1930-е гг. обеспечение стационарной помощью незначительно улучшилось для горожан, но катастрофически ухудшилось для сельского населения. При этом Виленское воеводство являлось одним из наиболее развитых в медицинском отношении в Западной Беларуси. Например, в паритетном по числу населения Новогрудском воеводстве в 1934 г. в было только 617 коек, а в 1938 г. осталось лишь 599 коек в 15 больницах на 1 124 678 человек населения, что давало в среднем 1877 человек на 1 койку.

В рамках слабости сети стационаров значимой частью медико-санитарной сети могли стать амбулатории, однако в Польше амбулатории как вид лечебного учреждения считался пережитком начала XX в. и постепенно исчезал: только за июль – декабрь 1929 г. в поватах Виленского воеводства закрылись 3 амбулатории. На смену им пришла концепция лечебных учреждений комплексного типа – центров здоровья, которые были широко распространены в Соединенных Штатах Америки, откуда их концепция была адаптирована для реализации в Польше. Однако экономический кризис 1930-х гг. в значительной степени замедлил реализацию концепта центра здоровья в Польше и особенно Западной Беларуси. Так, за 1930 г. в Западной Беларуси не было построено ни одного центра здоровья, а за период с 1931 по 1935 г. их было создано лишь 36, в то время как в 1938 г. только в одном Варшавском воеводстве уже было 44 центра здоровья (рисунок 1) [5].

СЕКЦИЯ
Социально-гуманитарные дисциплины и физическое воспитание

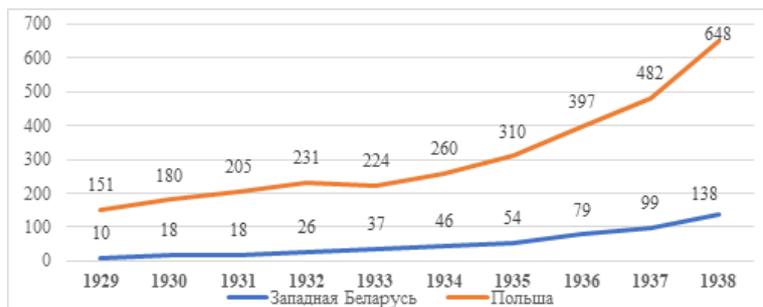


Рисунок 1 – Число центров здоровья в Западной Беларуси и Польше в 1929–1938 гг. [5]

Заклучение

Таким образом, децентрализованная организация и экономические сложности Западной Беларуси негативно отразились на основных показателях здравоохранения. Фактически с середины 1920-х гг. лечебная сеть Западной Беларуси не прирастала: в 1925 г. в 87 больницах имелось 4714 коек (11,8 коек на 10 тыс. населения), а в 1935 г. при 99 больницах имелось 4940 коек (9,6 койки на 10 тыс. населения). В то же время в 1935 г. БССР имела уже 196 больниц при 11220 койках (20,5 коек на 10 тыс. населения), таким образом, по основному критерию эффективности медицинского обслуживания превышая Западную Беларусь более чем в 3 раза. При этом, если в БССР наблюдался перманентный рост основных показателей медицинского обслуживания, то Западная Беларусь в пересчёте на 10 тыс. населения даже ухудшила свои позиции по сравнению с серединой 1920х гг.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Национальный архив Республики Беларусь. – Ф. 4п. Оп. 1. Д. 11959.
2. Государственный архив Российской Федерации. – Ф. 8009. Оп. 1. Д. 107.
3. Sprawozdanie o stanie zdrowotnym Rzeczypospolitej Polskiej oraz o działalności władz i instytucji zdrowia publicznego w latach 1934–1935. – Warszawa : Polskie towarzystwo higieniczne, 1937. – 150 p .
4. Государственный архив Гродненской области. – Ф. 544. Оп 1. Д. 15.
5. Archiwum Akt Nowych w Warszawie. – Z. 15. Sygn. 12.

УДК [811.161.3:378.6.016]:81'38

Т. А. Карніеўская

Установа адукацыі

«Гомельскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт»

г. Гомель, Рэспубліка Беларусь

БЕЛАРУСКІ АНТРАПАНІМІКОН ПАЧАТКУ ХХІ СТАГОДДЗЯ (НА ПРЫКЛАДЗЕ ІМЕНАСЛОВА СТУДЭНТАЎ ГДМУ)

Уводзіны

Уласныя імёны складаюць значную частку лексічнай сістэмы многіх моў свету. Антрапанімія (асабліва рэгіянальная) заўсёды прыцягвае да сябе ўвагу не толькі спецыялістаў, але і людзей, далёкіх ад лінгвістыкі. Гэтае становішча склалася дзякуючы своеасаблівай дваістай прыродзе антрапанімаў: з аднаго боку, любое ўласнае імя з'яўля-

еще ў першую чаргу лінгвістычнай адзінкай, з другога, будучы яшчэ і сацыяльным сімвалам, выклікае цікавасць любога члена грамадства, бо няма чалавека без імя і няма чалавека, які б не цікавіўся рознымі аспектамі існавання свайго імя. У сучаснай антрапаніміцы адным з важных яе аспектаў з’яўляецца “далейшае вывучэнне рэгіянальных сістэм асабовых імён у сінхранічным, дыяхранічным аспектах” [1, с. 172].

Мэта

Вызначэнне колькасных паказчыкаў ужывання і асноўных матывацый надання імя на прыкладзе беларускага іменаслова пачатку XXI стагоддзя (2001–2005 гг.).

Матэрыял і метады даследавання

Асноўным матэрыялам сталі вынікі анкетавання студэнтаў 1 курса Гомельскага дзяржаўнага медыцынскага ўніверсітэта 2022–2023 гадоў навучання, якія пражываюць у Беларусі (прадстаўлены ўсе шэсць абласцей рэспублікі) і з’яўляюцца грамадзянамі Рэспублікі Беларусь. Напісанне імён на беларускай мове падаецца згодна з пашпартнымі данымі. Перавага колькасці жаночага іменаслова над мужчынскім тлумачыцца суадносінамі колькасці асоб у вучэбных групам адзначанай установы.

Вынікі даследавання і іх абмеркаванне

Усяго за адзначаны перыяд у разглядаемым іменаслове было ўжыта 30 мужчынскіх і 33 жаночыя імя. Найбольш ужывальнымі з’яўляюцца мужчынскія імёны *Дзмітрый, Уладзіслаў, Кірыл, Максім*. У адпаведную групу папулярнасці ўваходзяць таксама жаночыя антрапонімы *Анастасія, Кацярына, Дар’я, Лізавета, Аліна*. Звяртае на сябе ўвагу той факт, што ўсе названыя імёны вызначаюцца традыцыйнасцю.

Таксама неадзінкавым ужываннем вызначаюцца імёны *Данііл, Павел, Раман, Станіслаў; Алена, Аляксандра, Ангеліна, Ганна, Дзіяна, Ірына, Карына, Крысціна, Ксенія, Сняжана, Яна, Яўгенія*. Зыходзячы з вопыту работы з колькаснымі падлікамі антрапонімаў XX—XXI стагоддзяў, адзначым, што такія імёны, як *Павел, Раман; Алена, Аляксандра, Ганна, Ірына, Яўгенія* з’яўляюцца т.зв. “скразнымі”, г.зн. ужываюцца на працягу ўсяго перыяду назіранняў аўтара за функцыянаваннем беларускага іменаслова (як мінімум, з 1951 г. і па сённяшні дзень), пры гэтым яны вызначаюцца неадзінкавым ужываннем і часта знаходзяцца ў складзе першай дзясяткі папулярнасці (напрыклад, такія онімы, як *Павел, Алена, Ганна, Ірына*).

Сярод адзінкавых антрапонімаў сваёй нетрадыцыйнасцю прыцягваюць увагу такія адзінкі, як *Акім, Мірон, Адріяна, Ілга, Стэфанія*.

З пункту погляду варыянтнасці, звязанай у першую чаргу з асаблівасцямі перадачы імён у сістэму беларускай мовы ў апрацаваным іменаслове адзначаюцца наступныя рады: *Анастасія — Настасся* (пераважае першая форма імя), *Елізавета — Лізавета* (пераважае другая форма імя, першая форма вызначаецца адзінкавасцю).

Што тычыцца месцаў асноўнага пражывання, то карціна наступная: Брэст і Брэсцкая вобласць – 3, Віцебск і Віцебская вобласць – 2, Гомель і Гомельская вобласць – 92, Магілёў і Магілёўская вобласць – 27, Мінск і Мінская вобласць – 5 асоб.

У сувязі з тым, што працэс надання імя “дэтэрмінаваны цэлым шэрагам узаемадзеючых сацыяльных і псіхалагічных фактараў” [2, с. 7], а таксама тым, што “ў выніку выбару імя на ўзроўні яго надання... ажыццяўляецца сацыялізацыя індывіда” [2, с. 7], неабходна звярнуць увагу на прынцыпы намінацыі.

Гэтыя намінацыі ў сучасным грамадстве даволі разнастайныя. Пачнем з разгляду найбольш папулярных матываў выбару імя:

— *імя спадабалася*: адзін з самых распаўсюджаных матываў выбару імя (9,09 % у мужчынскім і 10,08 % у жаночым іменаслове). Трэба адзначыць, што паняцце “спа-

дабалася” часцей за ўсё адносіцца да гукавога афармлення антрапоніма, а таксама да станоўчых асацыяцый, звязаных з пэўным імем (напрыклад, адна з рэспандэнтак указала, што яе назвалі Анастасія таму, што бацькам спадабалася памяншальная форма імя). Дарэчы, і ў мужчынскім, і ў жаночым іменасловах сярод імён, якія ўваходзяць у разглядаемую катэгорыю, адзначаюцца толькі традыцыйныя і даволі распаўсюджаныя адзінкі (*Арцём, Дзмітрый, Максім; Алена, Анастасія, Дар’я, Ірына, Кацярына, Лізавета, Наталля*). Даволі цікавым, на нашу думку, з’яўляецца той факт, што самі носьбіты не заўсёды згодны з меркаваннем сваіх намінацараў. Так, сярод імён, якія не падабаюцца самім намінаваным, адзначаюцца такія, як *Ігар, Ілья, Ягор; Дар’я, Карына, Кацярына, Крысціна*.

— у гонар якой-небудзь асобы (часцей за ўсё блізкага родзіча). Так, хлопцаў назвалі ў гонар бацькі (*Аляксандр*), дзеда (*Павел, Ян*), сябра (*Акім*). Кола асоб, у гонар якіх назвалі дзяўчын, больш шырокае: бабулі (*Вольга, Ганна*), прабабулі (*Сафія, Стэфанія*), свекрыві (*Дар’я*), дзеда (*Аляксандра*). Трэба, адзначыць, што ў гэтую катэгорыю ўваходзяць і назвы ў гонар актрыс (*Адрыяна, Анастасія*), песень (*Елізавета, Карына*) і нават любімага часопіса маці адной з дзяўчын-рэспандэнтак — Лізавета (часопіс “Ліза”). Гэтая прычына намінацыі характэрна для 9,09 % носьбітаў у мужчынскім іменаслове і 14,29 % у жаночым.

— на святцах (царкоўным календары). Гэтая прычына намінацыі стала распаўсюджанай прыкладна з пачатку 90-х гадоў ХХ стагоддзя і стабільна займае адно з галоўных месцаў як у мужчынскім (11,36 % носьбітаў), так і ў жаночым іменасловах (5,95 % носьбітаў). Дзякуючы гэтыму прынцыпу намінацыі студэнты носяць імёны *Аляксей, Кірыл, Міхаіл, Станіслаў; Анастасія, Ганна, Марыя, Настасся*.

Сярод іншых, менш папулярных, прычын надання імя можна адзначыць:

— на значэнні імя (тычыцца толькі жаночага іменаслова): *Вера, Ксенія, Сняжана* (адзначана два выпадкі іменавання: адну дзяўчыну назвалі так таму, што нарадзілася зімой, другую таму, што ў дзень яе народзінаў ішоў першы ў сезоне снег), *Юлія* (вельмі жвавая);

— ад супраціўнага, г.зн. назвалі супраць жадання іншых родзічаў: *Канстанцін* (каб не назвалі Мікіта), *Яраслаў* (насуперак выбару імя Ягор), *Аліна* (не Паліна), *Вікторыя* (не Юлія), *Ганна* (не Серафіма), *Лізавета* (не Аляксандра).

Сярод найбольш цікавых і рэдкіх намінацый адначым наступныя: дзяўчыну назвалі *Алеся*, бо ў санаторыі з такой назвай пазнаёміліся яе бацькі; яшчэ адну студэнтку назвалі *Югенія* таму, што маці падабаюцца імёны, якія могуць належаць асобам і жаночага, і мужчынскага полу; дзяўчыну назвалі *Кацярына* ў гонар імператрыцы (а яе родную сястру па той жа прычыне назвалі Лізавета); хлопцу надалі імя *Станіслаў* у гонар гістарычнай асобы (караля з дынастыі Ваза).

Адзначана тры выпадкі іменавання ў змешаных сем’ях: у сям’і беларуса і казашкі хлопца назвалі *Уладзіслаў*, у сям’і карэйца і беларускі дзяўчыне надалі імя *Дар’я*, а нігерыец і беларуска выбралі для дачкі імя *Стэфанія* (дарэчы, у гонар бабулі бацькі). Як бачна, ва ўсіх выпадках антрапонімы з’яўляюцца традыцыйнымі для славянскага іменаслова.

Заклучэнне

1. Вывучэнне рэальнага беларускага антрапанімікона з пункту погляду як лінгвістычных, так і сацыяльных фактараў дазваляе значна пашырыць веды ў лексічнай сістэме сучаснай беларускай мовы.

2. Аналіз прычын намінацыі ў антрапанімнай сістэме Беларусі спрыяе больш глыбокаму разуменню сацыяльных працэсаў, якія адбываюцца ў грамадстве.

СПІС ВЫКАРЫСТАНАЙ ЛІТАРАТУРЫ

1. Ковалевская, А. Ю. Белорусская антропонимика: история становления и векторы развития / А. Ю. Ковалевская // Мова і літаратура ў XXI стагоддзі: актуальныя аспекты даследавання : матэрыялы VI Рэсп. навук.-практ. канф. маладзх навукоўцаў, прысвеч. 100-годдзю Беларус. дзярж. ун-та, Мінск, 12 сак. 2021 г. / Беларус. дзярж. ун-т ; рэдкал. : В. У. Зуева (гал. рэд.) [і інш.]. — Мінск : БДУ, 2021. — С. 168—172.
2. Мезенко, А. М. Антропонимное пространство Витебщины : монография / А. М. Мезенко, Т. В. Скребнева. — Витебск : ВГУ им. П.М. Машерова, 2013. — 148 с.

УДК 811.161.3'276:61(476.5)

С. Ю. Касьяненка

Установа адукацыі

«Гомельскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт»

г. Гомель, Рэспубліка Беларусь

ДЫЯЛЕКТНЫЯ НАЗВЫ НЕКАТОРЫХ ХВАРОБ У ГАВОРКАХ ВІЦЕБШЧЫНЫ

Уводзіны

Хваробам падвержаны кожны чалавек. Прычыны хвароб разнастайныя і шматлікія, што дае магчымасць класіфікаваць іх па розных тыпалагічных прыкметах. На працягу жыцця ў чалавека могуць быць прыроджаныя і набытыя хваробы, інфекцыйныя хваробы, хваробы парушэння абмену рэчываў, пухлінныя хваробы і г. д. У залежнасці ад узроставай, гендэрнай, прафесійнай прыналежнасці вылучаюцца хваробы дзіцячыя, жаночыя, мужчынскія, прафесійныя, хваробы пажылых людзей. Класіфікацыя хвароб адбываецца па тым, якія менавіта органы або сістэмы арганізма яны закранаюць: хваробы стрававальнай сістэмы, хваробы сардэчна-сасудзістай сістэмы, нервовыя хваробы, унутраныя хваробы, хваробы органаў дыхання, зроку і шматлікія іншыя.

Вопыт класіфікацыі назваў хвароб мае пэўную традыцыю. У сучасным мовазнаўстве магчыма класіфікацыя, у якой намінацыі аб'ядноўваюцца, перш за ўсе, па прадметных прыкметах (лексічныя адзінкі, якія абазначаюць хваробы), таксама могуць разглядацца структурныя характарыстыкі і розныя семантычныя мадэлі словаўтварэння.

У лексічнай сістэме беларускіх гаворак не апошняе месца займае лексіка народнай медыцыны, фарміраванне якой адбывалася пад уплывам сацыяльных і гісторыка-этнаграфічных фактараў і перадавалася з пакалення ў пакаленне. Назвы хвароб складаюць пэўную частку акрэсленай лексічнай сістэмы і з'яўляюцца прадметам нашага даследавання. Аб'ектам даследавання з'яўляюцца “Рэгіянальны слоўнік Віцебшчыны”, “Дыялектны слоўнік Косаўшчыны” і “Слоўнік Сенненшчыны”.

Мэта

Прааналізаваць лексіка-тэматычныя групы назваў хвароб, якія зафіксаваны ў гаворках Віцебшчыны.

Метады даследавання

Апісальны, параўнальны.

Вынікі даследавання і іх абмеркаванне

Прааналізаваўшы дыялектны матэрыял, прадстаўлены ў “Рэгіянальным слоўніку Віцебшчыны”, “Дыялектным слоўніку Косаўшчыны” і “Слоўніку Сенненшчыны”, былі

СЕКЦИЯ

Социально-гуманитарные дисциплины и физическое воспитание

вызначаны наступныя групы назваў хвароб (у табліцы прадстаўлены нарматыўныя назвы і іх дыялектныя адпаведнікі, зафіксаваныя ў слоўніках):

1. Назвы запаленчых хвароб.

<i>Ангіна</i> (запаленне слізістай абалонкі зева, асабліва міндалепадобных залоз [5])	<i>Ангіна</i> (<i>Ангіна</i> – горла станиць краснае [4])
<i>Панары́цый, валасе́нь</i> (гнойнае запаленне тканак пальца [5])	1. <i>Валасе́нь</i> (<i>Вьласе́нь</i> на пальцы бываіць, як уколіш ці што. У пальцы валасе́нь, палец рвець [4]). 2. <i>Валасні́к</i> (У яго <i>валасні́к</i> на пальцу [2]). 3. <i>Во́лас</i> (Як <i>во́лас</i> прыпадзе на палец, то параць ніжыперснік у малацэ і прыкладаюць да пальца [1]).
<i>Цысты́т</i> (вострае або хранічнае запаленне мачавога пузыра [5])	<i>Крыва́ўка</i> (Каб цябе <i>кыва́ўка</i> ўзіла! [4])
<i>Ячме́нь</i> (вострае гнойнае запаленне тлушчавых залоз павек [5])	<i>Во́чень</i> (Ізноў <i>во́чень</i> на глаз сеў [2])

2. Назвы інфекцыйных хвароб.

<i>Воспа</i> (цяжкая інфекцыйная хвароба, якая суправаджаецца з’яўленнем пухіркоў на скуры і слізістых абалонках [5])	<i>Воспа</i> (<i>Воспа</i> , кор – дужа часта дзеці балелі [4])
<i>Грып</i> (вострая вірусная хвароба, галоўнымі рысамі якой з’яўляюцца запаленне дыхальных шляхоў і гарачка [5])	<i>Гры́па</i> (На <i>гры́пу</i> захварэла, шэсць дзён ляжала [1]. Сёлета ўсе дзеці на <i>гры́пу</i> хварэлі [2])
<i>Жаўту́ха</i> (інфекцыйнае захворванне, якое перадаецца праз кроў і іншыя вадкасці арганізма)	1. <i>Жаўту́ха</i> (<i>Жаўту́ха</i> – печань баліць [4]). 2. <i>Жаўці́о́ха</i> (Ад <i>жаўці́о́хі</i> даўней вошы ў хлеб пхалі і елі [1]).
<i>Маляры́я</i> (інфекцыйнае захворванне, для якога характэрны прыступы ліхаманкі, або хваравіты стан, які суправаджаецца гарачкай і дрыготкай [5])	1. <i>Гарачка</i> (Можа я ўжо ніжывая, с <i>гарачкі</i> ўскочыла, яна так думала [4]). 2. <i>Гаро́нчка</i> (Усе клялі старыя бабы даўней: каб цябе <i>гаро́нчка</i> ўзяла [1]). 3. <i>Ко́хля</i> (Каб цябе <i>ко́хля</i> трасла! [1]). 4. <i>Паста́ца</i> (Гэта слово – кляцьба. У нас кажуць так: каб цябе <i>паста́ца</i> ўзяла [1]). 5. <i>Трасу́ха</i> (У дачкі <i>трасу́ха</i> , цемпература высокая [3]).
<i>Туберкулё́з</i> (інфекцыйная хвароба, пры якой пашкоджваюцца лёгкія, кішэчнік, косці, суставы і пад. [5])	1. <i>Беркулё́з, біркулё́з</i> (У свякроўкі <i>беркулё́з</i> быў, праз што і памерла. Тады часта хварэлі на <i>беркулё́з. Біркулё́зам</i> балеў. А глянька ты, вылічыўся [2]. <i>Біркулё́з</i> быў, ні памёр [4]). 2. <i>Бугарча́тка</i> (Мама казала, што мой прадзед памёр ад <i>бугарча́ткі</i> [2]).
<i>Тыф</i> (агульная назва некаторых інфекцыйных захворванняў: брушнага тыфу, сыпнога тыфу і паратыфу [5])	<i>Ты́тус</i> (Каб цябе <i>ты́тус</i> забраў! [1])

СЕКЦИЯ
Социально-гуманитарные дисциплины и физическое воспитание

3. Назвы скураных хвароб.

<i>Витыліга</i> (парушэнне пігментацыі, якое выяўляецца ў знікненні пігмента меланіну на асобных участках скуры)	<i>Бялуха</i> (Ня мый, я табе кажу, калі малы спіць: <i>бялуха</i> будзе! [2])
<i>Во́гнік</i> (хвароба, якая суправаджаецца высыпкай на губах [5])	<i>Во́гнік</i> (Дзе балячка, а пастаіш ля агню, то пячэ, чырвоно, кажуць тады: <i>во́гнік</i> прыпаў. Мая баба <i>во́гнік</i> лячыла, усё глёўём каля балячкі тычала [1]. Во́гнік свярбіць, уся бърьда, губы ўсыпаны [4])
<i>Каро́ста</i> (заразная хвароба скуры чалавека і жывёл, якая суправаджаецца гнойнай высыпкай і моцным свербам [5])	1. <i>Каро́ста</i> (Ат нужды, бань ні было, ня мыліся, дык было і <i>каро́сты</i> , і блох было. <i>Каро́ста</i> – рукі сальюцца балячкамі. [4]). 2. <i>Свярб’ячка</i> (Каб на цябе <i>свярб’ячка</i> напала! [1]).
<i>Каўту́н</i> (хвароба скуры на галаве, пры якой валасы зблытваюцца і зліпаюцца [5])	<i>Калду́н, калту́н, култу́н</i> (Дзеванька мая, калі ты не будзіш расчэсываць утрам валасы, то яны ў калду́н саб’юцца. Жывога места на галаве нет – адны <i>калду́ны</i> [2]. <i>Калду́н</i> у въласах буваіць [4]. У цябе тут цэлы <i>калту́н</i> – рэзаць нада [2]. <i>Калту́н</i> збіўся, яго выстрыгалі [4]. <i>Култу́ны</i> былі, іх расчэсываць нільзя [4])

4. Назвы хвароб дыхальных шляхоў.

<i>А́стма</i> (прыступы задышкі ў выніку хваробы сэрца або бронхаў [5])	1. <i>А́сма</i> (У мяне <i>асма</i> , як цяшка дыхаць. <i>А́сма</i> ў яго, я звялася, што і хадзіць не магла [4]). 2. <i>Зады́х</i> (Я і <i>зады́х</i> магу вылечыць [2]). 3. <i>Уду́ха</i> (Німа як жыць: <i>уду́ха</i> мучыць [1]).
---	---

5. Назвы хвароб зроку.

<i>Глаўко́ма</i> (хвароба вачэй, пры якой павышаецца ціск унутры вока [5])	<i>Глауко́ма</i> (У глазнэй прызналі мне глауко́му [4])
--	---

6. Назвы нервовых хвароб.

<i>Эпіле́псія</i> (хранічная нервовая хвароба, якая характарызуецца сутаргавымі прыступамі і стратай прытомнасці; падучая хвароба [5])	1. <i>Вале́нта</i> (Каб цябе <i>вале́нта</i> ўзяла! [2]). 2. <i>Во́падзь</i> (У яго <i>во́падзь</i> , часта кідая, і ратунку ад гэтай хваробы няма [1]).
--	---

7. Назвы дзіцячых хвароб.

<i>Адзе́р</i> (заразная, пераважна дзіцячая, хвароба, якая суправаджаецца высыпкай, запаленнем дыхальных шляхоў і гарачкай [5])	1. <i>Адзе́р</i> (Мой унук на адзе́р захварэў. Як высыплюць прышчэ ў дзіцяці па ўсім целі, кажуць, гэта <i>адзе́р</i> [1]). 2. <i>Во́дра</i> (Мае дзеці як на <i>во́дру</i> хварэлі, то ня елі нічагуткі, толькі піць увесь час прасілі [2]). 3. <i>Кор</i> (У яе кор быў, трошкі высыпаў, і памёрла – аслажненне на сэрца. <i>Кор</i> хадзіў у дзяцей [4]).
<i>Ветра́ня вoсна</i> (інфекцыйная дзіцячая хвароба; вятранка [5])	<i>Ветра́нка</i> (<i>Ветра́нка</i> апсыпала дзіцёнка [4])
<i>Залату́ха</i> (дзіцячая хвароба, якая характарызуецца высыпкай, нарывамаі на целе і агульным змарнелым выглядам [5])	<i>Залату́ха</i> (<i>Залату́ха</i> ў вачах, ня будзіць глядзець на свет. Ад <i>залату́хі</i> купалі ў чарадзе дзяцей [4])
<i>Кoклюш</i> (інфекцыйная хвароба, пераважна ў дзяцей, якая выражаецца ў прыступах сутаргавага кашлю [5])	<i>Кoхлік</i> [4]

Заклучэнне

Прааналізаваўшы назвы хвароб, зафіксаваныя ў гаворках Віцебшчыны, можна зрабіць наступныя вывады: сустракаюцца у большасці выпадкаў фанетычныя і словаўтваральныя варыянты нарматыўных лексем і лексічныя сінонімы, сустракаюцца таксама намінацыі, якія цалкам супадаюць з нарматыўнымі. Лексічны матэрыял адлюстроўвае самабытную нацыянальную спецыфіку беларускіх народных гаворак. Становяцца зразумелымі тыя высновы, кіруючыся якімі наш народ даваў свае, вельмі трапныя назвы той ці іншай хваробе.

СПІС ВЫКАРЫСТАНАЙ ЛІТАРАТУРЫ

1. Зайка, А. Дыялектны слоўнік Косаўшчыным / Алесь Зайка. – Слонім : Слоні́мская друкарня, 2011 – 272 с.
2. Рэгіянальны слоўнік Віцебшчыны : у 2 ч. / Л. І. Злобін (рэд.) [і інш.]. – Віцебск : УА “ВДУ імя П.М. Машэрава”, 2012. – Ч. 1. – 304 с.
3. Рэгіянальны слоўнік Віцебшчыны : у 2 ч. / склад. Г. К. Семянькова, Т. А. Грачыха, А. С. Дзядова [і інш.]; пад рэд. А. С. Дзядовой. – Віцебск : ВДУ імя П.М. Машэрава, 2014. – Ч. 2. – 358 с.
4. Слоўнік Сенненшчыны ў 3 т. Т. 1: А – К / Нац. акад. навук Беларусі, Цэнтр даслед. беларуск. культ., мовы і літ-ры, філ. “Ін-т мовы і літ. імя Я. Коласа і Я. Купалы”; уклад.: Н.М. Бунько [і інш.]; рэд. В.М. Курцова, Л.П. Кунцэвіч. – Мінск: Беларус. навука, 2013. – 296 с.
5. Тлумачальны слоўнік беларускай мовы : у 5 т. / пад агул. рэд. К. К. Атраховіча, 2011 – 272 с. (К. Крапівы). – Мінск : БелСЭ, 1977-1984.

УДК 796.015.132:378.6-057.875"2022/2023"

Е. А. Кириченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОЙ
ПОДГОТОВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОК ОСНОВНОГО
ОТДЕЛЕНИЯ В 2022–2023 УЧЕБНОМ ГОДУ**

Введение

Физическая культура является одним из приоритетных направлений в системе образования Республики Беларусь. В настоящее время особое внимание уделяется вопросам физического развития и физической подготовленности детей и подростков, т.к. двигательный режим закладывает основы для всестороннего и гармоничного развития личности и является необходимым компонентом для обеспечения оптимального уровня здоровья подрастающего поколения.

Главнейшей задачей системы образования является сохранение и укрепление здоровья обучающихся, формирование у них навыков здорового образа жизни, физического благополучия, повышение мотивации и заинтересованности к занятиям физической культурой, применения образовательных технологий, соответствующих возрасту, устраняющих перегрузки и сохраняющих здоровье обучающихся [1].

Формирование физического благополучия носит комплексный характер, который требует привлечения специалистов разных научных направлений, и, в первую очередь, образования, здравоохранения и физической культуры. Под физическим благополучи-

СЕКЦИЯ

Социально-гуманитарные дисциплины и физическое воспитание

ем подразумевается способность человека к повседневной физической активности, к полноценному труду, а значит, определяется его физическими возможностями, уровнем двигательной активности и работоспособностью, а также адаптационными процессами, протекающими на физиологическом уровне.

Цель

Провести сравнительный анализ уровня физической подготовленности студенток основного отделения в 2022–2023 учебном году.

Материал и методы исследования

Анализ научно-методической литературы, анализ двигательной подготовленности студенток с использованием контрольных тестов, метод математической обработки полученных результатов.

Результаты исследования и их обсуждение

В данной работе представлен анализ уровня физической подготовленности студенток 1 курса, которые занимались в группах основного отделения УО «ГомГМУ» и сдавали контрольные тесты в осенних и весенних семестрах. Контрольные тесты включают в себя 6 видов двигательной подготовленности: бег 100 м, бег 500 м, сгибание-разгибание рук в упоре лежа, прыжок в длину с места, поднимание туловища, наклон вперед. В сдаче контрольных тестов в осеннем семестре принимали участие 32 девушки, в весеннем 29. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты контрольных тестов

Курс	Семестр	100 м, с	500 м, с	Сгиб-е и разгиб-е рук в упоре лежа, кол-во раз	Прыжок в длину с места, см	Поднимание туловища, кол-во раз	Наклон вперед, см
1	Осенний n-32	17,39±1,11	132,76±11,98	11,29±3,55	168,33±9,7	57,33±13,42	16,05±5,40
	Весенний n-29	17,08±0,71	131,05±9,68	12,62±2,9	168,57±9,9	62,57±5,11	17,71±5,53

Анализ полученных данных показал, что в беге на 100 м произошли улучшения скоростных способностей. В осеннем семестре этот показатель был 17,39±1,11 с, в весеннем 17,08±0,71. Улучшение произошло на 31 с. В беге на 500 м произошли незначительные улучшения. В осеннем семестре этот показатель составил 132,76±11,9 с, в весеннем семестре 131,05±9,68 с. Улучшение произошло на 1,71 с. Результаты контрольного теста сгибание разгибание рук в упоре лежа у студенток незначительно улучшились. В осеннем семестре этот показатель был 11,29±3,55 раз, в весеннем семестре 12,62 раз. Улучшение произошло на 1,33 раза. В прыжке в длину с места результат остался практически без изменений. В осеннем семестре результат составил 168±9,7 см, а в весеннем семестре 168,57 см. Результаты контрольного теста

поднимание туловища улучшились. В осеннем семестре этот показатель был 57,33 раз, в весеннем семестре результат составил 62,57 раза. Улучшение произошло на 5,24 раз. В контрольном тесте наклон вперед произошли незначительные улучшения. В осеннем семестре результат составил 16,05 см, в весеннем семестре 17,71 см. Улучшения произошло на 1,66 см.

Заключение

Анализируя результаты двигательной подготовленности студенток видно, что улучшения произошли в беге на 100 м, 500 м, в контрольном тесте сгибание-разгибание рук в упоре лежа, поднимание туловища, наклон вперед. В контрольном тесте прыжок в длину с места результат остался практически без изменений. Исходя из полученных результатов можно сделать вывод, о том, что преподавателям на занятиях по физической культуре необходимо больше уделять внимание на работу по развитию скоростно-силовых качеств, а также продолжить работу по развитию общей выносливости и гибкости.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аршинник, С. П. Структура и содержание современного здоровьесберегающего занятия физической культуры / С. П. Аршинник, М. Ю. Пушкарный, В. И. Тхорев // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. – 2015. – № 9 (127). – С. 32-42.
2. Основы теоретического раздела по физической культуре : учеб.-метод. пособие для студ. 3 курса лечебного и медико-диагност. факультетов учреждений высшего мед. образования : в 4 ч. / Г. В. Новик [и др.]. – Гомель : УО «ГомГМУ», 2019. – Ч. 3. – 52 с.

УДК [81'374.3:929Даль]:61(091)

М. М. Козловская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СЛОВАРЬ В. И. ДАЛЯ КАК ИСТОЧНИК ИЗУЧЕНИЯ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Введение

В последнее время наблюдается повышенный интерес к истории медицины, о чем свидетельствуют публикации в профильных изданиях, в частности в республиканской газете «Медицинский вестник». В их основе – архивные данные и печатные источники прошлых столетий, которые, с одной стороны, могут рассказать много интересного об уровне и характере медицинских знаний того времени, а с другой – позволяют по достоинству оценить достижения современной науки и техники.

Первыми медицинскими книгами на русском языке, по которым мы можем судить о состоянии здравоохранения минувших лет, считаются переводы западноевропейских авторов: например, в Москве в 1791 г. опубликован переведённый с латинского «Полный и всеобщий лечебник, или полное и полезное врачебное наставление народу» доктора медицины Иоганна Фридриха Рибеля [1]. Однако представление о развитии медицины дают и словари русского языка. Так, в 1704 году вышел «Лексикон трехязычный, сиречь речений славенских, еллино-греческих и латинских сокровище» Ф. П. По-

ликарпова, состоявший из 19712 статей и содержащий значительное число названий болезней и лекарственных трав на греческом, латинском и русском языках [2].

В 1863–1866 годах был издан «Толковый словарь живого великорусского языка» Владимира Ивановича Даля. Словарь насчитывает около 200 тысяч слов и содержит не только лексику литературного языка, но и областные слова, терминологию разных профессий и ремесел, около 30 тысяч пословиц, поговорок, загадок [3]. Врач по образованию, военный хирург, один из инициаторов открытия гомеопатической лечебницы в Нижнем Новгороде, Даль не мог не включить в свой труд медицинскую лексику. В результате данный лексикографический источник рассматривается современными лингвистами как фундамент для формирования русскоязычной научной терминологии, оказавший значительное влияние на современный дискурс профессиональной медицинской лексики [4].

Цель

Показать тематическое разнообразие медицинской лексики, зафиксированной в «Толковом словаре живого великорусского языка» В. И. Даля (в примерах некоторые особенности орфографии и пунктуации В. И. Даля по возможности сохранены; отдельные выделенные гласные являются ударными – М.К.).

Результаты исследования и их обсуждение

В течение полувека В. И. Даль записывал слова, чтобы защитить живую ткань народного русского языка, не допустить модернизации и пополнения языка чужеродными элементами, и поэтому его труд может быть залогом сохранения русской идентичности и может противостоять фальсификации истории и культуры [5]. Словарь Даля не является строгим и нормативным, и, как следствие, медицинская лексика, описанная в нем, весьма неоднородна. В ее составе используемые специалистами и в наши дни заимствованные термины (*анатомия, фармакология*), общелитературные слова (*здоровье, ухо*), диалектные слова (*пошатъ 'твр., пск. головокружение', хильмень 'ниж. больной человек'*), устаревшие сегодня слова (*выя 'шея', зенко (зеница, зенок) 'зрачок', рамо 'плечо',*), а также словосочетания (*бабья немочь 'беременность', французская болезнь 'сифилис', врачебная практика 'лечение больных, действия врача в пользу больного'*). Понятийная организация рассматриваемой лексики также разнообразна и включает в себя следующие группы, отражающие всевозможные аспекты данной темы:

– названия разделов медицины: *анамнестика 'учение о причинах и поводах болезни, обо всем, что ей предшествовало и могло быть с нею в связи', физиология 'наука о жизни орудных тел, в правильном, здоровом их состоянии', патогения 'часть патологии, ученье о происхождении и начале болезней'*;

– наименования людей – врачей, их помощников, больных: *врачея 'лекарка, т. е. врачевательница по навыку', бандажист (бандажник) 'мастер врачебных перевязочных приборов, по(пере)вязочник', хожсалая (хожалка) 'сиделка, прислужница у больного', хильяк 'больной человек'*;

– анатомические названия: *выходник (выходничок) 'сосудец в теле', ляга (ляжка, ляшка, лядвея) 'тул. верхняя половина ноги, нижней конечности, от таза до колена'*;

– названия болезней, различных состояний, их клинических признаков: *подергуха 'озноб; болезненное дерганье членов', синюха 'болезнь, уродливость сердца, при которой вся кожа на человеке получает синий, свинцовый цвет', железа 'чума, язва не раз опустошавшая Русь и Москву', почечуй 'геморрой', байруда 'арх. гной или сукровица из нарыва, из болятка'*;

– названия медицинских инструментов и приспособлений: *пеликан 'врчб. снаряд с крючками для дерганья зубов', тепломер 'термометр', ухвертка (ухочистка, ушекопка) 'лопаточка, ложечка, для ушной серки'*;

– названия лекарственных средств (в том числе лекарственных растений): *си-написм* 'горчичник', *уксусмед* (*медоуксус*) 'врачебная смесь этих двух веществ', *тамаринда* 'тамариндовое дерево, из тропических, с кислосладкими, идущими в аптеки, стручьями';

– методы лечения: *гомеопатия* 'способ лечения, основанный на убеждении, что всякое снадобье уничтожает такую же болезнь, какую само производит, или ей подобную', *сидеть на парах* 'лечиться парами с трав, или серными, ртутными', *пустить подкожную кровь* 'поставить банки';

– названия медицинских учреждений: *врачебница* 'лечебница, больница', *снадобница* 'аптека', *физикат* 'врачебная управа в обеих столицах (в Москве и Санкт-Петербурге – М.К.)';

– названия медицинских помещений: *повивальная* (*повивальня*) 'комната в заведении для родильниц, где повивают новорожденных';

– названия медицинских действий: *бальзамировать* 'намощать, умощать; начинять внутренние части трупа смолами, душистыми и оберегающими от гниения снадобьями', *врачевать* 'лечить, помогать снадобьями в недугах';

– названия книг: *врачебник* 'лечебник, лечник, книга, содержащая полные наставления для пользования, леченья болезней, для неученых'.

Выводы

В. И. Даль в своем «Толковом словаре живого великорусского языка», отразившем определенный этап формирования русской медицинской терминологии, объединил народный опыт и научные знания. Для медиков как практикующих, так и будущих, желающих заглянуть в глубину веков, эта книга может быть и интересной, и полезной.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Романов, Н. А. Олихорадке в «лечебнике» Иоганна Фридриха Рибеля / Н. А. Романов, А. Е. Доросевич, И. В. Дмитриев // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2019. – Т. 18, № 2. – С. 230–235.
2. Кошелева, О. Н. Некоторые сведения из истории развития русской медицинской терминологии / О. Н. Кошелева, Т. С. Кириллова, И. Р. Одишелашвили // Астраханский медицинский журнал. – Астрахань : АГМА, 2010. – С. 36–39.
3. Даль, В. И. Толковый словарь живого великорусского языка : в 4 т. / В. И. Даль. – М. : Рус., 2002.
4. Папшева, Г. О. Семантические особенности медицинской лексики в «Толковом словаре» В.И. Даля / Г. О. Папшева, Н. В. Голубцова, О. Н. Матвеева // Вестник Северо-Восточного Федерального университета им. М. К. Аммосова. – 2021. – № 3 (83). – С. 106–116.
5. Новак, Н. И. Культурно-историческое значение работ Владимира Даля / Н. И. Новак, Н. В. Чекер // Луганский национальный аграрный университет. – 2019. – № 6/1. – С. 400–410

УДК 378:004

А. Н. Коленда

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СФЕРЕ ОБРАЗОВАНИЯ

Введение

Цифровые технологии в настоящее время интегрированы практически во все сферы жизни. Они способны решать самые сложные и актуальные проблемы, такие как изменение климата, утилизация отходов, энергетический кризис, улучшение системы здравоохранения, снижение безработицы.

Однако они влекут за собой и серьезные проблемы: исчезновение традиционных профессий, рассекречивание конфиденциальной информации, некоторые формы дискриминации, культивирование и потворствование человеческой зависимости и лени, появление новых видов преступности. Осознание этих проблем будет способствовать более ответственному и этичному внедрению цифровых технологий в науку, производство и повседневную жизнь.

Цель

Анализ процесса использования цифровых технологий в современном образовательном пространстве.

Процесс внедрения информационных и коммуникационных технологий в систему образования изменяет средства, методы и формы обучения, влияет на педагогические технологии, создает качественно новую информационно – образовательную среду.

По своему методическому назначению электронные средства обучения можно подразделить на следующие виды:

– Обучающие программные средства, методическое назначение которых – обобщение знаний и навыков учебной и практической деятельности и обеспечение необходимого уровня их усвоения.

– Программные средства-тренажёры, предназначенные для отработки умений, навыков учебной деятельности, осуществления самоподготовки. Они обычно используются при повторении или закреплении ранее пройденного материала.

– Программы, предназначенные для контроля уровня овладения учебным материалом.

– Информационно-поисковые, информационно-справочные программные средства, предоставляющие возможность выбора необходимой пользователю информации. Их методическое назначение – формирование умений и навыков по систематизации информации.

– Имитационные программные средства, предоставляющие определенный аспект реальности для изучения его основных структурных или функциональных характеристик с помощью некоторого ограниченного числа параметров.

– Моделирующие программные средства, предоставляющие в распоряжение обучающегося основные элементы для моделирования определенной реальности. Они предназначены для создания модели объекта, явления, процесса или ситуации с целью их изучения, исследования.

СЕКЦИЯ

Социально-гуманитарные дисциплины и физическое воспитание

– Демонстрационные программные средства, обеспечивающие наглядное представление учебного материала, визуализацию изучаемых явлений, процессов и взаимосвязей между объектами.

– Учебно-игровые программные средства, предназначенные для «проигрывания» учебных ситуаций (например, с целью формирования умений принимать оптимальное решение или выработки оптимальной стратегии действия).

– Досуговые программные средства, используемые для организации деятельности обучающихся во внеаудиторной работе, имеющие целью развитие внимания, реакции, памяти и т. д.

Для большей эффективности применения цифровых технологий следует соблюдать ряд следующих принципов:

– Адресность – соответствие технологий содержанию обучения и личностным ожиданиям студентов, их образовательным потребностям, возможностям и способностям, а также уровню подготовки, профессиональной и научной специализации и пр.

– Доступность – возможность беспрепятственного доступа студентов к различным информационным ресурсам и контентам, а также полноценное обеспечение студентов необходимыми учебно-методическими, научными, профессиональными и др. материалами и источниками информации.

– Избыточность означает обеспечение актуальных информационных запросов студентов, получаемая информация не должна вести к перегрузкам и путанице в данных, а должна обеспечивать студентов точными сведениями, достаточными для решения учебных задач.

– Разносторонность, данный принцип требует применения разнообразных средств (интерактивные, сетевые, виртуальные, квестовые и пр.) для обеспечения различных возможностей получения необходимого спектра информации и коммуникаций в обучающем пространстве.

– Сензитивность как важный психологический принцип означает, что технологии должны учитывать запросы и потребности студентов, соответствовать возрастным и социокультурным задачам их личностного роста.

– Интерактивность полагает обеспечение необходимых контактов и постоянных взаимодействий студентов в учебном процессе, а также их связь с представителями научного, экспертного и референтного сообществ.

– Синергичность означает непосредственную настроенность на текущую образовательную ситуацию в вузовской подготовке для обеспечения большей включенности и погружения студентов в учебный процесс, усиления их учебно-познавательной мотивации.

– Обновляемость требует регулярного пересмотра, коррекции, дополнения, обновления научных данных, знаний и открытий в изучаемых областях и дисциплинах для адекватного и своевременного отражения этих открытий в образовательном процессе.

Вывод

Использование цифровых средств в образовании – мировой феномен. О масштабах явления свидетельствует хотя бы размер рынка образовательных цифровых технологий (этот рынок называется EdTech) – к 2025 году, по оценке Всемирного экономического форума, он достигнет 342 млрд долларов США. Только на одной платформе Coursera в прошлом году училось онлайн 100 миллионов слушателей.

Республика Беларусь не может оставаться в стороне от глобальных процессов. Принятая в нашей стране Концепция цифровой трансформации процессов в системе образования Республики Беларусь на 2019–2025 годы задает основные цели, задачи,

направления цифровой трансформации в системе образования Республики Беларусь до 2025 года. Концепция разработана на основе и в соответствии с положениями Декрета Президента Республики Беларусь от 21 декабря 2017 г. № 8 «О развитии цифровой экономики»

В ходе цифровой трансформации образования планируется создание Республиканской образовательной среды (РИОС). В рамках РИОС будет формироваться новая цифровая реальность системы образования, включающая информационно-телекоммуникационную инфраструктуру, регламенты, нормативно-правовое обеспечение, образовательные сервисы, информационные системы и ресурсы, обеспечивающие требуемый уровень информационной безопасности.

Ожидается, что электронные образовательные услуги станут более доступными для населения Республики Беларусь; образовательные программы станут адаптированными к меняющимся социально-экономическим условиям и научно - техническому прогрессу; повысится качество образовательных услуг; уменьшится количество издаваемой печатной продукции, применяемой в образовательном процессе, снизится документооборот в системе образования; упростится и ускорится доступ к необходимым для проведения занятий материалам; будут предоставлены возможности для обмена опытом и практическими навыками в рамках специализированных площадок и виртуальных сообществ педагогических работников; будет предоставлена возможность публикации наработок и передового педагогического опыта в библиотеках и банках цифрового образовательного контента; систематизируется процесс контроля знаний обучающихся для которых будет реализован принцип мобильности, получит широкое развитие дистанционное обучение; произойдет внедрение личностно ориентированного подхода, выстраивание персональной образовательной траектории.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Казанцев, Тимур. Chat GPT и Революция Искусственного Интеллекта. / Тимур Казанцев. – Самиздат, 2023. – 141 с.
2. Рассел, С. Искусственный интеллект. Современный подход. Решение проблем: знания и рассуждения / С. Рассел, П. Норвиг / пер. с англ. – СПб. : ООО «Диалектика», 2021. – 704 с.
3. Йохансен, Боб. Управляя компаниями будущего. Мышление полного спектра для развития бизнеса / Боб Йохансен ; пер. с англ. Л. Головиной. – Москва : Манн, Иванов и Фербер, 2023 – 259 с.

УДК 81›373.7+133.4]:94(367)

О. А. Малякo

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ФРАЗЕОЛОГИЯ И МАГИЯ В СЛАВЯНСКИХ ПРЕДСТАВЛЕНИЯХ О ВОДЕ

Введение

Языковая картина мира – это одно из центральных понятий лингвокультурологии, которое представляет собой сумму знаний и представлений людей и формируется вокруг действий людей, различных жизненных ситуаций, индивидуальных признаков предметов и явлений действительности и т. д. Одно из главных свойств картины мира

– это национальная специфичность, которая проявляется на разных уровнях языка. Поэтому для исследования культурного наследия народа необходимо привлечение языкового, в том числе фразеологического материала (фразеологизмов, пословиц, поговорок, сравнений, далее паремий), отражающего особенности национального менталитета народа, его истории, культуры, традиций, быта и верований.

Цель

Проследить пути и средства воплощения традиционных воззрений и обычаев во фразеологических выражениях, приметах и образах, выбрав объектом исследования паремии с компонентом вода.

Материалы и методы исследования

Материалом исследования являются паремии, содержащие компонент вода. Методом исследования является анализ данных паремий.

Результаты исследования и их обсуждение

Славяне с древности почитали воду как первостихию мироздания, источник жизни, паремия *живая вода*. В древнерусском языке *живая вода* – это «родниковая вода», т. е. «текучая», в противоположность *мертвой воде* – «спокойной, стоячей». Такое видение было предопределено тем особым магическим значением, которое водная стихия имела в верованиях славян.

Около воды совершались молитвы, заключались браки и союзы: например, *лады у воды*. Известно, что происхождение фраземы связано с именем древней богини Ладо (Лада), которая считалась покровительницей брачных союзов. (*Не надобен и клад, если у мужа с женой лад*) [1].

Совершались ритуально-магический действия с водой, например, в гадании (*как в воду глядел, вывести на чистую воду*), в магии (*как с гуся вода, мутить воду*), жертвоприношении воде: если жертва утонула – это означало что её принимают, если же продолжала находиться на поверхности воды – отвергают (*как в воду опущенный, в огонь и в воду, выйти сухим из воды, пабыў у вадзе і не мокры нідзе*) [4].

Из славянской мифологии происходит выражение «*на воде вилами писано*». В мифологии славян «*вилами*» назывались мифические существа, живущие в водоёмах. По преданию они могли предсказать судьбу, записывая её на воде. До сих пор вилы в некоторых славянских диалектах означают «круги», а так как предсказания были не точны и сбывались редко, то выражение «*вилами по воде писано*» стало означать маловероятное событие [1].

Традиция почитания источников – прежде всего родников и колодцев у восточных славян давно приобрела христианское наполнение. Родники облагораживались, за ними ухаживали, наделяя эту воду особыми свойствами (*святой источник*). Источник воды, оформленный как постройка в хозяйстве человека, всегда оценивался как пограничное пространство – канал связи с тем, потусторонним миром. Крайне нежелательным считалось набирать воду из колодца, отливая ее обратно. Такие действия мотивировались тем, что «оттуда» на нас смотрят предки. Славяне верили, что колодец имеет связь с потусторонним миром и вода способна исцелять и исполнять желания: во многих славянских сказках есть моменты, что девушка, дочка или падчерица обронила ведро в колодец и пришлось ей искать свою пропажу там (в колодце). В Беларуси существовало правило: когда невеста впервые брала воду в колодце своей новой семьи, она должна была положить на сруб кусочек свадебного каравая и бросить в колодец монету [2]. Также при постройке дома, после того как полностью будет увязан первый венец – основание дома, в бревне, находящемся в красном углу, высекали небольшое углубление,

чтобы положить туда оберег: *сосуд с крещенской водой*. Славяне верили в сакральную силу воды, при её набирании и перенесении в дом соблюдались особые условия и запреты. Например, при набирании запрещалось набирать воду из ведра или зачерпывать вторично (чтобы *не замутишь воды*), а также соблюдать полное молчание при переносе воды в дом (*как воды в рот набрал*) [2].

У славян 14 января на Коляды, в день Нового года (по старому стилю) каждый член семьи старался встать первым и принести воды. Кому это удаётся, тот весь год будет *«мець рух»* – будет подвижным, живым, бодрым и т.д. Для новогоднего умывания в воду клали медные или золотые монеты – чтобы весь год быть *«чырвоным і крэпкім»*; серебряные монеты – чтобы иметь *«белае»* (чистое) лицо [2]. С народными повериями в магическую силу воды связан сбор дождевой воды, так как «Ильинские» грозы считались целебными. После «Ильина» дня перестают купаться: *«до Ильи мужик купается, а с Ильи с рекой прощается»*, *«Илья воду остудил»*, *«с Ильи ночь длинна, а вода холодна»* [4]. Повсеместно считали, что если купаться после Ильина дня, то можно утонуть или тяжело заболеть. Считается, что идиома *«как с гуся вода»* происходит из старинного заклинания, которым пользовались знахарки и матери, сгоняя болезнь. Когда знахарки обливали больного заговоренной водой или мать обливала в бане ребёнка, приговаривали: *«как с гуся вода, с (указывали имя обливаемого) худоба (здесь – болезнь)»*. Верили, что вода смывает всякую напасть, и болезнь в том числе [2].

Близки к идиомам и приметы, которые связаны с календарём природы. Приметы, в отличие от идиом, сосредоточены на передаче прямого смысла, они не отделимы от прогностической функции. Многовековой опыт наблюдений славян отложился в краткие словесные формулы свободных суждений, например: *«У Евдокии вода – у Егория трава»*, *«Егорий с водой, а Никита с травой»*, *«Антип воду льет на поймы, Василий земле пару поддаёт»*, *«даст Бог дождь – будет и рожь»*, *«наше счастье – дождь и ненастье»*, *«много росы в полях – много жита в закромах»*, *«как в мае дождь – так будет и рожь»*, *«ни в марте воды – ни в апреле травы»*, *«Иов-россейник росы распустил»*, *«апрель с водой – май с травой»*. Предвестником урожайного года повсеместно считались большие снега. Славяне считали, что *«зимой жестокие морозы и глубокие снега – к урожайному году»*, *«февраль богат снегом, а апрель водой»*, *«много снега – много хлеба»* [5].

С момента крещенского Богослужения, когда священник погружал крест в «иордань», связана народная примета: если в это время пойдет снег или вода польется из «иордани», то в новом году будет хороший урожай [1]. Прогностический характер содержат и бытовые приметы, связанные с водой. Встреча с человеком, несущим полное с водой ведро, предвещает счастье и успех, пустые ведра, наоборот, пророчат неудачу. Пить из полного ведра считается грехом, а кто ступит в круг, оставшийся на месте, где стояло ведро, тот заболит. Сходство росы, дождя, слез и жемчуга привело к примете, что жених не должен дарить невесте жемчуг, чтобы не пришлось плакать замужем [2].

Есть еще одна особенность: в русской фразеологии сохранились идиоматические выражения, построенные на аналогии: *льющая вода – льющая речь, лить воду, излить душу* и т. д.

Заключение

В завершение можно сказать, что проанализированный материал подтверждает предметно-субъективный характер языка. Анализ материала показывает, что на первоначальном этапе своего существования это были изречения с прямым смыслом, но с течением времени они утратили связь с бытовыми порядками и обрядами и стали частью речи: применяться по принципу аналогии, появился переносный смысл. А поскольку

паремии рождаются в силу необходимости найти знаковое выражение для определённого события, действия, ситуации или образа и содержит рудименты архаичных славянских обрядов, то анализ информации, содержащейся в них, в данном случае с компонентом вода, а также приметы и обычаи народа, связанные с этой стихией, помогают сохранить и понять особенности материальной и духовной культуры славянского народа, его менталитет и национальную специфику.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Концепт «Вода» в малых фольклорных жанрах славянских народов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/kontsept-voda-v-malyh-folklornyh-zhanrah-slavyanskikh-narodov/viewer>. – Дата доступа: 08.09.2023.
2. Котович, О. В. Золотые правила народной культуры / О. В. Котович, Я. Крук. – 5-е изд., перераб. – Минск : Адукацiя i выхаванне, 2010. – С. 592.
3. Лепешаў, I. Я. Тлумачальны слоўнік прыказак / I. Я. Лепешаў, М. А. Якалцэвіч. – Гродна : ГрДУ, 2011. – 695 с.
4. Мокиенко, В. М. Большой словарь русских пословиц / В. М. Мокиенко, Т. Г. Никитина, Е. К. Николаева. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2010. – 1026 с.
5. Стриженов, А. Н. Календарь русской природы / А. Н. Стриженов. – М. : Олма – пресс, 2010. – С. 415.

УДК 81'271'243

И. Ю. Моисеенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРИЕМЫ ПОСТРОЕНИЯ РЕЧЕВЫХ СИТУАЦИЙ НА ЗАНЯТИЯХ ПО ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ

Введение

Говорение – это сложный многогранный процесс. Содержанием говорения является выражение мыслей в устной форме. В основе говорения лежат произносительные лексические и грамматические навыки. Навык речевого умения формируется в условиях, адекватных речевым.

Цель

Обучить учащихся говорению, развить у них способности осуществлять устное речевое общение в разнообразных ситуациях.

Материалы и методы исследования

Аналитический, описательный.

Результаты исследования и их обсуждение

Внешняя структура говорения как вида речевой деятельности состоит из: а) мотивационной части (создание замысла высказывания); б) аналитико-синтетической (подготовка реализации замысла высказывания, отбор готовых к употреблению единиц); в) контрольно-исполнительной (внешнего оформления и контроля).

Выделяют две формы говорения: диалогическую и монологическую речь. Монолог – это речь одного лица, выражающего свои мысли. Диалог – это форма речи, при

которой происходит обмен высказываниями между двумя или несколькими лицами. Свободные диалоги – это беседы, дискуссии, интервью. В стандартных диалогах чётко закреплены роли (родитель – ребёнок, учитель – ученик, продавец – покупатель). В зависимости от содержания монологическая речь делится на описание, сообщение, рассуждение. В зависимости от степени самостоятельности речь бывает репродуктивной, репродуктивно-продуктивной, продуктивной; от степени подготовленности – подготовленной, частично-подготовленной, неподготовленной.

При обучении говорению используются языковые, речевые и содержательные опоры. Их количество и выбор определяются в зависимости от конкретных условий обучения. Здесь учитывается возраст и уровень общей образованности учащихся, уровень владения языком, особенности речевой ситуации, индивидуальные особенности личности обучающихся.

При обучении монологическому высказыванию используются следующие виды опор: 1) наглядность (картина, рассказ в картинках, фото, рисунок, плакат, реальный предмет);

2) текст (который учащиеся могут изложить или обсудить); 3) тема (касающаяся различных сфер жизни и учебной деятельности); 4) пословица, крылатое выражение, газетное сообщение, карикатура, объявление (всё, что содержит проблематику, стимул к дискуссии); 5) ситуация (краткое изложение реальных или воображаемых обстоятельств); 6) пункты плана или схемы высказывания [1].

Педагогами практикуется обучение диалогу путём «сверху вниз» (от целого диалога-образца к построению собственного подобного диалога). Сюда входит прослушивание диалога-образца, восприятие его на слух; контроль понимания; воспроизведение диалога по ролям хором за преподавателем; воспроизведение диалога-образца в парах (заучивание отдельных реплик); стимулирование диалогического общения на основе подобной, но новой ситуации (эквивалентное замещение отдельных элементов диалога); воспроизведение видоизменённого диалога. В диалогах этого типа действия студентов основаны на процессах запоминания (основная нагрузка ложится на их память). Второй подход – «путь снизу» предполагает путь от усвоения элементов диалога (реплик) к самостоятельному его ведению на основе учебно-коммуникативной ситуации. Здесь у студентов уже нет исходного диалога-образца и речь уже идёт не просто об использовании диалога, а об обучении диалогической форме общения. В этой связи у студентов необходимо совершенствовать диалогические навыки и умения: а) задавать вопросы разных типов; б) логично и понятно отвечать на поставленные вопросы; в) использовать различные реплики реагирования, выражать согласие, несогласие, сомнения, просьбы.

Г. В. Рогова считает, что нарастание профессионального опыта преподавателя иностранного языка заключается прежде всего в его овладении приёмами, стимулирующими общение. С их помощью он может любой материал программы повернуть в коммуникативное русло. Преподаватель вырабатывает в себе способность превращать живые впечатления действительности в предмет общения на уроке. Ещё только переступив порог учебной аудитории, он превращается в партнера общения и одновременно организатора, предлагая соответствующие ситуации и втягивая в них студентов. Он стремится при этом, чтобы каждый студент нашёл свою форму проявления в беседе, показал свои возможности. Даже «речевая зарядка» начала занятия является своеобразным коммуникативным прологом этого занятия. От её характера зависит наличие или отсутствие соответствующей атмосферы. И вот уже «дежурный» разговор о погоде сможет вызвать студентов на общение, если его построить нестандартно. Например,

преподаватель (глядя в окно): «Дождь. Все идут в плащах с зонтиками. А я люблю дождь, люблю гулять под дождем. Воздух такой свежий! Главное — одеться по погоде. Как говорят англичане: «Нет плохой погоды, только одежда бывает плохой». У меня хороший зонтик. У меня есть плащ... А как ты относишься к такой погоде? А ты? У тебя есть зонтик?» На всех дальнейших этапах работы преподаватель должен поддерживать атмосферу общения, все глубже вовлекая в нее студентов. При этом ему надо приглушить в себе все откровенно дидактическое, не прерывать, в частности, общение резкой констатацией ошибок, а просто подсказывать правильный вариант и побуждать к его повторению [2].

Важным условием успешного обучения говорению является систематический контроль сформированных умений и навыков говорения. Приёмы и формы контроля должны отвечать следующим требованиям: а) выполнять не только контролирующую, но и обучающую функцию; б) быть адекватными, т. е. направленными на проверку одной формы общения; в) не требовать усилий для проверки и обработки результатов. Показателем уровня умений говорения является количество слов в сообщении, количество простых и сложных предложений, количество реплик в диалоге, языковые средства, которыми пользуется говорящий.

Заключение

Таким образом, приёмы построения речевых ситуаций, используемые преподавателем, способствуют быстрому и эффективному обучению как диалогической, так и монологической речи. Успешность обучения заключается в умении студентов вести беседу, опираясь на содержание прочитанного текста, делать связное подготовленное сообщение, составлять развёрнутый рассказ с высказыванием собственного мнения, комментировать услышанное и делать неподготовленное высказывание по теме или ситуации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бредихина, И. А. Методика преподавания иностранных языков: Обучение основным видам речевой деятельности : учеб. пособие / И. А. Бредихина ; М-во образования и науки Рос. Федерации, Урал. федер. ун-т. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2018. – 104 с.
2. Рогова, Г. В. Методика обучения английскому языку на начальном этапе обучения / Г. В. Рогова, И. Н. Верещагина. – М. : Просвещение, 2012. – 224 с.

УДК 531/534: [57+61]

Г. В. Новик, К. К. Бондаренко, А. Е. Бондаренко
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ УТОМЛЕНИЯ НА КИНЕМАТИКУ ГРЕБКОВЫХ ДВИЖЕНИЙ В ПЛАВАНИИ

Введение

Выполнение гребкового движения способом баттерфляй в плавании осуществляется посредством одновременного движения рук и ног [2]. С учётом одновременности и прерывистости двигательных действий данного способа, к использованию биомехани-

ческого анализа предъявляются высокие требования [1]. Синхронность движения рук и ног с учётом высокой вариации импульса по циклу гребка, определяет экономичность техники данного способа плавания [3]. В ранее выполненных научных исследованиях, дан анализ взаимосвязи между пространственно-временными параметрами с выявлением зависимости от длины дистанции и уровня накопленной усталости [4].

Оценка количественных характеристик пространственно-временных параметров движения не позволяет в полной мере определять пути производительности гребка. Это заставляет изучать другие кинематические переменные, связанные с производительностью плавания, а именно, таким как внутрицикловое изменение скорости. Ускорение и замедление центра масс тела в цикле гребка представляет внутрицикловое изменение скорости и может быть использовано в качестве оценки эффективности плавания, с учётом влияния сегментов тела на изменение данных показателей. Выявлено, что уменьшение горизонтального положения смещения ног и увеличение вертикальной амплитуды происходит при накоплении утомления. Как показателем утомления является опускание локтя, что влияет на амплитуду гребка [5].

Цель

Определение влияния усталости на кинематические параметры движения в плавании способом баттерфляй.

Материал и методы исследования

Исследование осуществлялось в бассейне с длиной дорожки 25 метров. Выполнялась видеосъёмка подводной и надводной частей плавания с последующим видеоанализом движения. В ходе видеоанализа, на основании 14-ти звенной модели человеческого тела, рассчитывались параметры скорости, внутрицикловое изменение горизонтальной скорости положения общего центра масс (ОЦМ) и сегментарные смещения верхних и нижних конечностей. В исследовании приняли участие семь пловцов в возрасте 18–19 лет.

При выполнении плавания на 100 м в 25-ти метровом бассейне способом баттерфляй со старта из воды без занырявания, после разминки, выполнялись по две попытки, с интенсивностью 60% от лучшего результата на данной дистанции и с максимальной скоростью плавания (100%). При плавании с интенсивностью 60% определялся график прохождения дистанции. На каждом повороте пловцы получали информацию о соответствии скорости плавания с графиком. Время отдыха между попытками составляло 30 минут. Видеосъёмка выполнялась двумя камерами в сагиттальной плоскости, одна из которых располагалась на расстоянии 90 см над поверхностью воды, другая – на глубине 160 см от поверхности на расстоянии 11,5 м от стартовой стенки бассейна.

Для анализа брался один полный цикл гребка, с момента касания пальцами кистей воды до момента вкладывания руки в воду. В каждом цикле гребка определялось горизонтальное (x) и вертикальное смещение (y) звеньев тела пловца и время, соответствующее этому смещению. Средняя горизонтальная скорость плавания (v) была рассчитана путем деления среднего горизонтального смещения ОЦМ пловца на время завершения одного цикла гребка. Длина хода фиксировалась по горизонтальному смещению ОЦМ в течение одного цикла. Внутрицикловое изменение горизонтальной скорости ОЦМ выражался посредством коэффициента изменения распределения скорости ко времени в процентах от среднего значения скорости. Горизонтальные и вертикальные координаты смещений кистей и стоп оценивались по положению дистального конца среднего пальца кисти и дистального конца второго пальца стопы соответственно.

Нормальность распределения выборки проверялась с помощью критерия Шапиро-Уилка. Данные были представлены в виде медианы и межквартильного диапазона для

сегментов тела и ОЦМ. Кривая скорости и времени перемещения ОЦМ сообщается как среднее значение.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведённое исследование выявило различия на отрезке десятого метра от начала четверти при интенсивности плавания 60%. Показатели средней горизонтальной скорости ОЦМ и длина шага гребка четвёртой четверти были ниже, чем первой ($d = 0,92$ и $0,78$ соответственно). Частота ударов ног так же была ниже на четвёртой четверти ($d = 0,45$). В структуре выполнения гребка рукой, подводное горизонтальное смещение кисти после входа в воду и общее передне-заднее горизонтальное смещение было максимальным. При этом, глубина погружения кисти в четвёртой четверти была ниже, чем в первой ($d = 0,65$, $0,59$ и $0,54$ соответственно). Значения индекса горизонтальности траектории рук и опущение локтевого индекса в четвёртой четверти дистанции были более высокие, чем в первой ($d = 0,53$ и $0,62$ соответственно). В четвёртой четверти дистанции, смещение стопы имело более высокую вертикальную амплитуду при обоих нисходящих ударах и меньшую горизонтальную амплитуду, чем в первой ($d = 0,62$ и $0,65$ соответственно). Продолжительность фазы удара в момент отталкивания и восстановления в четвёртой четверти были выше, чем в первой ($d = 0,50$ и $0,53$ соответственно).

Средняя горизонтальная скорость ОЦМ, длина шага гребка и частота гребка при проплывании дистанции с максимальной скоростью (100%), были ниже на четвёртой четверти по сравнению с первой (соответственно $d = 0,61$, $0,54$ и $0,66$). Противоположная зависимость наблюдается при внутрицикловом изменении ОЦМ и её горизонтальной скорости ($d = 0,45$). В четвёртой четверти зарегистрированы более низкие значения, чем в первой в показателях максимального подводного горизонтального смещения руки после входа в воду, общем передне-заднем горизонтальном смещении кисти в момент подтягивания тела пловца к точке опоры и в максимальной глубине погружения кисти (соответственно $d = 0,64$, $0,60$ и $0,55$). Индекс горизонтальности траектории рук имеет различия между 1-й и 4-й четвертями ($d = 0,17$). На четвёртом отрезке зарегистрировано более высокое значение опущенного локтя, чем на первом ($d = 0,68$). Смещение стопы в сравнении между 1-м и 4-м четвертями дистанции, имеет более высокую вертикальную амплитуду как во время нисходящих, так и в более низких горизонтальных положениях в четвёртой четверти ($d = 0,50$ и $0,62$ соответственно). Продолжительность фаз проката, толчка и восстановления была выше в четвёртой четверти, чем в первой ($d = 0,55$, $0,53$ и $0,58$).

Выявлено выраженное состояние утомления при проплывании дистанции с интенсивностью 60% и 100%, имеющее некоторые различия. При интенсивности 60% от максимальной скорости пловцы смогли поддержать внутрицикловое изменение скорости ОЦМ по горизонтали. Вместе с тем, при максимальной скорости пловцы казались более утомленными и, как следствие, менее механически эффективными, демонстрируя очевидное снижение скорости и длину шага гребка, которая отражает наибольшее внутрицикловое изменение горизонтальной скорости ОЦМ. Таким образом, гипотеза о том, что более высокий уровень утомления происходит при плавании с максимальной интенсивностью была подтверждена. Средняя горизонтальная скорость ОЦМ снизилась в четвёртой четверти 100-метровой дистанции при плавании с различной интенсивностью. Поскольку чистая скорость плавания равна произведению длины и частоты гребка, то при высоком уровне производительности пловцы должны достичь идеального сочетания в показателях как длины, так и частоты гребков. В исследовании было выявлено уменьшение длины и частоты при различной интенсивности.

По мере увеличения дистанции, выявлено изменение техники плавания (ухудшение структурных компонентов), что, по нашему мнению, является следствием утомления, оказывающее негативное влияние на способность пловцов создавать большие движущие силы и минимизировать силы сопротивления в пределах цикл гребка. В фазовой структуре гребка выявлено, что пловцы увеличивают время, затрачиваемое в момент отталкивания и вынимания руки из воды. Увеличение длительности фазы подтягивания наблюдалось в четвёртой четверти при прохождении дистанции с максимальной интенсивностью по сравнению с первой. По нашему мнению, в условиях утомления у пловцов снижается силовой потенциал во время наиболее механически ограниченной фазы гребка.

Анализ кинематики движения рук в четвёртой четверти дистанции показал более низкие значения горизонтального смещения после входа в воду и полного горизонтального смещения при движении по подводной траектории. Учитывая максимальную погружения кисти, в четвёртой четверти дистанции были зарегистрированы более низкие значения, чем в первой при обоих режимах движения. Кинематические параметры движения стопы при плавании с различной интенсивностью в четвёртой четверти дистанции по сравнению с первой четвертью, включавшие вертикальную амплитуду и максимальную глубину на первом и втором ударах, были больше. Горизонтальная амплитуда движения стопы имела обратную тенденцию.

Заключение

Структура гребковых движений и реальные последствия внутрициклового изменения горизонтальной скорости ОЦМ общепризнаны в различных научных исследованиях и рассматривается как прямой или косвенный результат механики движения и сегментарных параметров. При прохождении дистанции с интенсивностью 60% от максимального, пловцам удалось сохранить стабильность параметр. Это объясняется небольшими различиями в значениях средней скорости в определённые моменты цикла хода. При максимальной интенсивности прохождения дистанции в четвёртой четверти была показана более высокая внутрицикловая вариация скорости ОЦМ нежели в первой. Увеличение внутрициклового изменения горизонтальной скорости ОЦМ в четвёртой четверти сопровождается уменьшением почти всех значений скоростей в критических точках цикла хода.

Результаты исследования позволили получить представление о пространственно-временных параметрах плавания, длительности фаз и кинематике ОЦМ во время цикла хода способом баттерфляй.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бондаренко, К. К. Оценка кинематических параметров движения пловца по узловым элементам / К. К. Бондаренко, С. С. Волкова, Е. Ю. Юминова // Инновационные технологии в спорте и физическом воспитании подрастающего поколения : материалы IX Всерос. науч.-практ. конф., Москва, 19 апр. 2019 г. / Институт естествознания и спортивных технологий Московского городского педагогического университета. – Москва : Первый том, 2019. – С. 504-506.
2. Бондаренко, К. К. Узловые элементы движения конечностей в плавании способом баттерфляй / К. К. Бондаренко, С. С. Волкова // II Европейские игры - 2019: психолого-педагогические и медико-биологические аспекты подготовки спортсменов : материалы Междунар. науч.-практ. конф. В 4 ч., Минск, 04–05 апр. 2019 г. / гл. ред. С. Б. Репкин. – Часть 2. – Минск : Белорусский государственный университет физической культуры, 2019. – С. 42-45.
3. Булгакова, Н. Ж. Кинематическая характеристика способов спортивного плавания / Н. Ж. Булгакова, О. И. Попов, А. А. Митрофанов // Теория и практика физической культуры. – 2022. – № 5. – С. 12-14.

4. Контроль механизмов адаптации юных пловцов / К. К. Бондаренко [и др.] // Материалы докладов 51-ой Международной научно-технической конференции преподавателей и студентов : сб. науч. материалов. В 2-х т. Витебск, 25 апреля 2018 года. Том 1. – Витебск : Витебский государственный технологический университет, 2018. – С. 424-426.

5. Митрофанов, А. А. Внутрицикловая скорость пловцов-дельфинов высокой квалификации / А. А. Митрофанов, О. И. Попов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2021. – Т. 26, № 195. – С. 203-209.

УДК 159.944.4:378.6-057.875(476.2)

Г. В. Новик, К. С. Семененко, С. А. Хорошко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ У СТУДЕНТОВ 4 КУРСА УО «ГомГМУ»

Введение

Известно, что психические состояния в значительной степени определяют протекание психических процессов, физическое и психическое здоровье студентов, являются одним из существенных оснований поведения субъекта, деятельности и различных форм взаимодействия с окружающими, влияют на успешность учебной деятельности [1].

Состояние тревожности затрагивает не только относительно простые, например, сенсорные, но и более сложные – интеллектуальные – процессы. Тревожность может побуждать к активности, конкретизировать возможную опасность, а может быть изнуряющей, выматывающей; появляется ощущение беспомощности, неуверенности в себе, бессилие перед внешними факторами [2].

В современном мире проблема сохранения психического здоровья и формирования стрессоустойчивости у людей очень актуальна, ведь стрессоустойчивость позволяет поддерживать оптимальную работоспособность и эффективность деятельности, а также психическое состояние в напряженных ситуациях.

Под стрессоустойчивостью понимается интегральное психическое свойство человека как индивида, личности и субъекта деятельности, которое обеспечивает внутренний психофизиологический гомеостаз и оптимизирует воздействие с внешними эмоциогенными условиями жизнедеятельности. Соответственно стрессоустойчивость может рассматриваться как свойство, влияющее на результат деятельности, и как характеристика, обеспечивающая константность личности, как системы, а изучение психического состояния в спортивной деятельности имеет прямое отношение к изучению индивидуальных особенностей личности занимающихся [3].

Цель

Определить уровень стрессоустойчивости студентов 4 курса УО «ГомГМУ», занимающихся в основной группе по физической культуре, путем проведения теста на определение уровня стрессоустойчивости личности.

Материалы и методы исследования

Проведение теста на определение уровня стрессоустойчивости личности, анализ научно-методической литературы, метод математической обработки полученных результатов.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследование проводилось в сентябре 2023 года, на кафедре физического воспитания и спорта.

В исследовании приняло участие 50 студентов 4-го курса основного отделения УО «ГомГМУ».

Тест на определение уровня стрессоустойчивости личности проводился со студентами в течение 5 минут после краткого инструктирования. Балл определялся в соответствии с 3 градациями степени выраженности состояния по каждому пункту: «часто/сильно», «редко/иногда», «нет/никогда».

Интерпретация результатов проводилась в соответствии с набранным количеством баллов: 0–11 баллов – «высокий уровень» стрессоустойчивости, 12–23 балла – «уровень выше среднего», 24–44 балла – «средний уровень», 45–56 баллов – уровень стрессоустойчивости «ниже среднего», более 57 баллов – «низкий уровень» стрессоустойчивости.

Также была выделена «шкала лжи» – ответ «нет/никогда» на 5 отдельных вопросов. Каждое совпадение со «шкалой» лжи оценивалось в 1 балл. Если по «шкале лжи» набрано более 3 баллов – это означает недостоверность результатов диагностики, что свидетельствует о феномене социальной желательности, то есть на стремлении казаться несколько лучше в глазах окружающих людей и давать ответы, которые были бы более желательными с точки зрения норм, правил и ценностей общества [2]. Для достоверности результатов нужно провести повторное тестирование через некоторое время.

Результаты исследования представлены в таблице 1 и рисунке 1.

Таблица 1 – Результаты определения уровня стрессоустойчивости у студентов 4-го курса основной группы

Уровень стрессоустойчивости личности	4 курс (50 человек)
Высокий (0–11 баллов)	1
Выше среднего (12–23 балла)	15
Средний (24–44 балла)	32
Ниже среднего (45–56 баллов)	2
Низкий уровень (более 57 баллов)	0
«Шкала лжи»	0

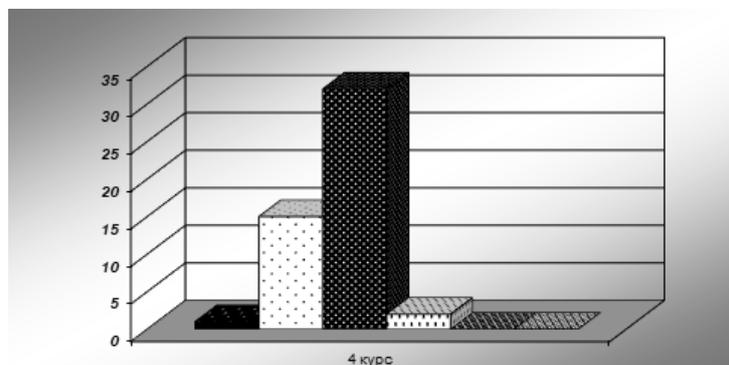


Рисунок 1 – Результаты определения уровня стрессоустойчивости у студентов 4-го курса основного отделения

Заключение

По результатам исследования теста, мы определили, что «шкала лжи» и «низкий уровень» у студентов УО «ГомГМУ» отсутствует, «ниже среднего» выявлен у 4 % студентов, «средний уровень» преобладает у 64 %, «выше среднего» имеют 30 % и «высокий уровень» стрессоустойчивости выявлен у 2 % учащихся. «Средний уровень» стрессоустойчивости соответствует в меру напряженной жизни активного человека. Ситуации оказывают не малое влияние жизнь людей, и они не очень сильно сопротивляются. Стрессоустойчивость снижается за счет увеличения стрессовых ситуаций в нашей жизни.

Преподаватель, который хорошо знает своих студентов, может своевременно заметить особенности в их поведении, выявить отклонения, мешающие им в учебном процессе. В связи с этим, преподаватель может применять комплекс мер по снижению уровня стресса на занятии: обеспечить положительную (поддерживающую) атмосферу и в зависимости от общего настроения студентов повысить или понизить эмоциональный фон.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зимняя, И. А. Педагогическая психология : учеб. пособие / И. А. Зимняя // Ростов-на-Дону : Феникс, 1997. – С. 13–18.
2. Усатов, И. А. Авторская методика «Тест на определение уровня стрессоустойчивости личности» / И. А. Усатов // ФГБОУ ВПО «Амурский Государственный Университет». – Благовещенск, 2017. – С. 7-8.
3. Петровский, В. Н. Специфические трудности общения с тревожными / В. Н. Петровский // Психологические трудности общения: диагностика и коррекция. – Ростов-на-Дону, 1990. – С. 26-29.

УДК 612.2:378.6-057.875(476.2)

Г. В. Новик, С. А. Хорошко, Е. В. Зиновьева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ УО «ГомГМУ»

Введение

Дыхание – это комплекс физиологических процессов, обеспечивающих потребление кислорода и выделение углекислого газа и состоящий из трех неразрывных звеньев: внешнего дыхания; переноса газов, осуществляемого системой кровообращения; внутреннего (тканевого) дыхания.

Исследования функций внешнего дыхания в спортивной практике позволяют оценить функциональное состояние человека и его резервные возможности.

Пробы с задержкой дыхания дают представление о способности организма противостоять гипоксии. С нарастанием тренированности время задержки дыхания увеличивается; при утомлении и заболевании дыхательной системы время задержки дыхания уменьшается.

Исследование функционального состояния дыхательной системы студентов является важным аспектом для организации процесса по физическому воспитанию.

Опираясь на данные исследования дыхательной системы, преподаватели физической культуры могут изменять содержание и направленность занятий, использовать индивидуальный подход к студентам и отслеживать эффективность применяемых физических упражнений [1, 2].

Функциональным показателем состояния дыхательной системы организма является показатель задержки дыхания.

Функциональные пробы на задержку дыхания (проба Штанге – после вдоха, проба Генчи – после выдоха) используются для оценки устойчивости организма человека к смешанной гиперкапнии и гипоксии, отражающей общее состояние кислородообеспечивающих систем, а также для понимания уровня кислородного обеспечения организма и оценки общего уровня тренированности человека.

Цель

Определить уровень функционального состояния дыхательной системы студентов 1 курса специального медицинского отделения УО «ГомГМУ».

Материалы и методы исследования

Анализ научно-методической литературы, проведение функциональных проб Штанге и Генчи, метод математической обработки полученных результатов.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследование проводилось в сентябре 2023 года на кафедре физического воспитания и спорта УО «ГомГМУ». В нем принимали участие двадцать студентов 1 курса специального медицинского отделения от 17 до 18 лет.

Для оценки функционального состояния дыхательной системы использовались пробы Штанге и Генчи.

Проба Штанге – задержка дыхания на вдохе. В положении сидя нужно сделать вдох и выдох, после чего снова глубокий вдох (не максимальный), одновременно зажав пальцами нос. По секундомеру отмечается время от момента задержки дыхания до ее прекращения. Начало последнего фиксируется по первому сокращению диафрагмы, о чем можно судить по колебаниям брюшной стенки, которые обусловлены волевым компонентом, направленным на более длительную задержку дыхания. Здоровые взрослые люди способны задерживать дыхание на вдохе в течение 40–50 с, а тренированные спортсмены – 60–180 с. С нарастанием тренированности время задержки дыхания возрастает. При проведении этой пробы повышается внутригрудное давление, что приводит к затруднению кровотока через легкие. Приток крови к левому желудочку сердца уменьшается, при этом правый желудочек совершает большую работу, связанную с преодолением увеличившегося внутригрудного давления. Во время выполнения пробы нарушается ритмичность сердечных сокращений, учащается пульс, повышается венозное давление, систолическое давление вначале возрастает, а затем снижается. У здоровых лиц спустя 1–2 мин после пробы все показатели нормализуются. Оценка пробы Штанге проводилась по таблице 1.

Таблица 1 – Оценка пробы Штанге

Задержка дыхания на вдохе (проба Штанге)	Оценка
50 секунд и выше	отлично
40–50 секунд	хорошо
менее 40 секунд	плохо

СЕКЦИЯ Социально-гуманитарные дисциплины и физическое воспитание

Проба Генчи – задержка дыхания на выдохе. После полного вдоха и выдоха обследуемый делает обычный выдох и задерживает дыхание. Здоровые нетренированные люди могут таким образом задерживать дыхание в течение 20–30 с, спортсмены – 30–90 с. При наличии каких-либо отклонений в состоянии сердечно-сосудистой системы, а также со стороны органов дыхания продолжительность задержки сокращается на 50% и более [1]. Оценка пробы Генчи проводилась по таблице 2.

Таблица 2 – Оценка пробы Генчи

Задержка дыхания на выдохе (проба Генчи)	Оценка
40 секунд и выше	отлично
35–40 секунд	хорошо
менее 35 секунд	плохо

По результатам полученных нами экспериментальных данных у 30% (6 чел.) отличный показатель пробы Штанге, у 5% (1 чел.) – хороший, у 65% (13 чел.) плохой. Результаты полученных данных пробы Штанге представлены на рисунке 1.

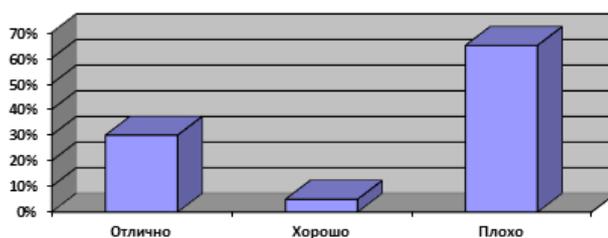


Рисунок 1 – Показатели пробы Штанге (в %)

По итогам проведения пробы Генчи отличный результат не показал не один студент, хороший выявлен у 20% (4 чел.), плохой у 80% (16 чел.). Результаты полученных данных пробы Генчи представлены на рисунке 2.

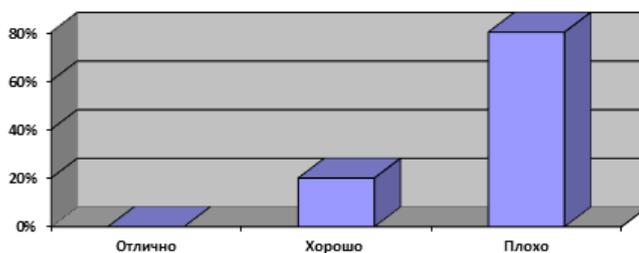


Рисунок 2 – Показатели пробы Генчи (в %)

Заключение

Данное исследование пробы Штанге и Генчи показало, что у студентов 1 курса специального медицинского отделения функциональное состояние дыхательной системы находится на плохом уровне. Так, отличный результат пробы Штанге показали 6 че-

ловек, пробы Генчи отличного результата нет ни у одного студента. Хороший результат пробы Штанге показал 1 студент, пробы Генчи – 4 человека. Плохой результат пробы Штанге показали 13 студентов, пробы Генчи 16 учащихся.

Для улучшения функциональных возможностей дыхательной системы, кроме физических упражнений, необходимо регулярно выполнять и дыхательные упражнения, которые обеспечивают полноценный дренаж бронхов, очищают слизистую дыхательных путей, укрепляют дыхательную мускулатуру. Тренированность дыхательной мускулатуры повышает физическую работоспособность и выносливость человека.

На занятиях по физической культуре, работая со студентами специального медицинского отделения, рекомендовано проводить оздоровительные комплексы дыхательных упражнений.

Планируется продолжить данное исследование, и провести сравнительный анализ результатов проб Штанге и Генчи после применения оздоровительного комплекса дыхательных упражнений с данной группой студентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Новик, Г. В. Основы теоретического раздела по физической культуре : учеб.-метод. пособие для студ. 2 курса лечебного и медико–диагност. факультетов, учреждений высшего мед. образования : в 4 ч. / Г. В. Новик, К. К. Бондаренко. – Гомель : ГомГМУ, 2019. – Ч. 2. – С. 29-30.

2. Хорошко, С. А. Анализ состояния здоровья студентов Гомельского государственного медицинского университета / С. А. Хорошко, Е. В. Зиновьева, Я. Д. Хомазюк // Проблемы и перспективы развития современной медицины : сб. науч. статей XIV Республ. науч.практ. конф. с междунар. участием студентов и молодых ученых, г. Гомель, 5-6 мая 2022 г. : в 6 т. / И. О. Стома [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2022. – Т. 6. – С. 238-241.

УДК 796.015.132:[796.323.2+796.325]:378.6-057.875

С. А. Орельская, З. Г. Минковская, О. П. Азимок

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ДЕВУШЕК, ЗАНИМАЮЩИХСЯ БАСКЕТОЛОМ И ВОЛЕЙБОЛОМ В ГомГМУ

Введение

Анализ уровня физической подготовленности является значимым фактором планирования тренировочного процесса. В данной статье проведен сравнительный анализ физической подготовленности групп спортивной специализации по женскому волейболу и баскетболу с использованием контрольных тестов. Волейбол и баскетбол – командные игры, где мышечная работа носит скоростно-силовой и точно-координационный характер. При малых размерах и ограничении касания мяча, выполнение всех технических и тактических элементов требует от спортсмена точности и целенаправленности движений. Двигательные действия заключаются во множестве молниеносных стартов и ускорений в прыжках вверх на максимальную и оптимальную высоту, большом количестве взрывных ударных движений при длительном, быстром и почти

СЕКЦИЯ Социально-гуманитарные дисциплины и физическое воспитание

непрерывном реагировании на изменяющуюся обстановку, что предъявляет высокие требования к физической подготовленности [1].

Планирование тренировочного процесса в спортивных играх, как правило, определяется календарем соревнований и характером восприятия организмом спортсменов предлагаемых физических нагрузок [2].

Цель

Анализ уровня физической подготовленности девушек групп спортивной специализации по женскому волейболу и баскетболу в ГомГМУ.

Материал и методы исследования

Анализ научно-методической литературы; в качестве методики исследования физической подготовленности нами были использованы педагогические тесты на проявление быстроты, силы и скоростно-силовых качеств.

Результаты исследования и их обсуждение

В тестировании приняли участие сборные команды ВУЗа, состоящие из 12 студенток-волейболисток и 12 студенток-баскетболисток, принимающие участие в соревнованиях городского, областного и республиканского уровня.

Контрольные тесты по физической и специальной физической подготовленности включали в себя 3 вида: челночный бег (с) (ёлочка), прыжок в высоту с места (см), поднимания туловища за 1 мин (кол-во раз). Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Уровень физической подготовленности по скоростно-силовым показателям

	Челночный бег (с)		Поднимание туловища за 1 мин (кол-во раз)		Прыжок в высоту (см)	
	волейбол	баскетбол	волейбол	баскетбол	волейбол	баскетбол
Среднее	24,4±0,3	24,6±0,3	52,4±1,5	47,3±1,4	44,8±2,5	46,8±2,3
Минимум	22,8	22,8	38	38	32	40
Максимум	26	26,7	58	51	65	67
Уровень надежности (95,0%)	0,71	0,72	3,25	2,87	5,30	4,94

На основании выпрыгивания вверх с места определялась мощность отталкивания спортсменов. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Параметры мощности отталкивания студенток

Группа	Мощность отталкивания	
	Абсолютная (Вт) $x \pm \delta$	Относительная (Вт/кг) $x \pm \delta$
волейболистки	1244,3 ± 98,5	12,1 ± 0,7
баскетболистки	1294,1 ± 67,5	12,8 ± 0,64

Челночный бег отражает скоростно-силовую подготовку. В челночном беге девушки по волейболу показали результат 24,6±0,3 с, баскетболистки – 24,8±0,3 с. Волейболистки показали результат меньше на 0,2 с по сравнению со студентками по баскетболу.

Вместе с тем, данный показатель не имеет достоверности различий и свидетельствует об одинаковом уровне подготовленности.

Тест поднимание туловища за 1 минуту отражает силовые способности брюшного пресса. Волейболистки – $52,8 \pm 1,5$ раз, баскетболистки – $47,7 \pm 1,4$ раз, чем показали хуже результат на 5,1 раз. Вместе с тем, достоверности различий не обнаружено.

Силовые способности мышц ног отражает тест, такой как прыжок в высоту с места. Результат в прыжке в высоту с места студентки по волейболу – $50,8 \pm 2,5$ см, по баскетболу – $52,8 \pm 2,3$ см. Средний показатель прыжка у баскетболисток лучше на 2 см, достоверности различий нет.

Превосходство студенток, занимающихся баскетболом, в развитии взрывной силы показали параметры расчета мощности отталкивания. В частности, по абсолютному показателю, баскетболистки превосходят волейболисток на 49,8 Вт, а в относительной мощности, выраженной на килограмм массы тела – в 0,7 Вт/кг.

Заключение

Анализируя полученные данные, мы можем сделать выводы, что результаты сдачи контрольных тестов незначительно отличаются друг от друга, что связано с выбором средств и методов в тренировочном процессе, направленном на формирование базовых элементов в игровых видах спорта и подготовке к соревновательному периоду.

Разнообразие содержания игровой деятельности требует комплексного развития основных физических качеств и функционального совершенствования деятельности всех систем организма, что достигается в процессе разносторонней физической подготовки.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Галицын, С. В. Физическое воспитание подростков различных типологических групп на основе построения прогнозных моделей развития качеств и свойств личности : монография. – Хабаровск : Изд-во ДВГАФК, 2007. – С. 71-74.
2. Горлова, С. Н. Система «Адаптолог-Эксперт» в диагностике донозологического состояния спортсменок-баскетболисток высокой квалификации / С. Н. Горлова, К. К. Бондаренко // Известия Гомельского государственного университета им. Ф. Скорины. – 2014. – № 2. – С. 46-50.

УДК 327:91(091)

И. И. Орлова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

ИСТОРИКО-ИДЕОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ ГЕОПОЛИТИКИ

Введение

В 2022–2023 учебном году в систему высшего образования Республики Беларусь был введён новый учебный предмет – «Современная политэкономия». Студенты знакомятся с понятиями глобального рынка, трансграничного экономического пространства, развития и взаимодействия экономик разных стран, в том числе и исходя из их

географического расположения и влияния международных факторов. Один из ключевых разделов нового предмета посвящён вопросам геополитики. Геополитика – это направление, занимающееся изучением того, как распределяются и перераспределяются сферы влияния и контроля в мире.

Цель

Изучить исторические и идеологические истоки геополитической науки.

Основная часть

Геополитика как историческая дисциплина зародилась и развивалась на стыке истории и географии. В разное время было предложено три основных научных подхода: географический детерминизм, военно-стратегический и цивилизационный.

Географический детерминизм – первый из философских подходов, исходный постулат которого в том, что жизнь государств и народов обусловлена географическим окружением и климатом. Представители географического детерминизма ставили развитие общества в зависимость от географических факторов, а формирование нравов, традиций, видов правления объясняли влиянием географической среды и, в первую очередь, климата.

Первыми, кто обратил внимание на влияние географической среды на социум, были древние греки. Увеличение количества городов-государств и рост численности населения порождали первые геополитические проблемы: необходимость расширения жизненного пространства, колонизация свободных территорий по всему Средиземноморью, пограничные проблемы и др. Уже тогда главным средством территориальных изменений были военные действия.

Древнегреческий мыслитель Парменид (VI в. до н. э.) выдвинул теорию пяти температурных зон или поясов: один жаркий, два холодных и два промежуточных [1].

Считается, что с сочинений Геродота (ок. 484 – между 431–425гг. до н. э), в античной традиции при описании и осмыслении исторических событий начинает просматриваться геополитический подход. Его основное произведение, «Изложение событий», включало исторический, политический, военно-стратегический, этнографический и географический материал за весь известный автору исторический период. Кульминационным моментом развития древнегреческой цивилизации Геродот считал греко-персидские войны, а главным содержанием человеческой истории – противостояние Запада и Востока, моря и суши, Греческой федерации и Персидской державы, эллинов и варваров, демократии и сатрапии, свободы и принуждения. Весь исторический процесс Геродот описывал по принципу «от частного к общему», от отдельных политических деятелей, полисов, стран до объединения их в региональные «супердержавы», объединившие государства Европы, с одной стороны, и Азии – с другой. Противостояние этих континентальных гигантов вызывает ассоциацию с современной континентально-региональной геополитикой [2].

Гипотезу о влиянии географических условий и климата на особенности человеческого организма, характера и даже на утвердившийся общественный строй высказывал Гиппократ (ок. 460 – ок. 370 до н. э.) в своём сочинении «О воздухе, водах и местностях» [2].

В «Истории» Фукидида описана война пелопонесцев с афинянами. Этот региональный конфликт носил геополитический характер, т.к. в конечном счёте война между Афинами и Спартой была вызвана соперничеством за гегемонию в Элладе. Кроме того, учитывая противоположность общественных укладов и форм правления, это военное противостояние решало вопрос о путях дальнейшего развития греческих полисов: де-

мократия или олигархия, торгово-промышленный или сельскохозяйственный путь развития, космополитическое или спартанско-патриотическое мировоззрение [3].

Фукидид первым из древнегреческих историков рассматривал исторический процесс как внешнюю политику, и в этом проявился его геополитический подход. Фукидид первым заметил и описал разный характер могущества государства: у Афин – морское, а у Спарты – сухопутное, и обосновал значение военно-морского флота в войне с сухопутными державами.

В своих трудах «Анабасис» и «Греческая история», описывая Пелопоннесскую войну, события, свидетелем которых он был, Ксенофонт (ок. 430 – 370 гг. до н. э) разобрал связь географической среды и развития военно-политических событий [3].

В сочинениях Аристотеля (384 – 322 гг. до н. э) с точки зрения геополитики вызывает интерес проводимая им связь между природной средой и государственным устройством, между количеством населения и его качествами, площадью территории и силой государства. Аристотель обосновывает тезис о невозможности установления наилучшего государственного строя без соответствующих внешних условий, как природных, так и социальных [4].

К социальным условиям безопасного существования государства философ относил:

1) количество населения и его качественные характеристики – соотношение свободных людей, которые в случае необходимости могут стать гоплитами (тяжеловооруженными воинами), метеков (не граждан) и рабов;

2) пропорцию между количеством земледельцев, ремесленников, торговцев, так как государство, в котором много ремесленников, но мало тяжеловооруженных воинов, не сможет достичь могущества.

К природным условиям Аристотель относил территорию полиса: она должна быть труднодоступна для вторжения, но иметь удобные выходы.

Развивая теорию Парменида, Аристотель указывал на силовое превосходство промежуточной зоны, заселенной греками. В своём труде «Политика» Аристотель, разбирая историю Критского государства, впервые противопоставил такие геополитические категории как пространства суши и моря – «теллуократии» (сухопутного могущества) и «талассократии» (морского могущества). Дихотомия – двоичное противопоставление суши и моря, государства суши и государства моря и соответствующих им политических форм. В истории Античного мира – это противостояние торговой цивилизации (Карфаген, Афины) и цивилизации военно-авторитарной (Рим, Спарта) [4].

Полибий (210–128 гг. до н. э) – выдающийся историк, автор многотомной Всеобщей истории. Но история Полибия – это не только описание последовательности политических и военных фактов, но и философско – политическое размышление над истоками римского могущества. В своём анализе причин возвышения и усиления Римской республики он вывел ряд определённых закономерностей, которые объективно относятся к геополитическим. Оценивая силу государства, по Полибию, следует говорить о территории, её свойствах и географическом положении [2].

Вывод

Геополитика – это научная дисциплина, изучающая геополитические доктрины и действия государств и других субъектов, ставящая в основу разделения (объединения) мира политические отношения и геоэкономический статус держав. В эпоху Древней Греции еще не существовало ни собственно науки, ни геополитики в частности. Однако именно в этот период были сформулированы первые геополитические соображения. Древнегреческие мыслители отмечали взаимосвязь крови и почвы, власти и пространства, политики и географии, высказывали идеи о влиянии почв, климата, морей, рек на

историю и человека. В это время была сформирована теория влияния среды на политическую историю, концепция географического детерминизма.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аристотель. Политика, риторика. – М. : Изд. Бомбора. Серия Философия в кармане. 2019. – 384 с
2. Аристотель. Политика (переиздание с издания: Аристотель. Сочинения в четырех томах.. – М., Мысль, 1976-1984) (Из серии: Власть: искусство править миром. ООО «Издательство АСТ», 2018).
3. Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. – 2018. – № 44.
4. Игнатьева, И. Ф. Пространство потоков / И. Ф. Игнатьева // Общество. Среда. Развитие. – 2013. – № 1 (26). – С. 111–115.

УДК 81>373.231:82-2Арбузов

И. М. Петрачкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

ВАРИАТИВНОСТЬ ИМЕН СОБСТВЕННЫХ КАК ЗНАЧИМЫЙ КОМПОНЕНТ ОНОМАПОЭТИЧЕСКОЙ МАТРИЦЫ В ДРАМАТУРГИИ АЛЕКСЕЯ НИКОЛАЕВИЧА АРБУЗОВА

Введение

Известно, что вариативность русского именослова является его специфическим свойством. Под вариативностью проприальной единицы понимается существование по крайней мере двух модификаций одного и того же имени собственного (далее ИС). В целом само понятие вариативности любой языковой единицы (фонемы, морфемы, лексемы, конструкции и т. д.) – это одно из универсальных признаков языка, когда вариант рассматривается как модификация нормы или же отклонение от неё. Следовательно, вариативность в самом широком смысле этой дефиниции обозначает всякую изменчивость и демонстрирует языковую избыточность, которая вместе с тем необходима языку, т.к. является показателем его жизнеспособности и динамичности. Вариативность ИС связана с изменением звукового или морфемного состава, структуры языковой единицы без потери ее тождества. Сохранение семантического тождества – обязательное условие идентификации языковых единиц как вариантов одного и того же слова. Изучение неофициальных форм ИС в литературной ономастике, в частности наличия модификатов у антропонимов, носителями которых являются действующие лица драматургического произведения, тесной связи вариантов поэтонимов с художественным контекстом (ХК) – весьма важная составляющая при интерпретации драматургического дискурса. Актуальность исследования состоит в том, что статья затрагивает достаточно свежий теоретический аспект в области литературной ономастики, связанный с формированием такой дефиниции, как ономапоэтическая матрица [1, с. 50], одним из звеньев которой собственно и является вариативность поэтонима. К тому же отметим, что ранее язык русской драматургии конца XX, в том числе и его ономапоэтическое пространство, отдельно не изучались, поэтому данная работа базируется сравнительно на новом еще не изученном материале социально-психологических драм А. Н. Арбузова, созданных им в конце XX столетия.

Цель

Установление прагматических возможностей вариантов поэтонимов в текстовом корпусе социально-психологических пьес А.Н. Арбузова. Данная цель требует решения ряда задач: 1) определить виды вариантов антропоэтонимов, принимающих участие в номинации действующих лиц драм; 2) классифицировать эти модификаты по группам, зафиксировав количество используемых автором видов ИС; 3) установить прагматику применения данных языковых единиц в ХК, которая присуща идиостилю драматурга.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования данной статьи стали такие пьесы А.Н. Арбузова, как «Сказки Старого Арбата» (1970), «Выбор» (1971), «Старомодная комедия» (1975), «Жестокие игры» (1978), «Воспоминание» (1980) [2]. В указанных произведениях, написанных для театра, выявлено и проанализировано около 300 проприальных единиц. Отметим, что вариативности подвержены не только антропоэтонимы, но и «фоновые» номинации. Однако здесь, как правило, число возможных вариантов ограничено: это полная официальная либо усеченная неофициальная формы (например, модификат к годониму *Невский проспект – Невский*) или же современные автору топонимические названия и исторические, устаревшие (в частности, полисоним *Ленинград и Петербург*). В этой связи предметом нашего исследования становятся антропоэтонимы и их варианты (модификаты), которые функционируют в указанных произведениях, их прагматика и особенности употребления. Методами исследования являются дескриптивный, структурно-семантический, стилистический и прагматический аспекты изучения неофициальных форм поэтонимов, а также метод количественных подсчетов.

Результаты исследования и их обсуждение

Имя для А. Н. Арбузова — благодатный материал и загадка. Загадка в том смысле, что материал этот ведет себя иной раз так, что сам писатель идет за именем в характеристике и действиях своего персонажа. Информация и эмоция, содержательность ИС и его эстетика присущи творчеству известного русского драматурга второй половины XX века А. Н. Арбузова [см. об этом подробнее в работах 3, 4].

Использование широкого спектра модификатов ИС – специфическая черта этого художника слова. Вариативность ИС в драматургическом тексте наполняется специфическим содержанием и обладает определенной прагматикой. В репликах героев, как правило, модификат обладает соответствующей стилистической коннотацией, поскольку является неофициальной формой проприальной единицы, а значит, теряет свою «безобразность», или нейтральность. Под вариантом имени Н. В. Подольская понимает «видоизменение имени или любого элемента его структуры (фонемы, морфемы, лексемы) в различных языковых ситуациях» [5, с. 41]. По наши наблюдениям, особую роль в произведениях русской драматургии второй половины XX века играют *стили-стические* варианты личных имен персонажей. По определению Н. В. Подольской, это «различные формы одного имени, обусловленные жанром речевого произведения, целью высказывания» [5, с. 42]. Среди них в ХК драм мы классифицируем *гипокористики*, или гипокористические имена – «имя, имеющее сокращенную форму основы или одну полную основу вместо двуосновной формы. Может быть суффиксальным (с нейтральным суффиксом) и бессуффиксальным» [5, с. 70], *квалитативы*, или квалитативные личные имена (от лат. *qualitas* – «качество, свойство») – «имя со значением любой субъективной оценки, образованное (безразлично) от полной или сокращенной основы; в т. ч. *аугментативное, деминутивное и пейоративное имя*» [5, с. 73]. При чем, субъективность оценки выявляется в соответствующем контексте и не всегда зави-

сит от суффиксации. К качественным относятся *деминутив*, или личное *деминутивное имя* – «имя с ласкательно-уменьшительным оттенком значения в данном контексте» [5, с. 71], *пейоратив*, или *пейоративное личное имя* (от лат. *peior* – плохой, негодный; вредный, несчастный; позорящий, бранный) – «имя с пренебрежительно-уничтожительным оттенком значения в данном контексте» [5, с. 77]. Такая вариативность антропонимов зависит, прежде всего, от коммуникативных задач высказывания, а также от сочетания ИС с ХК и целого ряда других причин (например, самых утилитарных – избежания повторов в речи персонажей). Специфической особенностью антропонимов, создаваемых автором, является применение в ХК широкого суффиксального спектра в целях создания всего многообразия вариантов личных имен действующих лиц драм. Причем, в большинстве своем драматург употребляет именно *деминутивы* (уменьшительно-ласкательные модификаты) и *гипокористики* по отношению как к молодым, так и возрастным персонажам, абсолютно не взирая на социальный статус и положение героев, род их деятельности, поведение, взгляды и прочие составляющие. Так, в пьесе «Воспоминание» встречаем такие варианты онимов: *Любовь Георгиевна / Любочка Георгиевна / Люба Георгиевна / Любаша* (44 года, женщина-врач), *Кира / Киронька / Кирик / Кирочка / Кирюсик* (её дочь, 21 год, студентка), *Денис / Денисик / Дениска* (27 лет) и др., в драме «Жестокие игры» применяются модификаты имен молодых людей (им по 20 лет) *Юлик / Юлька, Терентий / Тёрочка, Неля / Нелечка, Любася / Любаська, Никита / Никитушка, Миша / Мишенька / Мишечкин* и под., в «Старомодной комедии» – к пожилой женщине, которой «нет шестидесяти» Лидии Васильевне герой в репликах чаще трепетно обращается *Лидя / Лидуся*, подобные варианты применяет автор и по отношению к весьма успешному и знаменитому учёному Двойникову Николаю Андреевичу из пьесы «Выбор», где героя называют *Коля / Николушка / Николенька / Коленька*, а его друга Григория тепло называют *Гриша / Гришочек / Гришенька*, аналогичное отношение и к женским персонажам, где Елена Георгиевна – это просто *Лёля / Ляля / Лялечка*, а ее племянница *Лариса* — *Лара / Ларушка* и т. д.

В комедии «Сказки Старого Арбата» фактически реплики героев наполнены *гипокористиками* и *деминутивами*, отражающими всю теплоту взаимоотношений между двумя старыми друзьями Федором Кузьмичом Балясниковым и его преданным товарищем Христофором Ивановичем Блохиным, который с благоговением и трепетом относится к непревзойденному таланту мастера кукол. Драматург, создавая атмосферу доброты и сердечности в бытовом общении, пытается передать глубокое уважение, всю преданность и пиетет Христофора Блохина по отношению к Федору Кузьмичу, многократно употребляет в репликах *гипокористику* *Федя* («ХРИСТОФОР. А я сразу заметил это, *Федя* ... В первый день» [2, с. 269]; «ХРИСТОФОР. Просто ты понял вдруг, какое это удивительное чудо: женищина!.. <...> Только и всего, *Федя*» [2, с. 270]; «ХРИСТОФОР. Очень мне надо врать. Ну посуди сам, *Федя*» [2, с. 272]), *деминутив* *Феденька* («ХРИСТОФОР. Просто не представляю, *Феденька*» [2, с. 269]; «ХРИСТОФОР (пугаясь). Что ты говоришь... Нет, *Феденька* ...» [2, с. 269]; «ХРИСТОФОР. *Феденька*, дорогой, ты ужасно заблуждаешься, и вовсе не ее ты любишь ...» [2, с. 270]; «БАЛЯСНИКОВ. Опомнись, Христофор... Что ты делаешь? ХРИСТОФОР (с тихой радостью). Вяжу, *Феденька*» [2, с. 271]; «ХРИСТОФОР. А вот и ошибаешься, *Феденька*» [2, с. 271]; «ХРИСТОФОР. ... Ты и представить себе не можешь, какая для меня радость видеть тебя счастливым, *Феденька*» [2, с. 273] и др.).

С таким же теплом относится Христофор и к Балясникову-младшему *Кузьме*, называя его *Кузя* («ХРИСТОФОР. *Кузя!* .. Погоди ... Миленький ...» [2, с. 268]) / *Кузнечик* («ХРИСТОФОР. Ну а ты почему молчишь, *Кузнечик?*» [2, с. 268]) и под. Буквально

каждая страница драмы пронизана огромным количеством употребляемых драматургом модификатов. Вариантные формы имен придают пьесам А.Н. Арбузова лиричность и душевность, подчеркивают неподдельные искренние отношения между персонажами драм, теплоту их мира и чувств, создают в ХК атмосферу доброжелательности и определенной наивности. В подобном речевом поведении героев драм с применением различных форм вариантов ИС отражаются черты характера личностей адресанта и адресата. Крайне редко использует драматург в ХК отдельных пьес и *пейоративы* (например, *Нелька, Мишка, Машка* – «Жестокие игры»), однако они, как правило, не несут отрицательной оценки персонажа, а употребляются для неформального дружеского общения либо передачи иронически доброго отношения к герою произведения. Именно благодаря частотному употреблению вариантных форм личных имен (*гипокористик* и *деминутивов*), на наш взгляд, достигается эффект, когда, как отмечал критик К. Щербачев в своей статье «Хорошие люди с Арбата», опубликованной в газете «Комсомольская правда», «доброжелательство и душевность доведены до удивительной, почти что непостижимой тонкости...» [2, с. 778].

Выводы

Драматургический контекст произведений А.Н. Арбузова второй половины XX века, в основе которого диалоги и монологи действующих лиц пьес, отличается широким спектром вариантов личных имен: *гипокористик* (*Коля*), *квалитативов*, среди которых *деминутивы* (*Николушка / Николенька / Коленька*), *пейоративы* (*Нелька, Мишка, Машка*). Варианты имен обладают огромным прагматическим потенциалом: выражают сферу эмоционально-экспрессивных человеческих отношений между героями, не имея возрастных и социальных и прочих ограничений, что характерно, пожалуй, только для текстов А.Н. Арбузова, а также эксплицируют авторский субъективизм, связанный с отражением мироощущения атмосферы тепла и доброты, аккумулируя при этом в себе добавочный информационный компонент при создании образов пьес.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Петрачкова, И. М. Основные тенденции номинации персонажей в драматургическом пространстве Александра Михайловича Галина / И. М. Петрачкова // «Актуальные вопросы современной филологии и журналистики». – 2023. – № 2 (49). – С. 49 – 57.
2. Арбузов, А. Н. Избранное. В 2-х т. / А. Н. Арбузов. – Т. 2 / Комментар. Л. Нимвицкой. – М. : Искусство, 1981. – 792 с.
3. Петрачкова, И. М. Семантика и функционирование имени главного героя в художественном контексте пьесы Алексея Николаевича Арбузова «Выбор» / И. М. Петрачкова // Язык и межкультурная коммуникация: современные векторы развития : сб. науч. ст. по материалам I Междунар. науч.-практ. конф. – Пинск : ПолесГУ. – 2019. – С. 297 – 303.
4. Петрачкова, И. М. Имя и образ в комедии Алексея Николаевича Арбузова «Сказки Старого Арбата» / И. М. Петрачкова // Филологический аспект. – № 4 (12). – 2016. – С. 5 – 11.
5. Подольская, Н. В. Словарь русской ономастической терминологии / Н. В. Подольская. – М. : Наука, 1988 – 199 с.

УДК 81>373.231:82-12Арбузов

И. М. Петрачкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

**СУГГЕСТИВНОСТЬ И ИНТЕРТЕКСТУАЛЬНОСТЬ
ПОЭТОНИМА КАК КОМПОНЕНТЫ ОНОМАПОЭТИЧЕСКОЙ
МАТРИЦЫ (НА МАТЕРИАЛЕ ПЬЕСЫ А. Н. АРБУЗОВА
«ЖЕСТОКИЕ ИГРЫ»)**

Введение

В художественном тексте (ХТ) имена собственные (далее – ИС) выполняют, помимо основной номинативно-идентификационной функции, характеризующую, стилистическую и идеологическую, помогают адекватно интерпретировать произведение, соотнести его с творчеством автора в целом, а также с произведениями других авторов. Интерпретация ИС в ХТ позволяет глубже раскрыть содержание произведения, его идею, авторскую концепцию, выявить лингвистические и экстралингвистические прагматические смыслы самих номинаций, принадлежащих разным классам и группам, с учетом их структуры, стилистических вариантов ИС и прочих возможностей поэтонимов. Содержание или значение поэтонима представляет сложный комплекс лингвистических и экстралингвистических характеристик, которые и образуют его ономапоэтическую матрицу (сеть определенных многоуровневых компонентов её составляющих, учитывающих художественно-смысловые, ассоциативные, структурные, стилистические и прочие связи ИС в образной системе драматургического дискурса) [1, с. 243]. В поле зрения нашего исследования такие составные элементы ономапоэтической матрицы, как суггестивность и прецедентность проприальной единицы, каждый из которых позволяет наиболее полно представить весь потенциал номинации, включенной в литературное произведение. Это обусловлено тем, что, несомненно, ИС в тесном переплетении с драматургическим контекстом образует определенную сеть, или матрицу, которая и отражает сложные взаимоотношения поэтонимов в отдельно взятом ХТ, их становление, развитие и функционирование с учетом индивидуально-авторского стиля и общих закономерностей литературного языка.

Цель

Установление возможностей таких компонентов ономапоэтической матрицы поэтонима, как суггестивность и интертекстуальность в драматургическом пространстве пьесы А.Н. Арбузова «Жестокие игры». Данная цель требует решения ряда задач: 1) дать определение понятиям суггестивности и интертекстуальности; 2) установить прагматику данных составляющих ономапоэтической матрицы в ХК, которые стали новаторскими для драматургии 1970–1980-х годов XX века и отличают индивидуально-авторский стиль драматурга А. Н. Арбузова.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования данной статьи стала пьеса А. Н. Арбузова «Жестокие игры» [2]. Предметом нашего исследования являются особые фикциональные авторские образования, которые в ХК суггестивно отсылают адресата к прецедентным ре-

ферентам-носителям известных имен и выступают в качестве неполной аллюзии. Методами исследования являются дескриптивный, когнитивный, текстологический и прагматический аспекты изучения поэтонимов.

Результаты исследования и их обсуждение

Ономапоэтическое пространство драмы А.Н. Арбузова «Жестокие игры» отличается органичное использование фикционального ИС, обладающего в ХК одновременно суггестивностью (от англ. *suggestive* – «указывающий», «намекающий на», т. е. наводящий на размышления) и интертекстуальностью (представляющей собой специфический межтекстовый диалог – от лат. *inter* между) [3, с. 132].

Оним называется суггестивным, если он заставляет усиленно работать воображение читателя / зрителя, вызывает яркие эмоциональные переживания, раскрывает новое миропонимание или обновляет старое в пределах художественного пространства пьесы. Мастер слова таким образом с помощью схожего, «намекающего» ИС осуществляет определенный ассоциативный эксперимент, когда выбор номинации указывает на какого-либо уже узнаваемого, хорошо известного «героя-симулякра» с целью изображения и характеристики подобного нового действующего лица или явления в определенных условиях ХК. В поиске множества решений проявления философского подтекста произведения и его последующего прочтения писатель может прибегать к такому ономапоэтическому средству, как выбор суггестивного ИС, способного наводить на мысли и ассоциации, а также обладающего определенным завуалированным семантическим дифференциалом, в целях трансляции драматургом своей индивидуально-авторской концепции.

Понятие суггестивности применительно к проприальным единицам, на наш взгляд, может рассматриваться как в узком, так и широком смысле. В узком понимании этой дефиниции к суггестивным поэтонимам относятся только те, которые обозначают известных литературных, мифологических персонажей, исторических деятелей прошлого. Это так называемые прецедентные имена (ПИ), или же аллюзивные онимы-переклички. Данные номинации могут указывать, намекать на ассоциации, связанные с раскрытием филологического либо социально-исторического контекстов. Однако понятие суггестивности применительно к литературным поэтонимам, по нашим наблюдениям, гораздо шире. Ею в ХК обладает также и ряд индивидуально-авторских, или фикциональных имен. В качестве критерия таких возможностей проприальной единицы выступает запрограммированный писателем подтекст, раскрывающий так называемый второй, а иногда и третий план литературного произведения, служащий непосредственно для воплощения идейно-философского замысла драматурга. Благодаря созданию и использованию подобных имен возникает феномен подсказывания, внушения читателю или зрителю намеченных мастером слова идей, взглядов, убеждений, эмоций, настроений и прочих завуалированных эффектов, предназначенных реализовать индивидуально-авторскую задумку. Проявление суггестивных возможностей ИС, безусловно, будет зависеть от уровня эрудиции, осведомленности и образованности читательской / зрительской аудитории [3, с. 134].

Интертекстуальность – это своеобразная мозаика цитации другого текста либо трансформация какого-нибудь иного текста. Данный феномен возникает тогда, когда ХТ невольно соотносится с другими текстами, словно ведет с ними диалог, ориентируется на контекст произведения. Иными словами, сознании двойного адресата – читателя / зрителя поэтоним начинает ассоциироваться со сходным именем хорошо известного персонажа из достаточно знакомого текста-предшественника, т. е. ПИ. В результате у художника слова возникает суггестивный трансформированный текст

со смещенной смысловой стороной [4, с. 274]. Количество ПИ, используемых в драматургии А.Н. Арбузова, незначительно возрастает по сравнению с произведениями классика современной драматургии А.В. Вампилова. И помимо того, что данные единицы используются для передачи ситуативных коннотативных характеристик того или иного персонажа (выступают в качестве ономастических метафор, сравнений метонимий), а также несут денотативный смысл, А.Н. Арбузов идет дальше и присваивает одному из главных героев его знаковой пьесы «Жестокие игры» такие фикциональные номинации, которые порождают целый спектр намёков и ассоциаций.

В эпицентре драмы главная проблема современному автору обществу – невнимание к таким исконным основам бытия, как дети, семья и любовь. Именно поэтому личное имя Кай в таком, на первый взгляд, фикциональном антропониме, как **Кай** Леонидов, присвоенному сюжетному герою, двадцатилетнему молодому человеку, начинает проявлять в ХК драмы черты суггестивности и аллюзивности. Так, отдельная номинация **Кай**, обособившись от фамилии героя, начинает соотноситься с ПИ одного из персонажей сказки великого датского писателя Ганса Христиана Андерсена «Снежная королева», который был добрым и отзывчивым, смелым и сильным мальчиком до тех пор, пока однажды к нему в глаз и сердце не попали осколки волшебного зеркала, принадлежащего злему троллю. С тех пор сердце мальчика стало ледяным и холодным, а глаза стали видеть мир уродливым и кривым. Подобное происходит и с **Каем** Леонидовым. Не имея нормальной семьи (он живет один в квартире, потому что его мать с отчимом находятся в длительных зарубежных командировках), Кай предоставлен сам себе, поэтому он рано становится взрослым и самостоятельным. Однако в силу своего возраста персонаж совершает ряд ошибок, за что молодого человека даже исключают из института. Непросто и болезненно происходит психологическое формирование личности **Кая** и его нравственных устоев. Герой чувствует безразличие и невнимание близких ему людей по отношению к себе и начинает по-другому смотреть на этот мир. Разочарование и холод, подобно сказочному **Каю**, постепенно овладевают душой молодого человека. Два его друга Никита и Терентий находятся в схожей ситуации, именно поэтому ребята держатся вместе и ищут опору друг в друге. И, пожалуй, только это не дает им окончательно очерстветь. Однако имя **Кай** – это намёк драматурга и на то обстоятельство, что пренебрежение семейными ценностями может обернуться не только личной трагедией для человека, но и стать социально опасным явлением, содействующим порождению в обществе бездушных, хладнокровных и чёрствых людей.

Однако суггестивная текстообразующая аллюзия призвана выразить веру драматурга в то, что подобно тому, как в известной старой сказке добро всегда побеждает зло, так и в этом сложном жизненном водовороте герой по имени **Кай** преодолет все трудности. К тому же друзья часто называют **Кая** Леонидова ещё и **Кай Юлий** / **Юлий** / **Юлик**, создавая тем самым снова аллюзию, но уже с другой известной исторической персоной (ср. **Гай Юлий Цезарь** – талантливый государственный и политический деятель, полководец, писатель, обладающий твёрдым характером и пронзительным умом). Данная реминисценция несёт в себе позитивный смысл. И в этом плане ХК созвучен с этимологией антропонима **Кай** (от римского личного имени, «например, **Гай Юлий Цезарь**; из лат. *gaudere* – радоваться» [5, с. 70]), которая в сетке ономапоэтической матрицы, несёт еще и дополнительный информационный потенциал, обусловленный авторской концепцией. Такая неполная переключка имен, гармонично сочетаясь с происхождением поэтонима, демонстрирует надежду драматурга на то, что, несмотря на сложившиеся непростые семейные обстоятельства, благодаря крепкой искренней дружбе и любимому увлечению героя (Кай мастерски рисует

картины), талантливый молодой человек сможет преодолеть определенные жизненные трудности и обстоятельства, не озлобившись на мир, а найти в будущем своё предназначение и снова научиться радоваться жизни. Причем, характер и поступки *Кая*, который никогда не закрывает дверь своей квартиры, дает в ней всем нуждающимся уют (к примеру, разрешает поселиться у себя совершенно незнакомой ему приезжей девушке Неле, не поступившей в институт), также вселяют веру в то, что герой по-прежнему останется доверчивым и отзывчивым, добрым и открытым.

Вывод

Таким образом, суггестивность и интертекстуальность поэтонима – важные составляющие ономапоэтической матрицы, благодаря комплексному взаимодействию которых при интерпретации литературного произведения можно не только детально «расшифровать» ИС в его связи с ХК, но и проследить авторскую концепцию в плане характеристики и становления образов персонажей, а также выявить основные тенденции при создании и использовании отдельным драматургом проприальных средств.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Петрачкова, И. М. К вопросу об интерпретации имени собственного в драматургическом тексте: составляющие ономастической матрицы в пьесе А.М. Галина «Звёзды на утреннем небе» / И. М. Петрачкова // Лингвокультурные универсалии в мировом пространстве: материалы IV Международной научной конференции [Электронный ресурс] / отвт. ред. С.А. Скуридина. – Электрон. текстовые и граф. данные (9,5 Мб). – Воронеж: ФГБОУ ВО «Воронежский государственный технический университет», 2023.– 1 электрон. опт. диск (DVD-ROM): цв. – С. 242 – 246.

2. Арбузов, А. Н. Избранное. В 2-х т. / А. Н. Арбузов. – Т. 2 / Коммент. Л. Нимвицкой. – М.: Искусство, 1981. – 792 с.

3. Петрачкова, И.М. Суггестивность поэтонимов в драме-ремейке Елены Анатольевны Греминой «Дело корнета О-ва» / И. М. Петрачкова // Веснік Мазырскага дзяржаўнага ўніверсітэта імя І. П. Шамякіна. – 2022. – № 2 (60). – С. 131–137.

4. Петрачкова, И. М. Информативность прецедентных имён собственных в пьесах Людмилы Николаевны Разумовской / И. М. Петрачкова // Грани языка: коммуникативно-лингвистический, социокультурный, философский и психологический аспекты : сб. науч. статей / Витеб. гос. ун-т; редкол.: И.П. Зайцева (отв. ред.) [и др.] ; под общ. ред. И. П. Зайцевой. – Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2020. – С. 272–277.

5. Суперанская, А. В. Современный словарь личных имен. Сравнение. Происхождение. Написание. / А. В. Суперанская. – Москва : Айрис-пресс, 2005. – 384 с.

УДК 81>373.231:82-2Ерофеев

И. М. Петрачкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

ЗНАЧИМОСТЬ КООРДИНАТИВНОГО ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ ПРЕЦЕДЕНТНЫХ ИМЕН В ТРАГЕДИИ ВЕНЕДИКТА ЕРОФЕЕВА «ВАЛЬПУРГИЕВА НОЧЬ, ИЛИ ШАГИ КОМАНДОРА»

Введение

Произведения современной драматургии «поствампировского» периода отличаются своеобразием ономапоэтических средств, которые авторы интродуцируют в худо-

жественную канву своих текстов. Одной из таких тенденций в выборе и создании имен собственных (далее ИС) в драматургическом дискурсе последней четверти XX века является многочисленное использование так называемых прецедентных имен (ПИ), или имен-реминисценций, аллюзий, имен-переключек. Сам термин «прецедентный» в переводе с латинского означает «*предшествовавший*» (от лат. praecedere – предшествовать, идти вперед). Реминисцентные имена – вербальный прецедентный феномен, который определяется как индивидуальное имя, связанное: 1) с широко известным текстом, относящимся, как правило, к числу прецедентных; 2) с ситуацией, широко известной носителям языка и выступающей как прецедентная; 3) с именем-символом, указывающим на некоторую эталонную совокупность определенных качеств [1, с. 98]. ПИ основаны на идее подтекста, причём подтекста намеренного, предусмотренного авторским замыслом. Употребление в ХТ имен данного типа, обладающих определенной лингвокультурной спецификой, позволяет драматургу сообщить новую информацию, выразить логическую и эмоциональную оценку объекта, вести скрытый диалог с читателем / зрителем, эффективнее воздействовать на двойного адресата за счёт экспрессивно-стилистической окрашенности оценочных ономастических номинаций.

Реминисценции ХТ принадлежат к тому разряду языковых единиц, которые являются знакомыми и узнаваемыми многими носителями языка, имеют достаточно устойчивый и воспроизводимый состав ассоциаций, возникающих в сознании читателей. Эти единицы являются имплицитным отражением народного стереотипа, заключенного в словесную языковую оболочку. Образы персонажей с ПИ в ХТ всегда психологически детерминированы, но при этом статичны, их поступки предсказуемы, типажи нарочито узнаваемы [2, с. 201]. Актуальность нашей работы в том, что ранее ономапоэтическое пространство трагедии В. Ерофеева «Вальпургиева ночь, или Шаги Командора» (1985) не исследовалось, а между тем количество ПИ, включенных в ХК, составляет около 80% от общего числа антропонимов.

Цель

Установление прагматических возможностей координативного перечисления ПИ в ономапоэтическом пространстве пьесы В.В. Ерофеева «Вальпургиева ночь, или Шаги Командора». Данная цель требует решения ряда задач: 1) выявить в ХК цепочки ПИ с сочинительной связью, 2) установить прагматику применения данного риторического приема в ХК, который присущ индивидуально-авторскому стилю драматурга.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования данной статьи стала такая пьеса В. В. Ерофеева «Вальпургиева ночь, или Шаги Командора» [3]. Это произведение, написанное для театра, пожалуй, одно из самых многочисленных по количеству используемых ономапоэтических средств в современной драматургии. Нами выявлено и проанализировано более 440 поэтонимов, из них свыше 190 антропонимов. Причем, число антропонимов сюжетных действующих лиц не превышает 20 единиц в первичной номинации без учета различных фонетико-орфографических и деривационных вариантов, а вот более 150 остальных именованных – это ПИ. Предметом нашего исследования становятся именно реминисценции, которые функционируют в указанном произведении, их прагматика и особенности употребления. Методами исследования являются дескриптивный, когнитивный, текстологический и прагматический аспекты изучения имен-переключек.

Результаты исследования и их обсуждение

Трагедия В. В. Ерофеева, написанная в духе театра абсурда, с позиций социолингвистики представляется нам персональным, или личностно-ориентированным драма-

тургическим дискурсом, который имеет свою специфику выражения. В персональном дискурсе художник слова, скорее, выступает как личность во всем богатстве своего внутреннего мира, а не как представитель определенного социального института. Художественный контекст (ХК) пьесы В. В. Ерофеева зачастую представляет собой преимущественно монологично выстроенные реплики главного героя произведения Льва Гуревича, пациента психиатрической больницы. С помощью ПИ В. В. Ерофеев делает отсылки к философским и психологическим интроспективным подтекстам, которые интродуцированы в драматургический дискурс. Именно они содействуют образованию в ХК смыслового прорыва – озарения, внезапного понимания сути дела, душевного состояния, положения вещей. Композиционно-речевой формой смыслового прорыва ПИ является текстовый поток образов, своеобразная магма смыслов, разорванных со своими ближайшими ментальными образованиями.

Драматург В. В. Ерофеев использует для усиления смыслового прорыва *координативное перечисление* ПИ разноплановых и несочетаемых сущностей или явлений, как сочетание несовместимых признаков, либо намеренный алогизм [4, с. 53]. Перечисление в классической риторике является фигурой или риторическим приемом, в котором могут участвовать разные части речи. В исследуемом ХК наблюдается *координативное перечисление* – перечисление с сочинительной синтаксической связью. Как и другие риторические «фигуры прибавления», т. е. приемы, связанные с амплификацией текстового сообщения, прием перечисления, помимо эстетической, имеет функцию речевого воздействия. На примерах из текста русской драматургии будет рассмотрена риторическая фигура, составляющими которой являются ПИ, связанные сочинительной связью. Приведем примеры координативного перечисления из ХК пьесы.

Главный герой пьесы Лев Исаакович Гуревич, бывший эрудит, в прошлом искатель любви и истины стал не только социальным изгоем, но и духовным калекой. Остатки собственного сознания, собственных мифов (мечта о созвездии *Волонаса*, о *Плеядах*, сестрах, ставших женами богов) подавляются растерянностью перед непониманием земной реальности, страхом перед утратой равновесия: «*Но что мне до Волонаса и Плеяд, когда я стал замечать в себе вот какую странность: обнаружил, что, подняв левую ногу, я не могу одновременно поднять и правую. Это меня подкосило*» [3, с. 185]. Гуревич способен мыслить не общепринятыми масштабами, а универсально, глобально. Причем ему удается соотносить масштабное с обыденным. Гуревич пытается применить универсальные критерии к явлениям природы и человеческой жизни. Так, национальный миф о коллективном разуме, хранимом народом, равно как и о мировом разуме, для Гуревича разрушен: «*Как все-таки стремглав мельчает человечество. От блистательной царицы Тамары – до этой вот Тamarочки. От Франциско Гойи – до его соплеменника и тезки генерала Франко. От Гая Юлия Цезаря – к Цезарю Кюи, а от него уж совсем – к Цезарю Солодарю. <...> А от Витуса Беринга – к Герману Герингу. А от псалмопевца Давида – к Давиду Тухманову*» [3, с. 215]. В общей утрате смысла невозможно скорректировать индивидуальные представления существующими в социуме: алогичная загадка о поросятах приводит Гуревича к сумасшествию (не безумию): «*Вот тут я понял, что теряю рассудок. <...> И с того дня – мешанина в голове, ...<...> Но все отчего-то путается, поросенки, курганы. Генри Форд и Эрнст Резерфорд. Рембрандт и Вилли Брандт*» [3, с. 193]. Обращает внимание и тот факт, что традиционное *координативное перечисление* сопровождается поэтической *рифмовкой*: «*ГУРЕВИЧ (удаляется с сопровождающими, и голос его все приглушеннее): Эптон Синклер и Синклер Льюис, Синклер Льюис и Льюис Кэрролл... Вера Марецкая и Майя Плисецкая... Жак Оффенбах и Людвиг Фейербах... (уже едва слышно)... Виктор Боков и Владимир Набоков... Энрико Карузо и Робинзон Крузо...*» [3, с. 255].

В трагедии мотив безумия раскрывается в полную силу. Действие происходит в психиатрической больнице, но в финале неразрешенным остается вопрос: кто более душевно болен – пациенты или медперсонал, поскольку Гуревич – не единственный пациент с такой эрудицией. Речь старосты 3-й палаты также наполнена ПИ: «ПРОХОРОВ (как только скрываются белые халаты, повисает на шее Алехи-Диссидента): Алеха! Да ты же – гиперборей! Алкивиад! Смарагд! Да ты же Мюрат, на белом коне вступающий на Арбат! Ты **Фарабундо Марти!** Нет, русский народ не скудеет подвижниками, и никогда не оскудеет! [3, с. 265] ПРОХОРОВ: Болеть? ха-ха. <...> А дня через три-четыре ты, пожалуйста, сможешь передвигать свои ножки. <...> Я тебя развлеку, как сумею: буду петь тебе детские песенки товарища **Раухвергера...** или там **Оскара Фельцмана, Френкеля, Льва Книппера и Даниила Покрасса...** (известные композиторы СССР – И.П.) короче, все, что на слова **Симеона Лазаревича Шульмана, Инны Гофф и Соломона Фогельсона (поэты-песенники – И.П.)...**» [3, с. 265–266].

В пьесе «Вальпургиева ночь, или Шаги Командора» автор апеллирует к подобным именам, не столько чтобы выразить свое отношение к героям и событиям прошлого, сколько расширить границы замкнутого больничного пространства и создать игровой или комический эффект, демонстрируя абсурдность происходящих в пьесе событий. Способность воссоздавать лингвокультурные образы, ассоциации, заложенные в таких номинациях, определяет также возможность преодоления языкового и культурного барьеров между коммуникантами. Причем, у В. В. Ерофеева ПИ интродуцированы в композиционно-речевую структуру ХК в форме рассуждения, т.е. вербальное выражение мыслей и чувств, назначением которого является определение неочевидных явлений, имеющих отношение к внешнему или внутреннему миру и состоянию человека. Личностно-ориентированный драматургический дискурс опирается на активное осмысление содержания речи со стороны адресата, которое зависит от формы знака и личностной концептосферы реципиента. Употребление своеобразной ономастической игры с ПИ в пьесе В.В. Ерофеева обусловлено реализацией авторской концепции.

Вывод

Таким образом, цепочки ПИ, их парное сочетание в речи персонажей (**Хейфиц и Ромм, Столпер и Файнциммер, Лев Книппер и Даниил Покрасс** и т. д.) или же последовательное нанизывание ономастических сравнений (как **Бонапарт**, как **Бетховен**, как **Чапий**, как **Веспуччи**, как **святой Антоний Падуанский**, как **Гельдерминс**; как **Коллонтай в Стокгольме**, как **Клим Ворошилов** и проч.), рифмовка поэтонимов, референтами которых стали имена иностранных и русских известных исторических персон, деятели искусства, культуры, политики, литературные герои, их произведения (**от гуманиста Короленко до прокурора Крыленко, от Иммануила Канта до «Слеплого музыканта», от Витуса Беринга к Герману Герингу; Генри Форд и Эрнест Резерфорд, Рембранд и Вилли Брандт, Эптон Синклер и Синклер Льюис, Синклер Льюис и Льюис Кэрролл, Вера Марецкая и Майя Плисецкая** и под.) – всё это примеры координативного перечисления, которые позволяют определить широту кругозора пациентов психиатрической больницы времен СССР, уровень их эрудиции. Именно глобализм мышления, умение анализировать, находить исторические параллели, широта восприятия, нестандартное видение проблем окружающей действительности, которыми обладают герои трагедии, являлись для властей убедительными критериями безумия типичного интеллигента советской эпохи. Не имея больших возможностей для характеристики действующих лиц в ХТ драматургического дискурса, писатель задеиствует с этой целью реплики персонажей, которые и наполняет перечислением воплощенных ПИ из разных областей знаний.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Петрачкова, И. М. Имена-реминисценции в текстах современной русской прозы / И. М. Петрачкова // Известия ГГУ им. Ф. Скорины. – Гомель, 2004. – № 1 (22). – С. 97–101.
2. Петрачкова, И. М. Прецедентные имена как экспликатеры идиоматических и паремиологических смыслов в постмодернистских пьесах Д. М. Липскерова / И. М. Петрачкова // Славянская фразеология и паремиология: традиционные и новаторские решения проблем: К 80-летию со дня рождения профессора В. М. Мокиенко / редкол. : Е. В. Ничипорчик (отв. ред.) [и др.] ; М-во образования РБ, Гом. гос. ун-т им. Ф. Скорины. – Гомель : ГГУ им. Ф. Скорины, 2020. – С. 199– 05 с.
3. Ерофеев, В. В. Малое собрание сочинений : сборник / В. В. Ерофеев. – М. : «Азбука-Аттикус», 2018. – С. 247 – 298.
4. Васильева, Н. В. Суггестивный механизм риторического приема ENUMERATIO / Н.В. Васильева // Международная конференция «Лингвистический форум 2022: Традиционные речевые формы и практики», 17–19 ноября 2022 г. : тезисы докладов. – Москва : Институт языкознания РАН, 2022. – С. 49 –58.

УДК 811.161.3'373.2:398.92

Л. В. Поплавная

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СЕМАНТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ С КОМПОНЕНТАМИ-МЕТЕОНИМАМИ В БЕЛОРУССКОМ ЛИТЕРАТУРНОМ ЯЗЫКЕ

Введение

Лингвокультурологический подход к изучению языка и его единиц опирается на идею аккумулятивной функции языка, благодаря которой в нём отражается, сохраняется и передаётся во времени и пространстве опыт народа, его мироощущение. Среди всех языковых единиц особое место занимают фразеологизмы, которые являются, как подчёркивает В.А. Маслова, “душой каждого национального языка, в которой выражаецца дух и особенность нации” [1, с. 82].

Фразеологизмы всегда служили средством специфики культурного восприятия окружающего мира. В них присутствует народная мудрость и быт, что позволяет лучше познать ту или другую культуру. Таким образом, интерес к фразеологическому составу языка как к отражению национального самосознания лингвокультурных общностей, проявляющийся сегодня в лингвистической науке, свидетельствует об актуальности рассматриваемой в рамках данной статьи проблематики.

Цель

Целью данной статьи является исследование семантики фразеологизмов белорусского литературного языка с компонентами-метеонимами, которые образно характеризуют человека и описывают различные аспекты человеческой жизнедеятельности

Материал и методы исследования

Материалом исследования послужили фразеологические единицы белорусского литературного языка с компонентами-метеонимами, которые обозначают природные осадки. В составе фразеологизмов названные лексемы приобретают символическое значение.

Методы исследования – описательный и сравнительно-сопоставительный.

Результаты исследования и их обсуждение

Метеонимы – это лексемы, которые обозначают изменения погоды и её явлений: осадки, влажность, температура, облачность, давление, ветер и др. Среди метеонимов (от греч. *meteōra* – атмосферные явления и лат. *ponen* – имя, название, наименование) мы выделяем лексемы лёд, дождь, снег, туман, роса.

Наибольшее количество фразеологизмов в белорусском литературном языке было выявлено с лексемой лёд. Согласно Толковому словарю, лексема лёд имеет значение ‘замёрзшая и затвердевшая вода’ [2, с. 325]. С компонентом-метеонимом лёд в «Словаре фразеологизмов белорусского языка» И. Я. Лепешева зафиксированы следующие фразеологические единицы: *на вуснах (на губах) мёд, а на (у) сэрцы лёд* ‘кто-нибудь внешне ветливы, далікатны, а спадцішка прычыняе шкоду, непрыемнасці’ [3, т. 2, с. 40]; *лёд крануўся* ‘пачатак чаму-небудзь зроблены’ [3, т. 1, с. 648]; *лёд паламаны (разбіты)* ‘адносіны паміж кім-небудзь палепшыліся, перашкоды ліквідаваны’ [3, т. 1, с. 648]; *лёд растае (раставаў)* ‘знікае пачуццё чаго-небудзь (недаверу, непаразумення, адчужанасці і пад.’ [3, т. 1, с. 648]; *растапіць лёд* ‘ліквідаваць нацягнутасць у адносінах паміж кім-небудзь; *разбіць лёд* ‘ліквідаваць нацягнутасць у адносінах паміж кім-небудзь’ [3, т. 2, с. 132]; *біцца як рыба аб лёд* ‘без выніку і плёну намагацца, старацца, шукаючы выйсце з бядоты’ [3, т. 1, с. 106]; *як лёд* ‘нешта халоднае; хтосьці ніяк не рэагуе’, раўнадушны’ [3, т. 2, с. 649].

Фразеологизм *на вуснах (на губах) мёд, а на (у) сэрцы лёд* является общим для белорусского и польского языков, построен на основе антитезы и характеризует внешне приветливого, тактичного человека, который исподтишка причиняет вред и неприятности другим.

Фразеологические единицы *лёд крануўся; лёд паламаны (разбіты); лёд растае (раставаў); растапіць лёд; разбіць лёд* возникли на основе метафорического переноса. Так, фразеологизм *лёд крануўся* с такой же образностью и значением зафиксирован также в русском (*лёд тронулся*), польском (*lody ruszyły*) и украинском (*лід пішов*) языках, имеет прозрачную внутреннюю форму и возник на основе фразеологизма *лёд паламаны (разбіты)*, который в свою очередь является калькой из французского языка (*la glace est rompue*).

В основе фразеологизма *біцца як рыба аб лёд* лежит образное сравнение человека с рыбой, только что пойманной и выброшенной на лёд, которая изо всех сил бьётся, пытаясь добрацца до воды. Структуру сравнительного оборота имеет и фразеологизм *як лёд*, в основе которого лежит такое качество, как холодность.

Лексема снег служит для обозначения атмосферных осадков в виде белых хлопьев, представляющих собой кристаллики льда.

С компонентом-метеонимом снег в белорусском языке выявлено 5 фразеологизмов: *зімой снегу (лёду) не выпрасіш (не дастанеш)* ‘кто-нибудь страшэнна скупы’ [3, т. 1, с. 253]; *снегу леташняга не дапросішся* ‘кто-нибудь страшэнна скупы’ [3, т. 1, с. 360]; *леташні снег* ‘тое, што безваротна мінула і нічога не варта’ [3, т. 2, с. 425]; *патрэбны (трэба) як леташні снег* ‘зусім не, нікольні не (патрэбны, трэба)’ [3, т. 2, с. 425]; *як (нібы) снег на галаву* ‘зусім нечакана для каго-небудзь (з’яўляцца, прыходзіць, прыязджаць і пад.); пра раптоўнае з’яўленне каго-небудзь’ [3, т. 2, с. 425].

Фразеологизмы *зімой снегу (лёду) не выпрасіш (не дастанеш)* і *снегу леташняга не дапросішся* являются синонимичными, имеют структуру односоставного обобщённо-личного предложения и характеризуют такую отрицательную черту человека, как жадность.

Во фразеологіческих єдніцях *патрэбны (трэба) як летаіні снег і летаіні снег* нашло отраженне такое качесство, как беспольность, ненужность, которое асоцііруеця с ненадобностью прошлогоднега снега.

Первыі снег обычно выпадаєт неожіданно, когда его нікто не ждєт, что і нашло отраженне в інтєрпрєтатіі значєня фразеологізма *як снег на галаву* ‘неожіданно появляться, пріходіть, прієзжать’ [3, т. 2, с. 425].

Лєксема дождь в свободном употребленні імеєт значєня ‘атмосферные осадкі в вїде капєль воды, которые падають із туч’ [2, с. 181].

С компонентом дождь в белорусском языке функционируют только 4 фразеологізма: *як грыбы пасля дажджу* ‘вельмі хутка і ў вялікай колькасці’ [3, т. 1, с. 328]; *даждж за карак (за шыю) не лье (не капає)* ‘няма прычын спяшацца’ [3, т. 1, с. 385]; *залаты дождж* ‘вялікія грашовыя сумы, прыбыткі’ [3, т. 1, с. 385]; *пасля дожджыку (дажджычку) у чацвер* ‘невядома калі, ніколі’ [3, т. 1, с. 385].

Фразеологізм *як грыбы пасля дажджу* імеєт структуру сравнительного оборота і сьвязан с таким прыродным явлєнієм, как рост грибов в лесу в большом количестве именно после того, как прійдєт дождь.

Калькой из русского языка является фразеологізм *пасля дожджыку (дажджычку) у чацвер* (рус. *после дождика в четверг*) ‘невядома калі, ніколі’, происхождение которого сьвязано с почитанієм древними славянами бога грома и молнии Перуна, днєм которого был четверг.

Фразеологізм *залаты дождж* ‘вялікія грашовыя сумы, прыбыткі’ происходит из греческой мифологии. Согласно мифу, жрец-пророк предсказал аргосскому царю Акрисию, что у его дочери Данаи родится мальчик, который уничтожит своего деда-царя. Акрисиі приказал держать свою дочь под землєй. Но, очарованный её красотой, верховный бог Зевс проник в подземелье в вїде золотого дождя и оплодотворил Данаю.

Лєксема *туман* употребляется для обозначения ‘непрозрачного состояния воздуха в нижних слоях атмосферы вследствие скопления в нём водяных паров’ [2, с. 667]. Может употребляться также как символ чего-то неясного, запутанного, непонятного.

С компонентом-метеонимом туман в белорусском языке зафиксированы фразеологізмы *пускаць туман у вочы* ‘выхваляючыся, падманваць каго-небудзь, ствараць падманліває ўражанне пра сябе’ [3, т. 2, с. 278]; *пуканне туману* ‘стварэнне падманлівага ўражання пра сябе з выхвальваннем і паказам чаго-небудзь з лепшага боку’ [3, т. 2, с. 274]; *як у тумане* 1) ‘не зусім выразна, цьмяна (помніць, бачыць і пад.); 2) ‘у стане глыбокай задумєннасці’ [3, т. 2, с. 537]; *ружовы туман* ‘стан таталітарна-савецкага ўспрымання рэчаіснасці’ [3, т. 2, с. 357].

Как известно, в тумане всегда плохая видимость. Поэтому во фразеологіческих єдніцях это природное явление используется для символического обозначения чего-то неясного, запутанного, непонятного. Туман выступает также препятствием при получении и осмыслении информации.

Лєксема *роса* в белорусском языке служит для обозначения ‘водяных капель, которые собираются на поверхности растений и предметов вечером, ночью и утром при понижении температуры в тёплоє время’ [2, с. 550].

К фразеологізмам с компонентом-метеонимом роса относятся: *як (нібы) дзве кроплі вады (расы)* ‘вельмі моцна, абсалютна’ [3, т. 2, с. 603]; *раса вочы выядає* ‘хто-небудзь не шчаслівы, жывє ў горы, нядолі’ [3, т. 2, с. 308]; *макавай расінкі (зерня, зярняці) у роце не было* ‘хто-небудзь нічога не еў’ [3, т. 1, с. 159]; *ад расы да расы* ‘увесь дзєнь, з усходу да заходу сонца’ [3, т. 2, с. 314].

Как известно, роса появляется утром, когда восходит солнце, и вечером, когда оно заходит. Данный атмосферный процесс нашел отражение во фразеологизме *ад расы да расы* ‘увесь дзень, з усходу да заходу сонца’.

Фразеологические единицы, компонентами которых являются названия природных осадков, отражают различные представления о человеке и условиях его жизни. Нами было выявлено несколько семантических групп таких фразеологизмов.

1. Фразеологизмы, которые характеризуют самого человека:

а) жадный: *зімой снегу (лёду) не выпросіш (не дастанеш); снегу леташняга не дапросішся* ‘хто-небудзь страшэнна скупы’;

б) двуличный: *на вуснах (на губах) мёд, а на (у) сэрцы лёд* ‘хто-небудзь знешне ветлівы, далікатны, а спадцішка прычынае шкоду, непрыемнасці’.

2. Фразеологизмы, которые характеризуют жизненные условия человека:

К данной группе относятся фразеологизмы, которые подчёркивают тяжёлую жизнь человека: *біцца як рыба аб лёд* ‘без выніку і плёну намагацца, старацца, шукаючы выйсце з бядоты’; *раса вочы выядае* ‘хто-небудзь не шчаслівы, жыве ў горы, нядолі’.

3. Фразеологизмы, которые характеризуют отношения между людьми:

Это фразеологизмы *лёд крануўся* ‘пачатак чаму-небудзь зроблены’; *лёд паламаны (разбіты)* ‘адносіны паміж кім-небудзь палепшыліся, перашкоды ліквідаваны’; *лёд растае (раставаў)* ‘знікае пачуццё чаго-небудзь (недаверу, непаразумення, адчужанасці і пад.’; *растапіць лёд* ‘ліквідаваць нацягнутасць у адносінах паміж кім-небудзь; *разбіць лёд* ‘ліквідаваць нацягнутасць у адносінах паміж кім-небудзь’; *патрэбны (трэба) як летаšní снег* ‘зусім не, нікольні не (патрэбны, трэба)’.

Заключение

Как показывает анализ фактического материала, в основе большинства фразеологизмов с компонентами-метеонимами лежит метафорическое переосмысление, которое возникает на основе ассоциативно-образного мышления. Наиболее распространёнными схемами метафорического переноса, выявленного при анализе фразеологизмов, являются следующие: физический мир – человек (его внешность, поведение); физический мир – психический мир (личностные качества человека, его поведение); физический мир – социальный мир (положение в обществе, материальное положение)

Таким образом, в белорусском литературном языке фразеологические единицы, которые содержат компоненты-метеонимы снег, лёд, дождь, туман, роса, образно характеризуют человека, его характер, эмоциональное состояние, поведение, жизненные условия и сохраняют в себе культурную информацию о духовно-историческом опыте народа.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Маслова, В. А. Лингвокультурология : учебн. пособие для студ. высш. учебн. заведений / В. А. Маслова. – М. : Academia, 2001 – 202 с.
2. Тлумачальны слоўнік беларускай літаратурнай мовы: Больш за 65 000 слоў / пад. рэд. М. Р. Судніка, М. Н. Крыўко. – 3-е выд. – Мн. : БелЭн, 2002. – 784 с.
3. Лепешаў, І. Я. Слоўнік фразеалагізмаў беларускай мовы. У 2 т. / І. Я. Лепешаў. – Мінск : Беларуская энцыклапедыя імя П. Броўкі, 2008. – 672 с.

УДК 37.011.3-051

А. В. Портнова-Шаховская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

НАИМЕНОВАНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕЙ И ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ В КОНТЕКСТЕ ДИАЛОГА «ПЕДАГОГ – ОБУЧАЮЩИЕСЯ»

Введение

Получение качественного образования предполагает эффективное общение педагога и обучающихся посредством моделирования диалогов, в структуре которых важное место занимают как грамматически верно составленные фразы, максимально точно передающие смысл сказанного, так и обращение к участникам коммуникации. В процессе работы с иностранными студентами появляются вопросы, ответы на которые, на первый взгляд, представляются очевидными, если не углубляться в анализ языкового материала. Почему одни студенты обращаются к преподавателю вуза *учитель*, а другие – *преподаватель*, но никто не использует обращение *педагог*? Почему, зная, что женщина-преподаватель замужем, осознанно обращаются к ней *мисс*? На эти и сопутствующие вопросы мы постараемся ответить с позиции лингвистики.

Цель

Рассмотрение семантико-деривационных особенностей таких наименований специалистов сферы образования, как *учитель* и *преподаватель*, в различные исторические периоды развития русского языка и в разных речевых ситуациях. Лингвистический материал, взятый из словарей русского, белорусского и английского языков, а также литературных произведений, был исследован автором методами лексико-смыслового (синхронического), сравнительно-сопоставительного и этимологического (диакронического) анализа лексических единиц. Лексический материал из русского, белорусского и английского языков был выбран для изучения в данной статье не случайно: в вузах Беларуси дисциплину «Русский язык как иностранный» преподают филологи-билингвы, а для значительной части иностранных студентов английский – это язык обучения будущей профессии.

Результаты исследования и их обсуждение

Русские существительные *уч-и-тель* (←*учить*) и *пре-по-да-ва-тель* (←*преподавать*) являются отглагольными образованиями с прозрачной морфемно-словообразовательной структурой. Как известно, русский, белорусский и английский языки относятся к различным (соответственно, восточнославянской и германской, западноевропейской) группам индоевропейской языковой семьи. При переводе обращаем внимание на то, что в английском языке для обозначения дидактического действия чаще всего используются три глагола: *to learn* «получать навык, узнавать» – русск. *изучать/изучить, узнавать/узнать*; *to study* «учиться в конкретном месте, изучать что-то новое и интересное» – русск. *учиться, обучаться*; *to teach* «учить кого-то, преподавать предмет» – русск. *учить, обучать, преподавать*. Русский глагол *учить* может означать как «учить кого-либо чему-либо, обучать», так и «учить что-то самому, изучать». Сравн., бел. *вучыць/навучаць* – *вучыць/вывучаць*: *Настаўнік вучыць/навучае дзяцей роднай*

мове. – *Настаўнік вучыць/вывучае дадатковы матэрыял*. Глагол *to study* обозначает процесс обучения, а *to learn* – его результат. Основное значение глагола *to learn* – «приобрести какие-либо знания или навыки».

Данные наблюдения над языковым материалом поясняют причины определённых речевых ошибок, которые допускают англоговорящие студенты при изучении русского языка. Так, не всегда (особенно первокурсниками) дифференцируются невозвратные и возвратные глагольные формы: *Студенты учатся в университете / Students study at the university. – Студентов учат в университете / Students are taught at the university*. Традиционно сложна для понимания многозначность (в данном случае, русского глагола учить), влияющая на точность перевода. Например, фразу *Я учу английский* можно перевести двумя английскими предложениями: *I learn English. I study (изучаю) English*. Иностранцы часто не обращают внимание на разные падежные формы именных частей речи, влияющие на значение высказывания: *Я учу английскому языку. – I teach English / Я учу английский язык. – I learn/ study English*. Инофонам, обучающимся на 2-3-м курсах, труден для восприятия учебный материал о синтаксической синонимии, когда одну английскую глагольную конструкцию можно перевести несколькими русскими сочетаниями: *Мы изучаем историю/ учимся у истории/ обучаемся истории, чтобы учиться на ошибках/ изучать ошибки/ узнавать об ошибках прошлого. – We study history to learn from the mistakes of the past*.

В английском языке выбрать нужный глагол помогут однокоренные существительные – *student* (ученик, который обучается) и *teacher* (учитель, который обучает). Семантическая специфика трёх указанных выше глаголов обусловила тот факт, что слово со значением «лицо, которое учит, обучает, преподаёт» образуется только от глагола *to teach*. Поэтому вполне обоснованно, что при обращении к преподавателю вуза иностранные студенты равнозначно используют лексемы учитель и преподаватель, которые на английский язык переводятся одинаково – *teacher*. Порой для англоговорящих обучающихся более значим научный статус преподавателя – доцент, магистр, профессор. Тогда они могут использовать как обращение лексемы-кальки *lecturer* «доцент, лектор», *academic* и *professor* – «профессор», *master* «магистр».

Субъектное значение имеют также другие лексемы: например, *guru* «духовный учитель», *schoolman* «схоласт, учитель, преподаватель», *pédant* «учитель, преподаватель, предельно точный и аккуратный человек». Первое существительное, заимствованное из санскрита, ограничено в употреблении сферой религии: в прямом значении «достойный, великий, важный, тяжёлый, утвердившийся в истине, непоколебимый, учитель, мастер» используется в индуизме и буддизме. Второе – сложный дериват, функционирующий в текстах либо официально-делового (сравн. русск. *школьный работник/ бел. школьны работнік*), либо разговорного (<лат., греч. «школьный»; русск./бел. калька *схоласт/схаласт* «сторонник представлений, оторванных от жизни, основывающихся на отвлечённых рассуждениях») стиля. Третий номинатив был заимствован в русский и белорусский язык из французского, куда, в свою очередь, пришёл из латинского языка. *Педант* [1] – это и рациональный, деловой человек (согласно психологическим исследованиям, людей с такими чертами характера больше всего в скандинавских странах и Германии), и личность с психическими расстройствами (вспомним героя рассказа А.П. Чехова «Человек в футляре»). Следовательно, это слово имеет терминологически связанное значение. Из-за особенностей семантики и сферы употребления все названные лексемы студенты обычно не используют в качестве обращения к преподавателю.

Исторически педагогика – это сфера деятельности мужчин. Так, в Древней Греции *педагогом* называли мужчину-раба, в обязанности которого входила охрана маль-

чиков-афинян с семилетнего возраста от физических и нравственных опасностей, а также элементарное обучение их грамоте. Теорией и практикой современной педагогики занимаются преимущественно женщины. Поэтому логично рассмотреть специфику семантико-derivационной структуры слов с общим значением «женщина, работающая в сфере образования». Хотя ещё во времена Римской империи были педагоги-женщины, учительницы греческого языка при маленьких детях, кадровая эмансипация в системе образования – феномен лишь второй половины XIX в. Этот исторический факт, на наш взгляд, объясняет отсутствие феминитива от существительного *педагог*, а также стилистические ограничения (доминирующая сфера функционирования – разговорная русская речь) в употреблении таких образований, как *учительница* и *преподавательница*.

Русские феминитивы, с одной стороны, конкретизируют речевую ситуацию (становится понятно, какого пола специалист), а с другой, позволяют носителю языка выразить свои эмоции (от умилительно-ласкательного «*учительница* первая моя» до презрительно-негодующего «эта училка поставила мне два»). Негативные чувства к той, кто учит и воспитывает, помогает выразить суффикс *-(л)к-*. У русистов нет однозначного мнения относительно статуса *-л-* в производных словах типа *училка*, *воспиталка*. Одни считают эту часть лексемы самостоятельным суффиксом субстантива, другие – частью единого непродуктивного суффикса [2]. Последнее утверждение представляется нам более обоснованным, т. к. *-л-* – это продуктивный формообразовательный глагольный (а не именной) суффикс. Феминитив *преподавательница* не имеет эмоционально окрашенного варианта с суффиксом *-(л)к-*, вероятно, потому, что, по сравнению с производящим корнем *уч-ить*, корень *препо-да-вать* является менее «личностным». Так, возвратный глагол *преподаваться* образует конструкции с неодушевлёнными существительными в значении субъекта (*дисциплина преподаётся*), а *учиться* – с одушевлёнными (*ребёнок учится*). *Преподаватель* работает со взрослыми людьми, которые, в отличие от детей, более терпимы, толерантны и сдержанны в проявлении эмоций. Данные личностные качества присущи большинству белорусов на ментальном уровне. Возможно, поэтому белорусские феминитивы *настаўніца* и *выкладчыца*, ограниченные (подобно русским соответствия), в употреблении разговорным стилем общения, в отличие от них, эмоционально нейтральны. Эти слова по своей морфемной и словообразовательной структуре максимально схожи с номинативами мужского рода, от которых образованы при помощи суффикса *-й-*, проявляющегося лишь на фонетическом уровне.

Феминитивы обычно не используются в качестве обращения к специалисту сферы образования. Носители русского и белорусского языков обращаются друг к другу по имени-отчеству. Подобное обращение к преподавателю характерно студентам, обучающимся на русском языке. Англоговорящие студенты используют калькированные лексемы *мисс* и *миссис*, первая из которых более активна в речи. Вероятно, данный коммуникативный факт имеет социально-историческое обоснование: европейские и американские женщины получили доступ к высшему образованию лишь с конца 70-х гг. XIX в., следовательно, доля замужних обучающихся и работающих женщин тогда была невелика.

Выводы

Педагоги Беларуси работают в условиях русско-белорусского двуязычия, что влияет на специфику их наименования в процессе профессионального общения. В русскоговорящей языковой среде функционируют две лексемы: общеславянское общеупотребительное *учитель* и церковнославянское книжное *наставник* (фразеологизм *наставлять на путь истинный*): *Замечательно было то уважение, с которым все посетители обращались к Губареву как наставнику или главе* (И. С. Тургенев «Дым»).

Белорусскому языку известно лишь слово *настаўнік*. Русскому существительному *преподаватель* соответствует белорусский эквивалент *выкладчык←выкладаць* «вучыць, займацца педагогічнай дзейнасцю» (калька с русского *излагать*) и «выказать думку» (семантическое заимствование из польского): сравн. русск. *излагать мысли*. [4].

Современное значение лексемы *педагог* – «тот, кто профессионально занимается воспитательной и преподавательской работой; тот, кто имеет способности учить, воспитывать и проявляет это в своей деятельности» [2] – позволяет формировать такие родо-видовые пары, как *педагог – учитель* (бел. *настаўнік*, англ. *teacher*), *педагог – преподаватель* (бел. *выкладчык*, англ. *teacher*), *педагог – воспитатель* (бел. *выхавацель*, англ. *educator*). В данной статье рассмотрены лингвистические особенности слов только первых двух пар – *учитель* и *преподаватель*. Психология общения – необходимая составляющая эффективного диалога. Указанные выше слова функционируют в различных речевых ситуациях и помогают выразить широкий спектр эмоций по отношению к специалисту: от ироничной насмешки до почтительного преклонения. Работник сферы образования может быть охарактеризован и назван по разным параметрам: например, должность (*воспитатель*), социальная роль (*поводырь, просветитель, репетитор*), религиозно-мистическая составляющая (*волхв, корифей*), историческая перспектива (*гувернёр*), интеллектуальный уровень (*знаток*), черты характера (*буквоед, педант*), межпредметные связи (*маэстро*), отношение к профессиональной деятельности (*урокодатель*) [3]. Лингвистические исследования указанных лексем представляются нам перспективными.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Билич, Г. Л. Большой толковый медицинский словарь (Oxford) / под ред. проф. Г. Л. Билича. – Т. 2. – Москва : Вече, 1999. – 608 с.
2. Новый словарь русского языка. Толково-словообразовательный : В 2 т. / Т. Ф. Ефремова. – Москва : Дрофа, 2000.
3. Контекстный русско-англо-русский словарь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://en.kartaslov.ru>. – Дата доступа: 19.0.2023.
4. Беларуская Палічка [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://knihi.com/none/Etymalahicny_slounik_bielaruskaj_movy_zip.html. – Дата доступа: 19.0.2023.
5. Лексикографический интернет-портал: онлайн-словари русского языка [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://lexicography.online/etymology>. – Дата доступа: 19.0.2023.

УДК 797.212.4-053.5

О. Т. Раловец, В. С. Новик, А. В. Чевелев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

Гомельский колледж-филиал учреждения образования

«Белорусский государственный университет транспорта»,

г. Гомель, Республика Беларусь

МЕТОДИКА ОБУЧЕНИЯ ПЛАВАНИЮ КРОЛЕМ НА ГРУДИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Введение

Одним из жизненно важных направлений физического воспитания детей и учащейся молодежи является обучение навыкам плавания.

СЕКЦИЯ

Социально-гуманитарные дисциплины и физическое воспитание

На уроках по плаванию у детей и подростков формируется жизненно важный навык, повышается уровень физической подготовленности и вырабатывается защитная реакция организма к простудным заболеваниям. Стоит отметить, что проблеме обучения и совершенствования техники спортивных способов плавания посвящено значительное количество [1, 2].

Цель

Разработать и экспериментально обосновать методику обучения плаванию кроль на груди детей младшего школьного возраста.

Задачи исследования

- изучить различные методики обучения и совершенствования техники плавания кролем на груди;
- разработать и апробировать средства и методы обучения технике плавания кроль на груди.

Материал и методы исследования

Анализ научно-методической литературы, педагогическое наблюдение, педагогический эксперимент, контрольные испытания (тестирование), методы математической статистики.

Результаты исследования и их обсуждения

Базой исследования стала СДЮШОР по водному поло г. Гомель, Республика Беларусь. На начальном этапе педагогического эксперимента были две группы: контрольная (КГ) – 14 мальчиков и экспериментальная (ЭГ) – 12 мальчиков. ЭГ группа учащихся из 12 человек из различных школ города Гомеля занималась по авторской методике обучения плаванию кроль на груди. Педагогический эксперимент проводился с учащимися 2-х классов 7–8 лет на протяжении 16 занятий по 45 минут совершенно не умеющих плавать, не имеющих практических умений и навыков в плавании. Занятия проводились 2 раза в неделю. Педагогический эксперимент проводился в I четверти учебного года. КГ занималась в рамках программного материала по плаванию для 2-х классов.

Для решения задачи по обучению плаванию были задействованы специальные упражнения «на суше» и различные подготовительные в воде.

В бассейне все упражнения выполняются на мелкой части.

На суше:

- выполняются имитационные гребковые движения руками;
- выполняются имитационные движения работы ног кролем;
- общеразвивающие упражнения;
- разучивание упражнений и элементов предстоящих выполнять в воде.

В воде выполняются упражнения:

- различные прыжки на месте и продвигаясь по дну бассейна;
- хождение по дну бассейна, руки при этом должны находиться в воде и выполнять гребковые движения;
- игры, «кто быстрее добежит от бортика к бортику»;
- упражнения на задержку дыхания с опорой, стоя на дне бассейна и при этом опускание лица под воду;
- упражнения на задержку дыхания с опорой, стоя на дне бассейна по команде и под счет (строго несколько секунд) с последующим увеличением времени нахождения под водой;
- упражнение «звездочка» лежа на груди с опорой руками за бортик, под счет с последующим увеличением времени нахождения под водой;

СЕКЦИЯ

Социально-гуманитарные дисциплины и физическое воспитание

- выполнение скольжения с плавательной доской, с опусканием головы под воду, под счет с последующим увеличением времени проплывания;
- выполнение упражнения «звездочка» на груди без опоры, под счет с последующим увеличением времени нахождения под водой;
- выполнение упражнения «попловок», под счет с последующим увеличением времени нахождения под водой;
- доставание игрушек со дна бассейна;
- выполнение скольжения «стрелочкой»;
- выполнение выдохов в воду с опорой возле бортика;
- работа ног кролем на груди возле бортика;
- плавание отрезков с работой ног кролем на груди с доской;
- плавание отрезков ног кролем на груди с доской и подниманием головы вперед для вдоха;
- плавание на боку с работой ног кролем с доской;
- плавание на груди с работой ног кролем держать доску одной рукой, вдох в сторону прижатой руки;
- плавание отрезков с работой ног кролем на груди с доской и выполнения гребка одной рукой;
- плавание отрезков с работой ног кролем на груди с доской и выполнение попеременных гребков руками;
- плавание с работой ног кролем на груди без доски, одна рука впереди, вдох в сторону прижатой руки;
- плавание кролем на груди в полной координации на задержке дыхания;
- плавание кролем на груди упражнение «сцепление»;
- плавание кролем на груди в полной координации.

Все упражнения выполняются по порядку и после полного освоения предыдущих. В ходе опытно-экспериментальной работы использовались следующие методы обучения плаванию: словесный, наглядный, практических упражнений с акцентом на методы развития двигательных качеств. Также на занятиях плаванием применялись следующие методы ведения урока: фронтальный, индивидуальный, поточный и форма организации обучения плаванию: групповая.

На завершающем этапе было проведено тестирование, показатели в КГ и ЭГ представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты в КГ и ЭГ после эксперимента

Группа	Дистанция плавания	
	13 м ноги кроль на груди	13 м кроль на груди в полной координации
КГ, n=14	50 % обучающихся	26 % обучающихся
ЭГ, n=12	90 % обучающихся	70 % обучающихся

Анализ результатов исследования показал, что в ходе педагогического эксперимента как у детей контрольной, так и экспериментальной групп произошли положительные изменения показателей уровня плавательной подготовленности. Однако в процентном соотношении результаты у детей ЭГ значительно улучшились: в плавании на дистанцию 13 м с работой ног кролем и плавании 13 м кролем на груди в полной координации.

Заключение

Результаты педагогического эксперимента показывают эффективность авторской методики обучения плаванию кролем на груди. Так, результаты у детей ЭГ в процентном соотношении к КГ в плавании на дистанции 13 м с работой ног кролем на 40% выше, а в плавании на дистанции 13 м кролем на груди в полной координации на 44% выше.

Данное исследование не решает всей проблемы обучения плаванию детей младшего школьного возраста, также остаются актуальными проблемы обучения другими способами плавания детей младшего школьного возраста.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдиенко, В. Б. Методологические основы подготовки пловцов / В. Б. Авдеевко // Физическое воспитание и спортивная тренировка – 2019. – № 1 (27). – С. 73–83.
2. Протченко, Т. А. Обучение плаванию дошкольников и младших школьников : практ. пособие / Т. А. Протченко, Ю. А. Семенов. – М. : Айрис-пресс, 2003 – 80 с.

УДК 811.111’373.42

И. А. Русаленко, М. Ю. Сенчук

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПАРОНИМИЯ В СОВРЕМЕННОМ АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ: ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Введение

Статья посвящена исследованию проблемы паронимии в английском языке. Авторы рассматривают различные подходы к изучению этого явления в лингвистике, дают различные классификации и характеристики паронимов, анализируют их функциональные свойства в английском языке. Практическая значимость исследования паронимии заключается в том, что его результаты могут быть использованы как в обучении английскому языку на разных этапах, в частности в изучении отдельных аспектов языка, таких как терминология, стилистика, лексикология и перевод текста. Пароним – (греч. *para* “около”, *onoma* “имя”) схожие по форме слова с разным значением [2]. Это слова, которые можно легко перепутать вследствие незнания значений этих слов или некомпетентности человека, который их употребляет. Иногда слова можно спутать при оговорках. Паронимы - это слова, которые вследствие сходства в звучании и частичного совпадения морфемного состава могут либо ошибочно, либо каламбурно использоваться в речи.

Тем, кто изучает английский язык, нужно быть особенно внимательными, потому что в английском есть противопоставления — оппозиции — отсутствующие в русском языке. Классический пример — противопоставление гласных звуков в таких словах, как **leave** (*покидать*) — **live** (*жить*), **date** (**дата**) - **data** (**данные**), **affect** (*влияние*) — **effect** (*эффект*) и т.д.

В современной лингвистике отсутствует единый подход к определению термина «пароним». Согласно словарю лингвистических терминов Д. Э. Розенталя паронимы — это однокоренные слова, близкие по звучанию, но разные по значению или частично со-

впадающие в своем значении [4]. В языкознании преобладает мнение, что паронимами являются только однокоренные слова, принадлежащие к одной части речи.

Цель

Изучить паронимию современного английского языка с точки зрения ее стилистических возможностей и национально-языковых особенностей, а также дать характеристику паронимам английского языка, определить их основные виды, исследовать их функциональные свойства и классифицировать их по структуре и семантике.

Материал и методы исследования

Актуальность темы подкрепляется своеобразием лингвистического аспекта английской паронимии и отсутствием специальных исследований, посвященных идиоэтнической специфике паронимии в английском языке.

Исследование проводилось на основе комплексного использования различных методов, включающих лингвистическое наблюдение и описание, систематизацию полученных данных, элементы лингвостилистического и компонентного анализа.

Теоретическая значимость исследования состоит в углублении и систематизации существующих представлений о явлении паронимии вообще и о специфике паронимов английского языка.

Практическая значимость работы заключается в том, что полученные результаты могут быть использованы в практике преподавания английского языка: на лекционных и семинарских занятиях по лексикологии и стилистике, терминологии и при переводе.

Результаты исследования и их обсуждения

По семантике паронимы традиционно делятся на полные, неполные и синонимические.

1. *Полные паронимы* – это абсолютные паронимы, похожие по написанию и звучанию, с ударением на одном и том же слоге, но выражающие разные смысловые понятия, например, ensure / assure, future / futures, extend / expend, acquire / enquire, impose / dispose.

2. *Неполные паронимы* – это паронимы, относящиеся к одной области понятий, имеющие похожее написание и звучание, но в которых наблюдается неполное разделение объёма значений, что вызывает их сближение, например, multinational / international, analytic / analytical.

3. *Синонимические паронимы* – это паронимы, похожие по написанию и звучанию и имеющие одинаковое значение, например, licence / license, labour / labor, cheque / check, enquire / inquire и др. Из приведенных примеров видно, что в английском эту категорию составляют в основном слова британского и американского вариантов английского.

И еще один вид паронимов, который необходимо отметить – это *межъязыковые паронимы*, так называемые «ложные друзья переводчика». Они представляют особые трудности в переводческой практике и в преподавании английского языка. Это слова, которые в значительной степени совпадают по написанию и звучанию, но в плане содержания и по употреблению полностью не соответствуют друг другу [1]. Ярким подтверждением этого могут служить псевдоинтернационализмы лексики, как правило, вызывающие большое количество ошибок у студентов начальных курсов, например, obligation / bond / облигация, magazine / shop / магазин, graphic / schedule / график, direction / board of directors / дирекция, action / stock / акция, active / asset / актив, data / date / дата, order / warrant / ордер, technique / technology / техника и др. Исторически «ложные друзья переводчика» являются результатом взаимовлияний языков, в

ограниченном числе случаев могут возникать в результате случайных совпадений, а в родственных, особенно близкородственных, языках основываются на родственных словах, восходящих к общим прототипам в языке-основе [3].

Также существует традиционная классификация паронимов и по структуре: их можно дифференцировать как аффиксальные, корневые и этимологические.

Корневые паронимы имеют разные корни, внешнее сходство которых является чисто случайным: рус. экскаватор – эскалатор; англ. live – leave. Общей мотивацией и семантической связью такие паронимы не объединены.

Аффиксальные паронимы имеют общую мотивацию и общую семантическую связь, а также общий корень, но разные аффиксы, за счет чего меняется и их звучание, и значение. Например: to rich – to enrich, to built- to rebuilt.

Суффиксальные паронимы объединены общей мотивацией и общей семантической связью. Они имеют общий корень, но разные, хотя и сходные деривационные аффиксы: *historic – historical*. Суффиксальная паронимия широко распространена в медицинской и химической терминологии, где не только корни, но и суффиксы имеют терминологическое значение. Так, например, суффикс -ид в химической терминологии обозначает соль, молекулы которой не содержат атомы кислорода (хлорид, сульфид и так далее), а -ат – соли, содержащие атомы кислорода (сульфат, карбонат и так далее).

Этимологические паронимы возникают вследствие заимствований из близкородственных языков или даже одного и того же языка либо неоднократного заимствования в английский из других языков. Хорошим примером заимствований из одного и того же языка могут послужить слова frail и fragile. Оба они произошли от латинского fragilis, но слово frail образовалось вследствие постепенного изменения формы в ходе истории, а fragile напрямую заимствовалось из латыни.

Подводя итог вышесказанному, необходимо отметить, что, несмотря на то, что сложились два основных подхода к изучению явления паронимии, в современной лингвистике довольно противоречивые взгляды на эту проблему. Что касается английского языка, говорить о том, что паронимы представляют собой уже сложившуюся подсистему в общей системе лексики языка, преждевременно. При отделении паронимов от вариантов слов, однокоренных синонимов и т. п., возникают непреодолимые трудности, т. к. паронимы не обладают достаточно устойчивыми признаками, позволяющими выделить их в отдельную подсистему. Ниже приведем список паронимов, чаще всего вызывающих трудности:

day (день) – date (дата)
feel (чувствовать) – fill (наполнять)
bear (медведь) – beer (пиво)
path (тропа) – pass (пропуск)
shadow (отбрасываемая тень) – shade (прохладное место)
sensitive (чувствительный) – sensible (разумный)
sweet (сладкий) – sweat (пот)
loose (свободный) – lose (терять)
wander (бродить) – wonder (удивляться)

Проблематика паронимии и смежных семантико-звуковых явлений - неотъемлемая часть изучения разговорной речи. Экспрессивные возможности паронимии открывают широкие перспективы для исследовательской работы в этой области. Необходимо признать, однако, что и на сегодняшний день паронимия и явления, сопряженные с нею, исследованы недостаточно полно.

Заключение

При встрече со словами-паронимами им следует уделять особое внимание. Представляется целесообразным вводить паронимы, семантизируя их через синонимы и антонимы, по мере возможности снабжая каждую пару (ряд) примерами сочетаемости. В случае, когда паронимы английского языка имеют свои «паронимические пары» в русском языке (economic/economical - экономический/экономный), представляется возможным эти конкретные пары вводить переводным способом, что способствует повышению культуры речи родного языка. Поэтому изучение паронимов в современном английском языке необходимо с точки зрения богатства их стилистических возможностей и национально-языковых особенностей.

Проанализировав происхождение и классификацию паронимов, можно сделать вывод: для ежедневного использования английского языка эта теоретическая информация не нужна. А важным кажется именно внимательность, чтобы случайно не прочитать одно слово вместо другого, а также фонетический аспект — произносите так, чтобы вас правильно поняли.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Комиссаров, В. Н. Практикум по переводу с английского на русский / В. Н. Комиссаров. – М., 2005. – 325 с.
2. Варникова, А. П. Непохожие значения похожих слов / А. П. Варникова. – М., 2007. – 178 с.
3. Гарбовский, Н. К. Перевод как лингвистическая проблема / Н. К. Гарбовский. – М. : Изд-во МГУ, 1982 – 245 с.
4. Елисеева, В. В. Лексикология английского языка / В. В. Елисеева. – СПб. : Филол. фак. СПбГУ, 2005. – 80 с.

УДК 94(476)»18/19»:323.1

А. А. Сироткин

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

БЕЛАРУСЬ В КОНЦЕ XIX – НАЧАЛЕ XX В. СОЦИАЛЬНАЯ БАЗА БЕЛОРУССКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ДВИЖЕНИЯ

Введение

К началу XX в. белорусы, не имея своей государственности и находясь в рамках многонациональной Российской империи, активно включились в борьбу за свое социальное и национальное освобождение.

Цель

Дать ответ на вопрос, каковы были условия и социальная база формирующегося белорусского национального движения.

Основная часть

Процесс индустриализации и развитие капиталистических отношений в хозяйстве белорусского края, начиная со второй половины XIX века, постепенно размывал границы ранее сформированных социальных общностей. Под воздействием разных

факторов (исторических, политических, экономических, национальных и религиозных) в Беларуси сложилась значительная диспропорция в представительстве местных этнических общностей в городском и сельском населении, в промышленности и торговле, в административном аппарате, сферах образования и культуры. Наиболее существенно это отразилось на «коренной нации» - белорусах, представленных, в основном, крестьянскими массами с небольшой долей рабочих и тонкой прослойкой буржуазии [1, С. 215–216].

Введенная указом Екатерины II 23 декабря 1791 г. черта оседлости для евреев способствовала гиперконцентрации представителей этого народа в городах и местечках Беларуси. Исходя из данных общероссийской переписи 1897 г, евреи составляли около 53,5% населения белорусских городов, в то время как белорусы в этом списке были только третьими (около 16%) после «великороссов» [2, С. 108].

В промышленном производстве, сконцентрированном в городах, белорусов было задействовано примерно 2,8%, а в сфере торговли – 0,3%. Почти вся местная торговля и частный финансовый капитал в белорусских губерниях контролировались еврейскими предпринимателями, крупными польскими и российскими землевладельцами [3, С. 13]. Белорусом, который жил в конце XIX века и сформировался в замкнутом сельском окружении, большие города воспринимались как чужой и во многом враждебный мир. Даже выходцы из сельской шляхты, попадая в польско-еврейский Вильно или еврейско-российский Минск, ощущали себя инородным телом и переживали мощный психологический стресс.

Оценивая экономическое развитие Беларуси в конце XIX – начале XX века, необходимо отметить, что в этот период происходил устойчивый рост местного сельского хозяйства и промышленности. Этот рост в «Северо-Западном крае» в 1909 г., в сравнении с 1903 г., составил 61,7% [3, С. 11]. Это означало, что ежегодная производительность экономики Беларуси увеличивалась, примерно, на 7%. Однако нужно сказать, что основу промышленности белорусских губерний составляли не крупные, а небольшие предприятия, связанные с переработкой сельскохозяйственной продукции, лесных и минеральных ресурсов (производство спирта, сахара, крахмала, спичек, бумаги, строительных материалов, сигарет и табака, стеклянных и кожевенных изделий). Экономический «бум» не затронул отрасли машиностроения, металлургического и текстильного производства [1, С. 203].

К 1913 г. доля промышленной продукции в народном хозяйстве Беларуси составляла 25% (против 42% в России). В то же время и сама Россия, по сравнению с развитыми европейскими государствами и США, была страной «догоняющего типа». Поэтому как в России, так и в Беларуси сложилась историческая ситуация, получившая название «наложение исторических эпох». Это и обусловило переплетение трех групп противоречий: феодальных (между крестьянами и помещиками), переходных от феодализма к капитализму (между классами и слоями буржуазного общества и остатками феодализма и абсолютизма) и капиталистических (между трудом и капиталом). В Беларуси эти противоречия усиливались нерешенностью национальной проблемы.

Самодержавие, сдерживая общественное развитие, пыталось пресечь набирающее силу белорусское национально-освободительное движение. Его опорой в этой борьбе были помещики (в пяти белорусских губерниях проживали семьи 283522 дворян-помещиков, владевших 33339 имениями). Сохраняя политическое господство, они были заинтересованы, прежде всего, отстаивать свое право частной собственности на землю. Это сближало их с местной буржуазией. Однако белорусская либеральная буржуазия не имела сильных политических позиций в крае. В начале XX века из 80 тысяч

средних и крупных предпринимателей и торговцев в Западном крае белорусская буржуазия представляла незначительную силу: 20 тысяч человек (25%) [4, С. 67]. Отличаясь неоднородностью, она в процессе своего формирования и развития слабо проявляла политическую активность. Тем не менее, нарождавшаяся буржуазия и помещики, хотя между ними и не могло быть прямого союза, были заинтересованы ограничить своими интересами развивающееся в Беларуси национально-демократическое движение. Нарастание противоборства между революционно-демократическими силами и сторонниками правительственной ориентации сблизило помещиков с буржуазией, заставив консервативную часть последней сдвинуться вправо, но вместе с тем, включиться в создание либеральной оппозиции самодержавию. Нерешенность аграрного вопроса существенным образом влияло на развитие национально-освободительной борьбы трудящихся. В ликвидации крепостнических пережитков (крупного помещичьего землевладения, выкупных платежей, сервитутов и др.) были заинтересованы не только крестьяне, но и широкие слои трудового народа. Национальный и аграрный вопросы взаимно переплетались и были той основой, на которой развивалось белорусское национально-освободительное движение. Все его участники постепенно осознавали, что решение социальных вопросов, и прежде всего аграрного, тесно переплетенных в тугой узел противоречий, невозможно осуществить без свержения самодержавия. Борьба за решение коренных демократических задач оставила глубокий след в сознании всех слоев белорусского общества, существенно повлияла на специфику белорусской общественно-политической мысли, что выразилось в неизменном присутствии социальной и национальной проблемы в идеологии всех общественных течений, которые развивались тогда в Беларуси в рамках национального движения.

Заключение

Крайние точки зрения на социальную базу белорусского национального движения, когда, с одной стороны, утверждалось, что на этапе демократической революции национальное движение было исключительно крестьянским, а, с другой стороны, абсолютизировался его буржуазно-демократический и либерально-буржуазный интеллигентский характер – примирены. В белорусском национальном движении участвовали представители всех социальных слоев: рабочие, крестьяне, интеллигенция, землевладельцы, чиновники. Однако его ведущей социальной силой оставалось крестьянство. В белорусском национально-освободительном движении взаимодействовали два потока – буржуазно-демократический и революционно-демократический.

Такая оценка дает представление о социальном содержании белорусского национального движения и признает, что каждый класс стремился вложить свои социальные устремления в характер и цели этого движения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гісторыя Беларусі : У 6 тамах. Т 4. Беларусь у складзе Расійскай імперыі (канец XVIII – пачатак XX ст.). – Мінск, 2005. – С. 519.
2. Рацько, А. С. Нацыянальны склад насельніцтва гарадоў Беларусі на матэрыялах 1-га Усерасійскага перапісу 1897 года // Исламская культура татараў-мусулман Беларусі, Літвы і Польшчы і яе ўзаемаадзеянне з беларускай і іншымі культурамі : Другая міжнародная навукова-практычная канферэнцыя, Мінск, 19-20 мая 1995 г. – Мінск, 1995. – С. 226.
3. Ляхоўскі Уладзімір, Чарнякевіч Андрэй. “А хто там ідзе”. Беларускі рух на мяжы XIX і XX стагодзяў і пачаткі ідэі незалежнасці Беларусі // Arche. – 2017. – № 4. – С. 304.
4. Октябрь 1917 и судьбы политической оппозиции. Ч. II : У истоков политического противостояния : материалы и документы по истории общественных движений и политических партий Республики Беларусь. – Гомель, 1993. – С. 228.

УДК 811.161.1'243:378.016

М. Г. Ситникова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

РУССКИЕ И ХИНДИ ПАРЕМИИ О ГОСТЕПРИИМСТВЕ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ РКИ В ЦЕЛЯХ ПОЛИКУЛЬТУРНОГО ВОСПИТАНИЯ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Введение

Пословицы являются отражением многовекового опыта жизни людей и ее осмысления, паремии русского и хинди языков вобрала в себя многовековой опыт культурных традиций русского и индийских народов, они являются ценным источником информации о народной духовной культуре, верованиях и обычаях людей, их представлениях о добре и зле.

Лаконичная форма пословицы и ее яркая образность, морально-этическая и дидактическая проблематика делают методически целесообразным использование этого жанра народного творчества при обучении инофонов русскому языку, поскольку включение паремий в корпус учебных текстов и их сопоставление с паремиями родного языка обучаемых позволяет интенсифицировать формирование вторичной языковой личности инофона и значительно расширить его знания о культуре изучаемого языка.

Пословицы всех народов мира фиксируют значимость для представителей различных культурных традиций общечеловеческих ценностей доброты, сотрудничества, взаимопомощи, милосердия и патриотизма.

Дидактичность как одна из характерных особенностей паремии делает эффективным их использование на практических занятиях по РКИ с целью воспитания нравственности студентов.

Использование паремиями каждого языка уникального лексического материала родного языка и отражение в них уникальных культурных традиций и культурных реалий делает целесообразным включение паремий в аудиторные и внеаудиторные формы работы преподавателя по формированию межкультурной компетенции студентов, так как паремии демонстрируют и уникальное своеобразие культуры народа, и единство в понимании общечеловеческих ценностей представителями разных культурных традиций.

Одним из таких концептов языковой картины мира, демонстрирующих как единство в понимании общечеловеческого культурного опыта и базовых ценностей добра и сотрудничества, так и уникальное своеобразие культуры и исторического опыта каждого народа, является концепт гостеприимства.

В хинди и русских пословицах часто упоминается важность обычаев гостеприимства в русской и индийской культурных традициях.

Цель

Стал сопоставительный анализ пословиц о важности гостеприимства в хинди и в русском языке. С использованием паремиологических сборников и словарей нами была выделена обширная группа русских и хинди пословиц с номинациями различных групп гостей в зависимости от степени их родства с хозяевами дома, их имущественного положения, сословного статуса, общественного или семейного положения.

Материалы и методы исследования

Нами были использованы метод семантического анализа и сопоставительный метод.

Объектом нашей работы стал сопоставительный анализ русских и индийских пословиц о гостеприимстве, которые представлены большим числом единиц, концентрирующих общечеловеческие морально-этические нормы и уникальные культурно-исторические традиции русского и индийского народов.

Результаты исследования и их обсуждение

В корпусе паремий сборника «Пословицы русского народа» Даля среди паремий о гостеприимстве наибольшей многочисленностью характеризуется группа пословиц о необходимости уважительного отношения хозяев дома к гостям любого социального статуса и достатка: *Бог велит всех знать (со всеми знаться). Садись, так гость будеть. Пришел — не стой: хозяина не томи.*

Пословицы декларируют требование оказания уважения гостю: *Честь гостю приложена, а убытку бог избавил. Гостю почет — хозяину честь. Гость доволен — хозяин рад.*

Пословицы свидетельствуют о традициях гостеприимства русского народа даже по отношению к недругам: *В поле враг, дома гость: садись под святые, починай ендову.*

Паремии фиксируют бытование традиции приглашения к столу даже незнакомцев и обязательное предшествование угощения расспросам о цели визита и личности гостя: *Не спрашивают: чей, да кто и откуда, а садись обедать*

В русских пословицах большую группу составляют пословицы о высоком, сакральном статусе гостя, его связи его появления в доме не с личным речением человека, но с волей высших сил: *Гость в дом, а бог в доме. Бог на стене, хлеб на столе.* Пословицы наделяют гостя почти божественным статусом, связывают его приход с волей высших сил, бога, судьбы, проведения: *Принес бог гостя, дал хозяину пир.*

Паремии фиксируют верховенство права хозяина дома руководить пиром и угощением: *Гость во власти хозяина. В гостях, что в неволе. У себя, как хочешь, а в гостях, как велят. Гость хозяину не указчик. В чужом доме не осуждай! Что поставят, то и кушай, а хозяина в доме слушай!*

Послушание хозяину дома и нормы вежливости пословицы ставят выше необходимости соблюдать церковные посты: *Среда и пятница в чужом доме не указчица.*

Пословицы о характеристиках гостя можно поделить на две подгруппы. В первую подгруппу можно отнести пословицы о хорошем, добром госте и его характеристиках, среди которых преобладает вежливость и неразборчивость в угощении, скромность и добрый нрав: *Хороший гость хозяину в почет. Доброму гостю хозяин рад. Дай бог гостя доброго, да непереборчивого. (неразборчивого).*

Основным недостатком плохого гостя пословицы называют излишнюю привередливость в еде, высокомерие: *Ломливый гость голодным уходит.* Пословицы о незваных гостях в своем большинстве имеют положительнооценочное значение: *Незванный, да желанный. Желанный гость зову не ждет. Нежданный гость лучше жданных двух.*

Пословицы отмечают долг хозяев организовать вкусное и сытное угощение для гостей, а гость, явившийся без приглашения, на подобное угощение рассчитывать не может и причиной трат хозяев не становится, поэтому пословицы говорят о его «легкости»: *Незванный гость легок, а званный тяжел (на званого все паси: званный приема ждет). Званный гость убыточен. На званого гостя угодить надо.*

Одна из самых многочисленных подгрупп в группе русских пословиц о гостеприимстве – пословицы о необходимости угощать гостей и этикете угощения: *Умел в гости звать, умей и встречать (угощать). На что и звать, коли нечего дать. Умей у людей по-*

гостить, и к себе запросить, до ворот проводить и опять воротить. Гостя потчуй, покуда через губу не перенесет (т. е. не сможет).

Но и излишней навязчивости в угощении гостей пословицы не одобряют: *Потчевать потчуй, а неволить не неволь. Гостю честь, коли воля есть.* Пословицы упоминают о влиянии достатка и богатства человека на то, насколько желанным гостем он является и как часто его зовут в гости: *Богатому везде дом. Совушка-вдовушка и незванная идет. Не ломлив бы парень, да в гости не зовут.*

Неодобрительно отзываются паремии о тех, кто чрезмерно злоупотребляет чужим гостеприимством: *Пошел в гости глотать кости. Едет дед искать обед. Поди в гости смело, коли дома нет дела. Где пиво пьют, тут и нам приют. Где блины, тут и мы; где оладьи, там и ладно. Кабы знать, что у кума пировать, и ребяташек бы привел.*

При этом пословицы отмечают положительное влияние дружеских посещений, радость хозяев дома от визита гостей: *Гость на гость – хозяину радость. Не будь для куса, будь для друга. Не дорога гостьба, дорога дружба. Гостю почет – хозяину честь. Гость доволен – хозяин рад.*

Пословицы языка хинди также отмечают сакральную роль гостя и необходимость оказывать ему почет и уважение даже если гость является врагом: *Зашедший в дом и враг – гость. У себя в доме и врага не след убивать. Хочешь не хочешь, а я твой гость.*

При этом пословицы Северной Индии также отмечают важность соблюдения гостями законов и обычаев хозяев дома: *К летучим мышам гости пришли (и слышат): Мы висим, и вы повисайте!*

В пословицах Северной Индии нашло отражение более доброжелательное отношение к богатому гостю: *У кого дома каша на молоке, того и в гостях молочной кашей потчуют.*

Незванного гостя пословицы оценивают отрицательно, подчеркивая, что на особенное угощение он рассчитывать не может: *Незваного гостя никто не чтит.*

В пословицах отражены особые, уникальные традиции гостеприимства, связанные с традиционным отношением между членами семьи: *Тестя дом — обитель счастья, коль живешь там два-три дня. Тестя дом — обитель счастья, но дня на три, на четыре, чтоб тугфлей не угостили.* Данные пословицы иллюстрируют уникальные традиции индуистской культуры, где после свадьбы обеспечение жены становится долгом супруга и любые попытки зятя пользоваться материальными благами из имущества тестя, даже долго гостить в его доме, осуждаются.

Пословица *Давно уже слезы копила, а тут как раз братец в гости пришел (женск.).* отражает низкий статус невестки в доме свекрови, запрет невестке проявлять негативные эмоции и жаловаться, а также обычай встречать редких гостей из родного дома слезами для демонстрации своей тоски и любви к ним.

Многочисленна группа пословиц о недопустимости затягивать любой визит надолго: *Один день — гость, на другой — нахлебник. Почет (гостю) уменьшается при частых посещениях. Гость-то дорог, да не больше дня-дву. День — гость, два дня — гость, а на третий — смертная напасть.*

Преподаватель русского языка как иностранного может на практических занятиях по РКИ использовать пословицы о гостеприимстве для изучения лексики активного словарного запаса даже на элементарном этапе изучения русского языка инофонами. Для ознакомления студентам могут быть предложены русские пословицы о гостеприимстве с 1) названиями членов семьи; 2) названиями продуктов питания; 3) названиями посуды; 4) названиями мебели и иных предметов домашнего обихода; 5) названиями диких и домашних животных; названиями праздников календарно-обрядового цикла или церковного календаря и др.

Пословицы могут быть предложены в качестве тем для создания студентами монологического высказывания для развития навыков устной и письменной речи на русском языке.

Сопоставление русских и хинди пословиц о гостеприимстве помогает студентам не только стимулировать их мотивацию к построению высказывания с целью донесения своей позиции в обсуждении вызывающей интерес молодых людей темы, но и позволяет инофонам увидеть уникальное своеобразие родного и изучаемого языков и единство общечеловеческих моральных ценностей для представителей разных культурных традиций.

Пословицы русского языка могут быть включены в упражнения по тренировке навыков использования тех или иных падежных форм, в качестве фонетического материала для формирования навыков произношения звуков русского языка, на занятиях по лингвокультурологии в качестве иллюстрации тех или иных традиций или праздников.

Заключение

Пословицы о гостеприимстве иллюстрируют универсальность ценностей гостеприимства, добрососедства и взаимоуважения для людей всех народов мира на уникальном лексическом материале русского и хинди языков, их включение в содержание аудиторных и внеаудиторных занятий с иностранными студентами-медиками способствует повышению мотивации инофонов в изучении русского языка и культуры и интенсифицирует процессы успешного формирования у них вторичной языковой личности, а также готовность к межкультурному общению и доброжелательное отношение к представителям различных культурных традиций.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пословицы Северной Индии / А. С. Бархударова [и др.]. – СПб. : Центр «Петербургское Востоковедение», 1998. – 384 с. (Серия «Orientalia»).
2. Даль, В. И. Пословицы и поговорки русского народа / В. И. Даль. – Москва : Художественная литература, 1984. – 383 с.

УДК 614.252.1:316.61

Ж. И. Трафимчик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОБЩЕКУЛЬТУРНЫЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ

Введение

Меры, направленные на повышение качества оказания медицинской помощи в различных сферах профессиональной деятельности врачей, определяют необходимость стандартизации медицинского образования, отражающей требования практического здравоохранения к квалификации медицинских кадров. Эти требования регламентируются, прежде всего, профессиональными стандартами и государственными образовательными стандартами. Государственные образовательные стандарты высшего образования по медицинским специальностям определяют необходимый набор компетенций,

составляющих основу квалификационной характеристики врачей. Взаимосвязь требований профессиональных и государственных образовательных стандартов отражается в образовательных программах, которые определяют содержание профессионального образования, обеспечивающего получение квалификации врача [1].

Цель

Определение значения и роли общекультурных и профессиональных компетенций, составляющих основу квалификационной характеристики врача.

Материалы и методы исследования

Общенаучные методы – гипотетико-дедуктивный метод и описательный метод, представленный приемами классификации, обобщения и интерпретации текстов различных научных парадигм, направленной на осмысление сущности изучаемого явления.

Результаты исследования и их обсуждение

Современное профессиональное образование находится на стадии реформирования: создания единой системы непрерывного профессионального образования, интеграции внутреннего и международного рынка образовательных услуг, развития инновационного потенциала вуза, которые в совокупности направлены на повышение качества образования. Конечным результатом деятельности высшего учебного заведения является профессиональная подготовка мобильного профессионально-компетентного выпускника. Реализация государственного образовательного стандарта высшего образования направлена на переход обучения с когнитивной на компетентностную модель обучения и воспитания, а также изменения качества профессионального образования, которые просматриваются через все составляющие образовательной системы: стандарты и программы; системы управления; квалификации научно-педагогических кадров, качества образовательных услуг; условия обучения; самообучения и самовоспитания студентов, результатов обучения. Компетентностный подход в вузе актуализирует проблемы моделирования выпускника, преемственности и непрерывности обучения, формирования и оценивания уровней сформированности общекультурных и профессиональных компетенций на разных этапах обучения студентов по конкретным направлениям подготовки [2].

В современном медицинском образовании компетентностный подход усиливает акцент на результатах обучения. Иными словами, происходит перенос акцента с содержания (чему учить?) на результат (что должен уметь выпускник?). Ориентация на результат обеспечивает гибкость процесса обучения, сопоставимость результатов разных уровней образования, преемственность между результатами освоения образовательных программ, что является необходимым условием непрерывности медицинского образования и непрерывного профессионального развития врача. Основным критерием оценки качества медицинского образования выступает профессиональная компетентность как «интегральная характеристика специалиста, которая определяет его способность решать профессиональные проблемы и типичные профессиональные задачи с использованием знаний, умений, опыта, ценностей». Способность в данном случае понимается не как предрасположенность, а как умение. Следует обратить особое внимание на такую характеристику компетентности, как ценностное отношение специалиста к выбору решения задачи. Компетентность всегда проявляется в органичном единстве с ценностями человека, так как только при условии ценностного отношения к деятельности и личностной заинтересованности достигается высокий профессиональный результат. Компетентность врач-специалиста состоит из его компетенций в определенном виде профессиональной деятельности (диагностической, лечебной, профилактической и др.), формируемых в учебном процессе [1].

Зарубежные исследователи медицинской школы Мичиганского университета Кайла М. Маркотт и Ларри Д. Группен рассматривают медицинское образование, основанное на компетенциях (CBME – competence-based medical education), как подход к разработке медицинского обучения, где результатами обучения являются приобретенные компетенции [3, 4].

В соответствии с данным подходом роль врача описывается следующими компетенциями (рисунок 1):

- профессиональными компетенциями (professional);
- коммуникативными компетенциями (communicator);
- научно-исследовательскими компетенциями (scholar);
- лидерскими компетенциями (leader);
- коллаборативными компетенциями (навыки сотрудничества и работы в команде) (collaborator);
- социальными компетенциями (решение проблем социальной защиты) (health advocate) [3].



Рисунок 1 – Модель компетентностного подхода в медицинском образовании

Профессиональные компетенции обеспечивают: осуществление медицинской практики в пределах своей области; проведение пациент-центрированной клинической оценки и разработки планов ведения пациентов; планирование и выполнение различных процедур и методов лечения с целью диагностики и/или лечения; внесение активного вклада в постоянное улучшение качества медицинской помощи и безопасности пациентов [3].

К *коммуникативным компетенциям* можно отнести: умение выстраивать эффективную коммуникацию с пациентами и их семьями; создание доверия, терапевтического альянса и эффективное решение задач, среди которых важнейшей служит формирование приверженности пациента терапии.

Научно-исследовательские компетенции медицинского работника представлены в следующих направлениях деятельности: участие в постоянном совершенствовании своей профессиональной деятельности посредством постоянного обучения; проведение научных исследований, разработка инновационных методов диагностики и лечения заболеваний, внедрение их в практику.

К *лидерским (организаторским) компетенциям* можно отнести: способствование улучшению оказания медицинской помощи в командах, организациях и системах; уча-

стие в управлении ресурсами здравоохранения; демонстрация лидерства в профессиональной практике.

Коллаборативные компетенции представлены умениями: эффективно работать с врачами и другими коллегами в сфере здравоохранения; справляться с разногласиями и разрешать конфликты.

Социальные компетенции определяются способностью: реагировать на потребности здоровья отдельного пациента, защищая интересы пациента в клинической среде и за ее пределами; реагировать на потребности сообществ или групп населения, выступая за системные изменения; улучшать клиническую практику, применяя процесс постоянного улучшения качества деятельности по профилактике заболеваний, укреплению здоровья и контролю за состоянием здоровья [3].

Заключение

Таким образом, быстрые преобразования социального и рабочего контекстов все чаще требуют от медицинского образования разработки инновационных путей, которые включают, наряду с приобретением фундаментальных технических и профессиональных навыков (*hard skills*), также формирование сквозных навыков, которые сегодня часто называют «мягкими или универсальными навыками» (*soft skills*). Эти термины сгруппированы в рамках всех тех способностей, которые позволяют будущим специалистам эффективно справляться с требованиями и вызовами повседневной жизни, это те способности, которые не заменяют, а скорее существенно интегрируют набор профессиональных навыков, позволяя будущему врачу приобрести необходимый опыт для личностного развития, социального участия и успеха на рабочем месте [5].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алгоритм разработки дополнительных профессиональных программ с учетом требований профессиональных стандартов «Врач-терапевт», «Врач общей практики (семейная медицина)», «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» (методические рекомендации) – учебно-методическое пособие / О. М. Драпкина, С. Ю. Астанина, Р. Н. Шепель. – М. : ФГБУ «НМИЦ ТПМ», 2020. – 64 с.
2. Солодянкина, О. В. Разработка документов по моделированию и определению путей формирования компетенций выпускника вуза (теоретические и методические аспекты) : учеб. пособие / О. В. Солодянкина, – Ижевск : Изд-во «Удмуртский университет», 2015. – 70 с.
3. Белогубова, С. Мастер-класс «Непрерывное развитие ключевых компетенций врача: обучение мягким навыкам» [Электронный ресурс] / С. Белогубова // XIII Международный форум Росмедобр – 2022. – Центр медицинского образования и педагогического мастерства Сеченовский университет. – Режим доступа: https://www.rosmedobr.ru/upload/iblock/df2/pf5zvnwf9852h4m28xjq5axnu0lxwdzk/Belogubova_Nepreryvnoe-razvitiye-klyuchevykh-kompetentsiy-vracha.pdf. – Дата доступа: 23.09.2023.
4. Marcotte, K. M. Competency-Based Education as Curriculum and Assessment for Integrative Learning [Электронный ресурс] / K. M. Marcotte, L. D. Gruppen // Education Sciences. – 2022. – 12(4). – P. 267. – Режим доступа: <https://doi.org/10.3390/educsci12040267>. – Дата доступа: 23.09.2023.
5. Трафимчик, Ж. И. Роль и значение мягких компетенций (*soft skills*) в профессиональной подготовке будущих специалистов / Ж. И. Трафимчик // Актуальные проблемы медицины : сб. науч. ст. Республик. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Гомель, 10 ноября 2022 г.: в 3 т. / И. О. Стома [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2022. – Т. 3. – С. 195–199.

УДК 614.253:316.77

Ж. И. Трафимчик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ

Введение

Проникновение в сферу медицинского обслуживания передовых технологий, широкое использование новейшей техники, а так же применение эффективных принципов управления настоятельно требуют учёта личностных факторов, как в процессе профессиональной подготовки, так и на протяжении всего профессионального пути субъекта врачебной деятельности. Сегодня есть достаточно оснований рассматривать профессиональное становление субъекта труда как двуединый процесс, включающий формирование совокупности знаний, умений и навыков, с одной стороны, и профессионально значимых личностных психологических качеств, с другой [1].

Цель

Определение роли и значения коммуникативной компетентности в профессии врача.

Материалы и методы исследования

Общенаучные методы – гипотетико-дедуктивный метод и описательный метод, представленный приемами классификации, обобщения и интерпретации текстов различных научных парадигм, направленной на осмысление сущности изучаемого явления.

Результаты исследования и их обсуждение

Компетентность определяется как качества человека, завершившего образование определенной ступени, выражающиеся в готовности (способности) на его основе к успешной (продуктивной, эффективной) деятельности с учетом ее социальной значимости и социальных рисков, которые могут быть с ней связаны. Компетентностный подход рассматривается как инструмент усиления социального диалога высшей школы с миром труда, как средство углубления их сотрудничества в новых условиях взаимного доверия [2].

Обучение врачей с позиций компетентностного подхода должно преследовать цель формирования трех профессиональных составляющих: инструментальной (предметной, профессиональной), общей и ключевой (надпрофессиональной) компетенций. Профессиональные компетенции включают в себя владение собственно медицинскими знаниями, умениями и навыками. Общие компетенции включают в себя общепсихологическую (наличие систематизированных знаний о развитии и функционировании психики человека в состояниях здоровья и болезни, общении и др.), информационную (владение современными источниками информации). Ядро модели выпускника любого вуза составляют ключевые (надпрофессиональные) компетентности, которые, с одной стороны, не являются профессионально обусловленными (ими должны обладать все современные специалисты, независимо от сферы их деятельности), а, с другой стороны, значимы и составляют базу для профессиональных компетенций, позволяют им

более полноценно реализовываться. Они дают возможность выпускникам вуза быть востребованными на рынке труда, и, при необходимости, успешно реализовывать себя в других профессиях [2].

К ключевым (надпрофессиональным) компетенциям относятся: познавательная (готовность и способность к профессиональному саморазвитию); эмоциональная (способность к саморегуляции, способность работать в «зоне психологического комфорта»); рефлексивная (умение и навык анализировать и корректировать собственные действия); личностная (здоровье, зрелость, целостность, готовность и способность к личностному саморазвитию); ценностная сфера; сформированная профессиональная идентичность и профессиональная позиция; коммуникативная компетентность [2].

Коммуникативная компетентность сегодня рассматривается в качестве стержневой составляющей в общей профессиональной компетентности. Научно-теоретический анализ показывает, что понятие коммуникативной личности объединяет ряд позиций: способности и умения поддерживать и устанавливать необходимые контакты; совокупность знаний, умений и навыков, обеспечивающих эффективную коммуникацию; понимать и быть понятым; умение согласовывать свои вербальные и невербальные проявления в общении; способность преодолевать трудности в общении. По мнению большинства исследователей, наличие хорошо развитой коммуникативной компетентности делает человека более успешным и востребованным в качестве партнера социального взаимодействия. В целом ряде профессий она является значимой детерминантой успешности и неотъемлемым атрибутом профессионализма. В связи с этим, в психологии выделяют общую и профессиональную коммуникативную компетентность, а также подчеркивается, что последняя возникает не стихийно, а формируется в системе обучающих и развивающих мероприятий с акцентом на развитие этических характеристик профессионала и ценностных ориентаций, адекватных гуманистическим принципам общения [3].

Как известно, профессиональная врачебная деятельность имеет ряд специфических особенностей, и ее успешность определяется не только, и не столько собственно профессиональными знаниями и навыками, сколько умениями реализовать их в своей деятельности за счет развития профессиональных качеств личности. Труд врача характеризуется тем, что в нем существенное место занимает высокая частота межличностных контактов при общении с больными и их родственниками. В деятельности врача коммуникативная компетентность обеспечивает осуществление эффективной коммуникации (с пациентами, их родственниками, коллегами и т.д.). Это такая коммуникация, которая способствует продвижению в решении проблем участниками общения; обеспечивает достижение целей общения с оптимальными затратами (отсутствие нервно-психических перегрузок) и приводит к достижению взаимопонимания между партнерами по общению [1].

Коммуникативная компетентность врача позволяет [3]:

- лучше распознавать и правильнее реагировать на вербальные и невербальные знаки пациентов и извлекать из них больше информации;
- более эффективно проводить диагностику, поскольку она зависит, в том числе, и от способности врача выявить те симптомы, причины которых могут иметь психологическую или социальную природу;
- добиваться одобрения пациентом плана лечения, так как исследования показали, что тренировка коммуникационных навыков оказывает положительное влияние на согласие пациента принимать назначенное ему лекарственное средство;
- воздействовать на различные формы отражения болезни (эмоциональная, интеллектуальная, мотивационная) и активизировать компенсаторные механизмы, по-

высвить психосоматический потенциал личности пациента, помочь ему восстановить связь с миром, преодолеть так называемую усвоенную или обученную беспомощность, разрушить стереотипы, сформированные болезнью, и создать образцы здорового реагирования.

Выпускники медицинских вузов нередко испытывают коммуникативные трудности в своей профессиональной деятельности, недостаточно владеют необходимым арсеналом коммуникативных знаний, не всегда готовы к современному и эффективно-му использованию многообразных коммуникативных средств воздействия. Вузовский этап профессионализации является сензитивным периодом формирования необходимых профессионально важных качеств врача, основных новообразований индивидуального стиля профессиональной деятельности [1].

С. Л. Соловьева выделяет следующие базовые коммуникационные навыки взаимоотношений «врач – пациент», которые относятся к числу главных навыков, которые позволяют создавать эффективные партнерские взаимоотношения. Тренировка этих навыков должна иметь своей целью достижения базового уровня компетентности в следующих областях:

1. *Адекватное вещественное окружение* – необходимость в создании адекватного вещественного окружения определяется тем, что это увеличивает степень уединенности, комфорта и внимания к пациенту;

2. *Приветствие пациентов* – будет способствовать сохранению чувства собственного достоинства, и поощрять их к участию в беседе. Использование имени пациента уместно, когда он знаком врачу, при этом врач подает соответствующий сигнал о том, что он узнал собеседника;

3. *Активное слушание* – включает использование как вербальных (словесных), так и невербальных коммуникационных приемов. Врач должен отчетливо сигнализировать о том, что все его внимание сосредоточено на пациенте (кивание головой, перефразирование, фразы «верно», «понимаю» и т. д.);

4. *Эмпатия, уважение, заинтересованность, теплота и поддержка* – эти составные части являются сердцевиной интерперсональных навыков;

5. *Язык* – врачи должны также постоянно контролировать степень сложности языка, который они используют для объяснения диагноза и причин, которые привели к болезни, методов диагностики и лечения;

6. *Взаимоотношение сотрудничества* – важно, чтобы пациент мог чувствовать, что врач ясно понимает его нужды и готов к тому, чтобы работать вместе с пациентом для их удовлетворения;

7. *Завершение интервью* – врач должен подать ясный сигнал о том, что интервью движется к своему завершению, обычно путем суммирования того, что было сказано, и того, что в ходе его обсуждалось;

8. *Навыки сбора информации* – основными навыками, необходимыми для облегчения процесса сбора информации, являются те, которые помогают облегчить вовлечение пациента в медицинское интервью способом, позволяющим врачу добиться правильной постановки диагноза симптомов или проблем пациента;

9. *Молчание* – необходимо научиться правильному использованию молчания как способа вдохновить пациента высказаться как можно более полно, затронуть сложные темы и вспомнить важные сведения;

10. *Управление потоком информации* – способности сохранять контроль над интервью в своих руках путем тактичного направления содержания беседы в сторону диагностики проблемы;

11. *Суммирование* – так как за время консультации может быть получено большое количество сведений, важно научиться суммировать главные данные, возникшие в ходе консультации [4].

Заключение

Коммуникативная компетентность рассматривается как система внутренних ресурсов, необходимых для построения эффективной коммуникации в определённом круге ситуаций личностного взаимодействия и выступает в качестве важнейшего критерия профессиональной деятельности будущего врача [4]. В зарубежных и отечественных исследованиях достаточно давно и весьма активно обсуждаются возможности выработки надпрофессиональных компетенций параллельно с процессом предметного обучения (причем исследователи называют широкий спектр дисциплин, обладающих потенциалом для развития данных навыков), а также использования наиболее актуальных педагогических технологий в учебной и внеучебной деятельности [5].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васильева, Л. Н. О коммуникативной компетентности будущих врачей / Л. Н. Васильева // Медицинская психология в России. – 2013. – Т. 5. – № 5. – С. 16.
2. Ледванова, Т. Ю. Формирование коммуникативной компетентности врача / Т. Ю. Ледванова, А. В. Коломейчук // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2015. – Т. 5. – № 2. – С. 115–121.
3. Михайлюк, Ю. В. Формирование коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза (теоретические и практические аспекты) : учеб.-метод. пособие / Ю. В. Михайлюк, В. А. Хриптович, В. А. Манулик. – Минск : БГМУ, 2015. – 68 с.
4. Мадалиева, С. Х. Формирование и развитие коммуникативной компетентности врача / С. Х. Мадалиева, М. А. Асимов, С. Т. Ерназарова // Научное обозрение. Педагогические науки. – 2016. – № 2. – С. 66-73.
5. Трафимчик, Ж. И. Технологии развития мягких компетенций (soft skills) на этапе профессиональной подготовки будущих специалистов / Ж. И. Трафимчик // Актуальные проблемы медицины : сб. науч. ст. Республик. науч.-практ. конф. с междунар. участием (Гомель, 10 ноября 2022 года): в 3 т. / И.О. Стома [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2022. – Т. 3. – С. 199–202.

УДК 614.253:159.944.4-084

Ж. И. Трафимчик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ ВРАЧА КАК ФАКТОР УСПЕШНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Введение

Поиск психологических ресурсов адаптации к изменяющимся условиям жизнедеятельности, сохранения эмоциональной устойчивости в растущих рисках техногенных, биогенных, социогенных угроз современного мира сегодня без преувеличения может быть отнесен к числу наиболее актуальных проблем исследований в науках о человеке. Выделению факторов, влияющих на развитие дезадаптационных состояний, посвящено немало психологических исследований, причем значительная часть из них раскрывает феноменологию стресса как «пускового механизма» этого процесса. Особым объ-

ектом анализа в ряде исследований выделяется личность медицинского работника как субъекта профессиональной деятельности, стрессогенной по содержанию основных трудовых функций. Так, слабая стрессоустойчивость приводит к снижению профессиональной мотивации медицинских работников, к проявлению апатии, негативного отношения к профессиональной деятельности [1].

Цель

Изучение стрессоустойчивости как фактора, обуславливающего успешность профессиональной деятельности врача.

Материалы и методы исследования

Общенаучные методы – гипотетико-дедуктивный метод и описательный метод, представленный приемами классификации, обобщения и интерпретации текстов различных научных парадигм, направленной на осмысление сущности изучаемого явления.

Результаты исследования и их обсуждение

Стрессоустойчивость – это «индивидуальная психологическая особенность, заключающаяся в специфической взаимосвязи разноуровневых свойств интегральной индивидуальности, что обеспечивает биологический, физиологический и психологический гомеостаз системы и ведет к оптимальному взаимодействию субъекта с окружающей средой в различных условиях жизнедеятельности и деятельности» [2].

Феномен стрессоустойчивости рассматривается в основном с функциональных позиций, как характеристика, влияющая на продуктивность (успешность) деятельности. В определениях Б. Х. Варданяна, С. В. Субботина прослеживается идея о двойственной природе стрессоустойчивости: как свойства, влияющего на результат деятельности (успешность-неуспешность), и как характеристики, обеспечивающей гомеостаз личности как системы. А с этих позиций можно рассматривать стрессоустойчивость как показатель деятельности (внешний) и личностный (внутренний). Внутренний личностный компонент стрессоустойчивости проявляет свою активность при несоответствии потенций субъекта условиям, требованиям конкретной деятельности. Роль этого компонента заключается в выработке такой системы защиты личности от стресс-факторов, которая обеспечила бы устойчивость (защищенность) человека от развития дистрессового состояния [3].

Существует значительное количество структурных компонентов личности, которые могут выступать в роли факторов, оказывающих влияние на устойчивость человека к психическому стрессу: сила нервной системы, тип личности, темперамент, тревожность, гендер, мотивация и установки личности, самооценка, индивидуальный стиль деятельности, стили совладающего поведения, субъективные факторы стрессоустойчивости, функционирование адаптационных механизмов личности, эмоциональная и индивидуальная устойчивость к стрессу [3].

Следствием неэффективности функционирования адаптационных механизмов является повышенная вероятность наступления декомпенсации. При этом заострение личностных черт специалиста сопряжено с профессиональными неадекватными поведенческими реакциями. О нарушении адаптации может свидетельствовать нестандартность мышления, которое трансформируется в неадекватность оценки происходящей действительности и изменению способов принятия решений. Возникающие затруднения в принятии оперативных решений и снижение полноценного анализа критической опасности ситуаций обусловлены присутствием постоянного чувства тревожности, напряженности и неуверенности в себе. Замкнутость, агрессивность, тревожность и депрессивность начинают проявляться как устойчивые черты характера. Названные отклонения

лично-типологических качеств приводят к нарушению эмоциональной устойчивости в особых условиях труда и деформациям профессионального контекста [4].

Для медицинских работников, взаимодействующих с пациентами, очень остро стоит вопрос о сохранении сбалансированного эмоционального состояния. Им ежедневно приходится решать дилемму: как остаться чутким к страданиям тяжело больного или умирающего пациента и, в то же время, сохранить силы для поддержки и свое профессиональное отстраненное «Я» для объективной оценки ситуации. Эмоциональная устойчивость – неподверженность эмоциональных состояний и процессов деструктивным влияниям внутренних и внешних условий. Эмоциональная устойчивость – интегральное свойство психики, выражающееся в способности преодолевать состояние излишнего эмоционального возбуждения при выполнении сложной деятельности. Эмоциональная устойчивость уменьшает отрицательное влияние сильных эмоциональных воздействий, предупреждает крайний стресс, способствует проявлению готовности к действиям в напряженных ситуациях. Это один из психологических факторов надежности, эффективности и успеха деятельности в экстремальной обстановке. Благодаря эмоциональной устойчивости как качеству личности в экстремальных условиях обеспечивается переход психики на новый уровень активности – такая перестройка ее побудительных, регуляторных и исполнительских функций, которая позволяет сохранить и далее увеличить эффективность деятельности [5].

В современных условиях, когда интенсивность стрессовой нагрузки объективно неуклонно возрастает, задача поддержания и формирования высокого уровня индивидуальной устойчивости медицинского работника к стрессу приобретает особое значение. Индивидуальная устойчивость к стрессу выполняет «буферную функцию», нейтрализуя действие объективных имеющихся стрессоров, что позволяет сохранять высокое психическое и соматическое здоровье даже в случае долговременных жизненных затруднений. В частности, было обнаружено, что высокая индивидуальная устойчивость к стрессу приводит к снижению вероятности развития острых заболеваний в течение шестимесячного периода, предшествовавшего обследованию, а также что высокая индивидуальная устойчивость к стрессу связана с меньшим риском развития хронических заболеваний. На поведенческом уровне высокая индивидуальная устойчивость к стрессу проявляется в менее частом использовании неадекватных форм совладания со стрессом, таких, как курение и употребление алкоголя. В целом для лиц с высокой индивидуальной устойчивостью к стрессу характерен более здоровый образ жизни, что проявляется в соблюдении режима труда и отдыха и регулярности физических упражнений. Также была выявлена достоверная связь уровня индивидуальной устойчивости к стрессу и выраженности одного из наиболее опасных последствий хронического психологического стресса – синдрома психологического выгорания [3].

В анализе роли стрессоустойчивости в процессе совладания с угрозами сохранению целостности, аутентичности личности несомненной эвристичностью обладает концепция личностного потенциала. Личностный потенциал включает комплексное образование, определяемое как оптимизм – умение конструктивно мыслить, позитивно оценивать свое будущее, целенаправленно действовать и противостоять воздействию трудных жизненных обстоятельств, сохраняя психологическое благополучие, проявлять жизнестойкость и адаптивность. В исследованиях А. Б. Рогозяна на примере личности врача обосновывается понятие индивидуального стиля преодоления стресса, который автор рассматривает как «устойчивую совокупность психологических средств, активизируемых личностью для преодоления стрессовых ситуаций и обеспечивающих стабильность оптимального уровня психического напряжения, сохранность целостной индивидуальности и аутентичности личности» [1].

Заключение

Таким образом, профессиональная деятельность медицинских работников, участвующих в лечении и реабилитации больных, предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс. По классификации профессий по «критерию трудности и вредности» (по А.С. Шафрановой) медицина относится к профессии высшего типа по признаку необходимости постоянной внеурочной работы над предметом и собой [5].

Высокая индивидуальная устойчивость к стрессу играет большую, если не центральную роль в предупреждении такого комплексного психологического расстройства как синдром психологического выгорания, которое не только приводит к резкому снижению качества жизни человека, но и достоверно снижает добросовестность его отношения к профессиональным межличностным взаимодействиям. Последнее может приводить к повышению риска развития опасных ситуаций, угрожающих благополучию общества [3].

Значительная активность исследователей в поле проблематики личностного потенциала обуславливает актуализацию проблемы его предикторной роли в обеспечении стрессоустойчивости субъектов профессиональных сообществ, подверженных рискам витальных угроз, возникающим в процессе деятельности, в частности, медицинских работников [1].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ясько, Б. А. Личностные предикторы стрессоустойчивости медицинских работников / Б. А. Ясько, Л. С. Скрипниченко, С. Н. Стриханов, Д. Д. Тедорадзе // Российский психологический журнал. – 2023. – Том 20. – № 2. – С. 169–184.
2. Субботин, С. В. Устойчивость к психическому стрессу как характеристики метаиндивидуальности учителя : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / С. В. Субботин. – Пермь, 1992. – 152 л.
3. Церковский, А. Л. Современные взгляды на проблему стрессоустойчивости / А. Л. Церковский // Вестник ВГМУ. – 2011. – Т. 10. – № 1. – С. 6–19.
4. Кашкевич, Е. И. Обусловленность стрессовой устойчивости особенностями индивидуально-психологических качеств врачей [Электронный ресурс] / Е. И. Кашкевич, Е. В. Зубарева // Мир науки. Педагогика и психология. – 2022. – Т. 10. – № 6. – Режим доступа: <https://mir-nauki.com/PDF/28PSMN622.pdf>. – Дата доступа: 23.09.2023.
5. Таскина, Е. А. Проблема эмоциональной устойчивости и профессионального выгорания медицинских работников / Е. А. Таскина // Вестник Российского нового университета. Серия Человек в современном мире. – 2020. – Выпуск 1. – С. 34–39.

УДК 82:378.6-057.875“18”

Т. Н. Усольцева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

ОБРАЗ СТУДЕНТА-МЕДИКА В РУССКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ ВТОРОЙ ПОЛОВИНЫ XIX СТОЛЕТИЯ

Введение

Исследования, посвященные анализу образов студентов-медиков в русской литературе, встречаются крайне редко. Как правило, при анализе произведений, где пер-

сонажами являются студенты, делается акцент на их бедности, увлеченности социальными проблемами и новыми теориями переустройства мира. Традиционное суждение о студенте-медике, жившем в далеком XIX веке, сложилось благодаря двум романам, известным каждому читающему человеку, – «Отцы и дети» И. С. Тургенева и «Что делать?» Н. Г. Чернышевского. В результате мы имеем упрощенное представление о том, как жили, как учились, чем увлекались молодые люди, обучавшиеся медицине. Кроме того, при исследовании специфики студенческого мира недостаточно активно используется огромный пласт мемуарной литературы. В данной статье основными источниками для анализа стали воспоминания о студенческой жизни писателей, окончивших медицинский факультет (П. Д. Бабарыкин, В. В. Вересаев), знаменитых ученых (И. М. Сеченов) и известных людей.

Цель

Целью данной работы является выявление характерных черт, присущих образу жизни студентов-медиков на материале мемуарной литературы.

Методы и методы исследования

При анализе тестов используется сравнительно-исторический метод с элементами биографического и культурно-исторического методов.

Результаты исследования и их обсуждение

Медицинское образование в России в середине XIX века можно было получить на медицинском факультете Московского, Дерптского (ныне Тартуский), Виленского, Казанского, Харьковского, Киевского университетов и Петербургской Медико-хирургической академии. Обучение длилось 5 лет в отличие от других факультетов, где учились 4 года. Еще в начале XIX века в России была проведена реформа в сфере образования, благодаря которой представители всех сословий имели право обучаться как в гимназиях, так и в университетах. Однако уровень студентов стал настолько низок, что позднее было принято решение принимать в университеты только тех, кто окончил гимназию.

При этом еще в 40-е годы XIX столетия в Российской империи врачей катастрофически не хватало, поэтому только поступающим на медицинские факультеты можно было сдавать вступительные экзамены, не имея гимназического аттестата. Это во многом определяло социальный состав студентов: гимназии были платными, учиться там могли в основном дети чиновников и дворян, поэтому для детей купцов, священников, мещан был открыт только один факультет. Так, С. П. Боткин, купеческий сын, получивший начальное образование в частном пансионе, мечтавший стать математиком, вынужден был поступать на медицинский факультет (1850).

У не очень хорошо обеспеченных людей были еще как минимум две причины, благодаря которым они стремились учиться хотя бы на медицинском факультете: всякий, кто оканчивал университет, получал личное дворянство и профессию, позволявшую прокормить себя. Известно множество реальных историй, когда выходцы из беднейших слоев населения шли в университет из разных городов России пешком, босиком, повесив на плечи единственные сапоги. Одним из них был писатель-демократ А. И. Левитов, который с приятелем пошел из Тамбова в Москву, но, дойдя туда, узнал, что в Петербургской Медико-хирургической академии больше мест, и, не раздумывая, отправился в столицу.

Студенты могли учиться за государственный счет, их называли казеннокоштными, они жили в общежитиях, их кормили три раза в день, а в особых случаях выплачивали стипендию. После окончания университета они должны были отработать 6 лет, при этом выпускники медицинских факультетов приписывались к военным штабам.

Обучавшиеся за свой счет – своекоштные – платили немаленькие деньги, оплачивали обучение и вольнослушатели. Если человек получал стипендию хоть какое-то время и оставлял университет или академию, не доучившись, его все равно отправляли отрабатывать казенные деньги. Тот же самый А. И. Левитов был вынужден служить фельдшером в Вологде, куда его «прикрепили» после исключения из университета «за неуспехи в науках». В случае начала войны казеннокоштным сокращали обучение на год и сразу отправляли на фронт. И. М. Сеченов вспоминал о том, что в 1855 году во время Крымской войны четверокурсникам объявили, что «по высочайшему повелению все мы должны будем держать выпускной экзамен и отправляемся затем на войну, а на второй неделе поста скончался император Николай, и было объявлено, что выпуску будут подлежать лишь казеннокоштные» [1].

В связи с острой нехваткой врачей различные учреждения платили стипендию обучавшимся в университете. Н. В. Склифосовский получал стипендию от одесского Приказа общественного призрения, а А. П. Чехов от городской управы Таганрога. Стипендии были маленькие, на них практически невозможно было прожить, однако они являлись серьезным подспорьем, позволявшим многим молодым людям получить высшее образование. Студенты, у которых было тяжелое материальное положение, подрабатывали, где могли. Зачастую они давали уроки, искали любую работу. Так, Н. И. Пирогову удалось устроиться на прозекторскую должность в анатомическом театре, В. В. Вересаев на старших курсах работал в терапевтической клинике в лаборатории, П. Д. Бабарыкин, А. П. Чехов много писали, публиковались и получали гонорары уже в студенческие годы.

Практически во всех воспоминаниях о студенческой жизни мемуаристы указывали на бедность, которую они испытывали, как на основную черту этого жизненного периода. В. В. Вересаев отмечал, что «приходилось во всем обрезать себя. Горячую пищу ели раз в день, обедали в кухмистерской. Утром и вечером пили чай с черным хлебом, и ломти его посыпали сверху тертым зеленым сыром. <...> После сытного домашнего стола было с непривычки голодно, в теле все время дрожало чисто физическое раздражение» [2]. На одежду тоже денег не хватало, поэтому о рваных сапогах, старых шинелях даже не принято было говорить. Студенты всячески демонстрировали пренебрежение к своему внешнему виду и считали «позором заботиться об изяществе костюма» [3, с. 392]. Широко известен факт, что Н. И. Пирогов, не имевший студенческого мундира, который требовался в годы его обучения, сидел на лекциях в шинели, чтобы скрыть отсутствие форменной одежды.

Когда ношение мундира перестало быть обязательным, возникла даже особенная студенческая мода: «Излюбленным костюмом типичного студента была красная рубаха, подпоясанная каким-либо пояском или ремнем. Темные блузы были широко распространены. Брюки зачастую носились в сапоги. Если при этом были длинные, до плеч волосы, а от блузы пахло сероводородом или на ней виднелись пятна от различных реактивов – признаки усердных занятий в химической лаборатории, – то для настоящего студента это была самая почетная внешность. В зимнее время неизменной принадлежностью большинства студентов был плед, накинутый поверх летнего или осеннего пальто. В этом костюме, постельных принадлежностях и груде лекций очень часто состояло все движимое имущество студента» [3, с. 392].

Вечные студенты – это особая категория молодых людей в России XIX века. Причины бесконечного пребывания в университете были разные: кто-то не желал служить, имел достаточно денег и переходил с факультета на факультет, кто-то отличался особой любознательностью, поэтому нередко встречались случаи, когда человек оканчивал

два, а то и три факультета. Однако наблюдались и курьезные случаи, один из которых описывает В. В. Вересаев: «Когда он (вечный студент – Т. У.) был еще молодым студентом, богатый дядюшка, умирая, завещал выплачивать ему по двести рублей в месяц “до окончания университетского курса”. Ну, он, конечно, с этим окончанием не стал спешить и уже тридцать пять лет, к негодованию и бешенству прямых наследников, все получал свои двести рублей».

В университете вплоть до начала XX века могли учиться только мужчины. Либеральная профессура и активные студенты постоянно боролись за право на женское образование, но максимум, чего они могли добиться – разрешения посещать девушкам лекции в статусе вольнослушателей. В таком случае они не получали диплом и не могли официально поступать на службу. На многочисленные обращения с просьбами разрешить обучение представительницам женского пола, чиновники отвечали отказами и уверениями, что женщины еще недостаточно подготовлены для того, чтобы получать знания в университете.

Учились студенты по-разному. Биограф С. П. Боткина, Н. А. Белоголовый, писал: «Студенты-медики, составлявшие более двух третей числа всех студентов, только в меньшинстве занимались прилежно своим делом, большинство же целый день проводили в трактирах за бильярдной игрой и тратили свой юношеский пыл на безобразные попойки...» [4]. О веселой жизни свидетельствуют и любимые студенческие песни тех лет – «Там, где Крюков канал...» («От зари до зари...», «Через тумбу-тумбу раз...»), а также знаменитый «Чижик-пыжик». Песню «Там, где Крюков канал...» студенты каждого университета переделывали с учетом местного колорита, но неизменно оставляли слова о заразительных шалостях, от которых не могут удержаться даже святые: «От зари до зари, как зажгут фонари, / Вереницы студентов шатаются. / Они горькую пьют, они песни поют / И еще кое-чем занимаются» [5].

Однако были и те, кто самым серьезным образом сосредотачивался на учебе. Такие студенты полагали «неблаговидным готовиться к экзамену только по лекциям или учебникам: надо было “прихватить” хоть немного “литературы предмета”. Главным делом считалось самообразование, являвшееся как бы одним из элементарных требований студенческой порядочности» [3, с. 391].

Обучение студентов жестко регламентировалось государством, в связи с этим иногда случались курьезные ситуации. Многие годы рассказывали анекдоты о ревизии Казанского университета М. Л. Магницким, который приказал трупы, найденные в анатомическом театре, захоронить по православному обряду. И. М. Сеченов вспоминал, что на первом курсе наряду с анатомией (которую, кстати, как и фармакологию, и «рецептуру», читали на латинском языке) и другими естественными науками преподавали богословие. Зачастую студенты были недовольны уровнем знаний, которые они получали. М. И. Сеченов, высоко ставивший своих университетских преподавателей, отмечал, что медицина того времени отличалась «голым эмпиризмом»: в учебниках перечислялись причины заболевания, симптомы болезни, способы лечения, «а о том, как из причины развивается болезнь, в чем ее сущность и почему в болезни помогает то или другое лекарство, ни слова» [1]. С. П. Боткин в качестве недостатков обучения называл преподнесение знаний «в форме катехизисных истин», что не способствовало развитию «пытливости, которая обуславливает дальнейшее развитие» [4].

По окончании курса обучения студентам-медикам, как правило, присваивали лекарскую степень, получить степень доктора, которая требовалась «для замещения старших должностей в военном и гражданском ведомствах» [4], было достаточно сложно особенно в Московском университете. С. П. Боткин, учившийся блестяще, сдавал экза-

мены (которых было немало) на степень доктора, но получил ее только после переэкзаменовки у профессора Глебова, ярого противника присвоения степени выпускникам университета.

Выводы

Таким образом, среди студентов-медиков было гораздо больше выходцев из разночинцев, учившихся как за казенный, так и за свой счет. Они были менее подготовлены для обучения в университете, многие из них из-за своей крайней бедности вынуждены были зарабатывать себе на жизнь, что не способствовало получению качественных знаний. При этом студенты-медики гораздо серьезнее относились к учебе, желая быть «поменьше шарлатаном» [2], осознавая всю ответственность будущей профессии и ту пользу, которую они могут принести своей деятельностью.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сеченов, И. М. Записки русского профессора от медицины / И. М. Сеченов. – М. : АСТ, 2014 – Режим доступа: <https://loveread.info/books/istoricheskaya-proza/page-16-85986-ivan-sechenov-zapiski-russkogo-professora-ot-mediciny.html#fullstory-text>. – Дата доступа: 28.08.2023.
2. Вересаев, В. В. Воспоминания / В. В. Вересаев. – М.; Л.: Гослитиздат, 1946 – Режим доступа: https://royallib.com/read/veresaev_vikentiy/vospominaniya.html#1146880. – Дата доступа: 1.09.2023.
3. Никифоров, Н. К. Петербургское студенчество и Влад. Серг. Соловьев / Н. К. Никифоров // Владимир Соловьев: Pro at contra. – СПб. : РХГА, 2000. – 896 с.
4. Белоголовый, Н. А. Сергей Боткин. Его жизнь и врачебная деятельность / Н. А. Белоголовый. – Режим доступа: http://az.lib.ru/b/belogolowyj_n_a/text_1892_botkin.shtml. – Дата доступа: 29.08.2023.
5. «Там, где Крюков канал...» и «Чижик-пыжик». – Режим доступа: <https://pharmateacher.livejournal.com/51332.html>. – Дата доступа: 31.09.2023.

УДК 796.422.12:[61:378.6-057.875]

А. В. Чевелев, А. Н. Поливач, Е. А. Кириченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СПЕЦИФИКА ПОДГОТОВКИ СПОРТСМЕНОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА, СПЕЦИАЛИЗИРУЮЩИХСЯ В СПРИНТЕРСКОМ БЕГЕ

Введение

В подготовке студентов медицинского вуза, занимающихся в секции легкой атлетики, специализирующихся в спринтерском беге, должны быть охвачены основные компоненты подготовки, а именно: теоретическая, техническая, тактическая, общефизическая, специальная, соревновательная. Необходимо поэтапное распределение тренировочных и соревновательных нагрузок в годичном цикле, обоснование основных задач каждого этапа, с учетом особенностей данной категории занимающихся [1].

Так же стоит отметить, что режим учебно-тренировочных занятий у студентов значительно отличается от нормативных требований и режима учебно-тренировочных занятий в специализированной спортивной школе. Нормативные требования для легкоатлетов специализированной спортивной школы включают в себя режим учебно-тренировочных

занятий в неделю от 6 часов в группах начальной подготовки и до 32 часов в группах высшего спортивного мастерства, тогда как в вузе у студентов ограниченное количество учебно-тренировочных занятий, обусловленное повышенной учебной деятельностью [2].

Таким образом, как показывает практика, этапы многолетней подготовки, нормативные требования и режим учебно-тренировочных занятий для легкоатлетов специализированной спортивной школы не могут быть применены для студенческой секции [3].

Цель

Целью исследования является определение особенностей подготовки спортсменов медицинского вуза, специализирующихся в спринтерском беге.

Материал и методы исследования

Для определения специфики тренировочного процесса была разработана методика общей физической подготовки студенток, с учетом их высокой загруженности в учебном процессе. На кафедре физического воспитания и спорта УО «ГомГМУ» в период с октября по июнь 2022–2023 учебного года были протестированы 14 девушек из спортивной специализации по легкой атлетике. Для определения двигательной подготовленности спортсменок были выбраны следующие контрольные тесты: бег 30 метров с ходу и с высокого старта, бег 60, 100, 150, 300, 1000 метров с высокого старта, прыжок в длину и тройной прыжок с места. Измерение длины прыжков производилось стальной лентой (рулетка р-10) длиной 10 м, с точностью до 0,01 м, измерение результатов в беге проводилось при помощи ручного секундомера.

Была разработана методика годового цикла общефизической подготовки спортсменок, включающая два макроцикла: осенне-зимний и весенне-летний. Для развития скорости и быстроты реакции применялся бег 30 метров с ходу и с высокого старта, бег 60 и 100 метров с высокого старта. Для развития скоростной выносливости использовались отрезки от 150 до 300 м. При выполнении упражнения были использованы повторный и переменный методы выполнения.

Для развития скоростно-силовых способностей использовались упражнения с барьерами, упражнения с ядрами, прыжковые упражнения. При выполнении упражнений с барьерами, упражнения с ядрами, прыжковых упражнений были применены такие методы выполнения, как повторный и интервальный.

Для развития общей выносливости использовались следующие средства: бег 15-30 минут и бег с непрерывным чередованием различных упражнений и их интенсивностью. Физические упражнения для развития общей выносливости выполнялись равномерным и переменным методом выполнения упражнений.

Для развития силовой подготовки в разработанной методике использовались упражнения, выполняемые с собственным весом, с отягощением и на специальных тренажерах. Упражнения силовой подготовки, выполнялись методом круговой и интервальной тренировки.

Для развития взрывной силы в подготовке использовались упражнения с метболом, гирей (16 кг) и прыжковые упражнения. При выполнении упражнений были применены такие методы выполнения, как повторный и интервальный.

Для развития координации движений у легкоатлеток использовались упражнения с барьерами. При развитии координации движений физические упражнения выполнялись повторным методом.

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительные результаты контрольных испытаний представлены в виде диаграмм по отдельным видам (рисунок 1, 2).

СЕКЦИЯ Социально-гуманитарные дисциплины и физическое воспитание

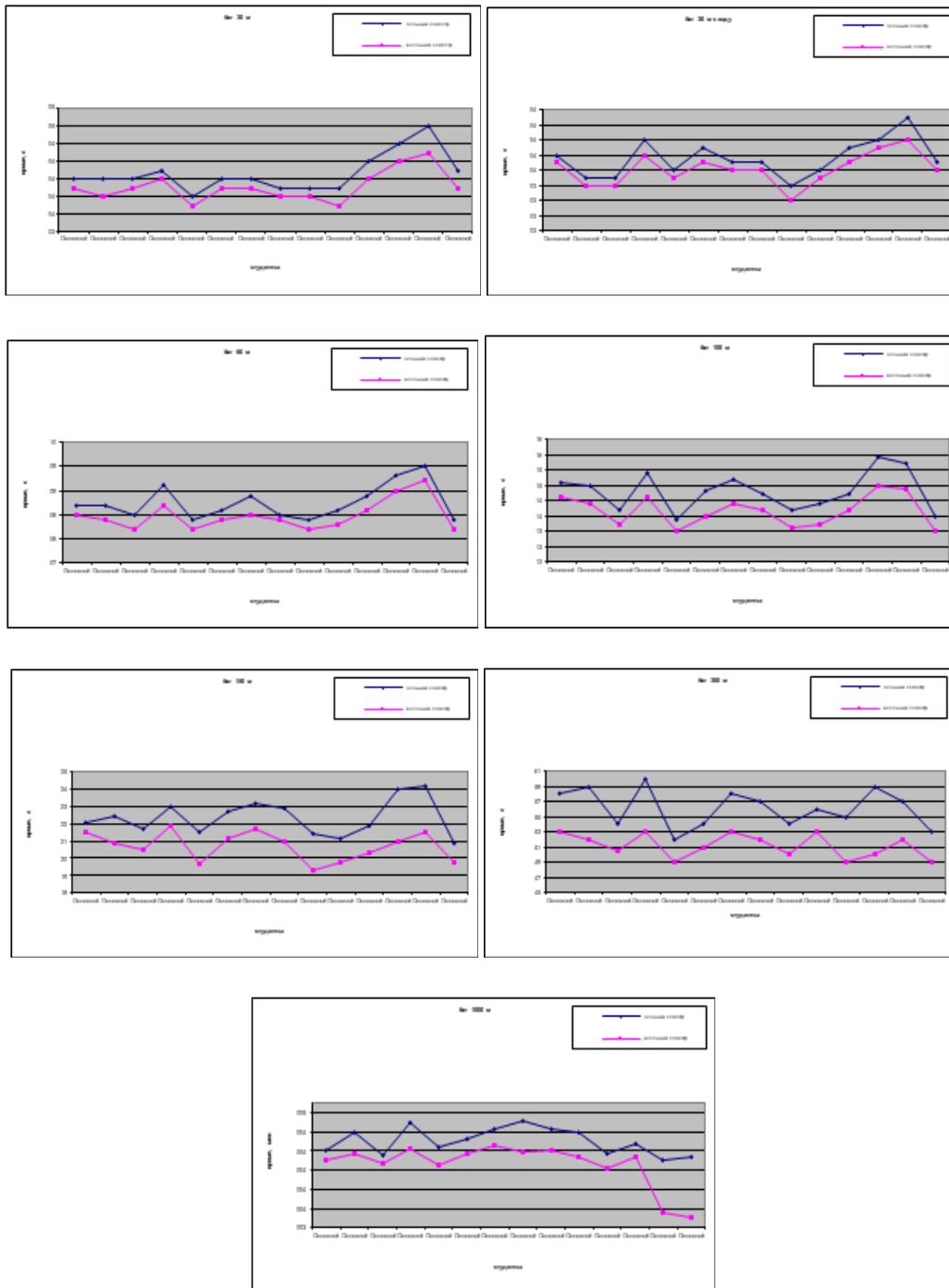


Рисунок 1 – Результаты контрольных тестов в беге на 30, 60, 100, 150, 300 и 1000 м.

В беге на 30 м с высокого старта и с ходу средний результат улучшился на 0,15 и 0,14 с соответственно.

В беге на 60 м прогресс в группе составил 0,26 с.

Испытания в беге на стометровке показали средний прирост во времени 0,64 с.

На дистанции 150 м средний результат улучшился на 1,64 с.

В беге на 300 м время спортсменок улучшилось на 4,96 с.

В беге на 1000 м средний результат улучшился на 15 с.

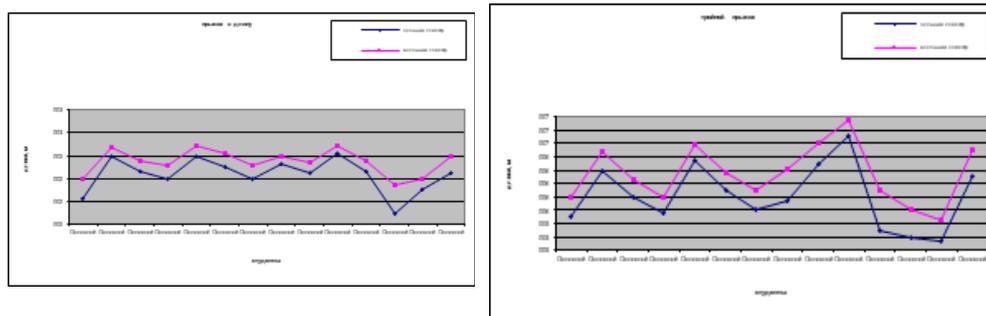


Рисунок 2 – Результаты контрольных тестов в прыжке в длину и тройном прыжке с места

В прыжке в длину и в тройном прыжке с места девушки улучшили результат в среднем на 0,11 и 0,32 м соответственно.

Анализ результатов проведенного исследования свидетельствует о положительной динамике роста спортивных результатов у всех студенток.

Заключение

Результаты контрольных тестов, определяющие уровень общей выносливости, скоростных и скоростно-силовых показателей студенток, специализирующихся в спринтерском беге, позволили убедиться в правильности выбранной методики подготовки. По итогам проведенного исследования можно сделать вывод, что соблюдение последовательности этапов разработанной системы тренировки, способствует благополучной реализации поставленных задач в годичном цикле подготовки студенток медицинского вуза, специализирующихся в спринтерском беге.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Врублевский, Е. П. Технология индивидуализации подготовки квалифицированных спортсменов: теоретико-методические аспекты / Е. П. Врублевский [и др.] ; М-во образования РБ, Гомельский гос. ун-т им. Ф. Скорины. – Гомель : ГГУ им. Ф. Скорины, 2016. – 282 с.
2. Непомнящих, Т. А. Специфика подготовки легкоатлетов-новичков, занимающихся в студенческой секции спринтерского бега : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Т. А. Непомнящих ; СГУФКиС. – Омск, 2018. – 24 с.
3. Гейченко, Л. М. Подготовка бегунов-спринтеров в условиях университета: методические рекомендации [Электронный ресурс]: метод. рекомендации / Л. М. Гейченко. – Электрон. данные. – Могилев : МГУ имени А.А. Кулешова, 2020. – С. 40.

УДК. 615.825:616.98-052:578.834.1

Д. А. Чечетин¹, Е. А. Дрозд², С. Н. Никонович¹, А. Е. Бондаренко³

¹Государственное учреждение

*«Республиканский научно-практический центр радиационной медицины
и экологии человека»,*

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

³Учреждение образования

«Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В КОРРЕКЦИИ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЙ У ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Введение

Мышечная кривошея возникает чаще всего вследствие патологических изменений в мягких тканях, главным образом, в грудино-ключично-сосцевидной мышце, реже – в результате аномального развития шейного отдела позвоночника. В среднем школьном возрасте мышечная кривошея может возникнуть при патологии опорно-двигательного аппарата, таких, как нарушения осанки, сколиоз или вертеброгенная дорсопатия.

Развитие мышечной кривошеи происходит при повышении тонуса шейных или околопозвоночных мышц, повреждениях шейного отдела при травме позвоночника, глубоких рубцовых изменениях области шеи, воспалительных заболеваниях околоушной железы, среднего уха и мягких тканей области шеи [1].

Клинически мышечная кривошея проявляется резкой асимметрией лица и черепа. Изменения в скелете – компенсаторные, вследствие стремления головы к вертикальной позиции. Отмечается более высокое стояние надплечья и лопатки на стороне поражения. В шейном отделе позвоночника наблюдается торсия, с вогнутостью в сторону укороченной мышцы, в грудном отделе – компенсаторное искривление в обратную сторону. Сосцевидный отросток увеличен за счёт тяги поражённой мышцы, ячейки воздухоносной полости – более крупные. Изменяется направление слухового прохода. При осмотре лица отмечается искривление его в сагиттальной плоскости. Та половина лица, которая обращена к больной стороне, короче и шире, противоположная – длиннее и уже. При укорочении обеих грудино-ключично-сосцевидных мышц голова наклонена либо назад, либо вперёд. Мышечная кривошея может привести к серьёзным осложнениям, которые приводят к сложным деформациям скелета и тяжелой инвалидности, вызванной часто не столько самим заболеванием, сколько вторичными изменениями, к которым относятся: асимметрия лица, увеличение ушных раковин, опущение глаза и брови на стороне поражения. Иногда может наблюдаться отставание психомоторного развития. По мере роста ребёнка отмечаются: сглаженность шейного лордоза, формирование грудного кифоза, развитие поясничного лордоза [2].

Коррекция мышечной кривошеи осуществляется средствами, формами и методами адаптивной физической культуры (АФК), которая использует специально подобранные движения, имеющие целевую направленность для восстановления нарушенных физиологических функций детского организма.

Цель

Обосновать применение средств, форм и методов АФК в коррекции мышечной кривошеи у детей среднего школьного возраста.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе физиотерапевтического отделения ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», в котором приняло участие 20 детей в возрасте от 10 до 14 лет с мышечной кривошеей.

Основным средством АФК в коррекции мышечной кривошеи у детей использовался лечебный массаж, методика которого была направлена на улучшение кровообращения и лимфотока изменённой мышцы, повышения тонуса здоровой перерастянутой мышцы и на формирование естественного положения головы.

На здоровой стороне применялись глубокие массажные приёмы, которые кроме поглаживания и растирания включали щипцеобразное разминание, вибрацию, потряхивание и ударные приёмы. При массаже больной стороны голова у детей была слегка повернута в сторону поражения для достижения наибольшего расслабления мышцы. Массажные приёмы выполнялись подушечками пальцев в направлении от уха к ключице. На поражённой стороне использовались приёмы поглаживания, растирания и непрерывной вибрации, выполняя их мягко, нежно и пластично, не вызывая у детей болевых ощущений. На здоровой стороне использовали те же приёмы, но добавляли разминание и прерывистую вибрацию. Приёмы выполнялись интенсивнее с целью укрепления и повышения тонуса данной мышцы. Выполняя данную методику массажа, удалось добиться расслабления мышц-сгибателей и повысить тонус мышц-разгибателей. Продолжительность массажа составляла 10–15 процедур, 3–4 раза в год и осуществлялась с учётом происходящих процессов в мышцах. Интенсивность массажа нарастала по мере уменьшения выраженности патологического процесса.

Ведущей формой АФК в коррекции мышечной кривошеи у детей являлась корригирующая гимнастика, при которой происходило усиление кровоснабжения работающих мышц, связок и костей. Активная работа мускулатуры при выполнении физических упражнений облегчала продвижение крови по венам, а лимфы по лимфатическим сосудам. Проводилась 4-5 раз в неделю на протяжении всего периода исследования.

Статические мышечные напряжения способствовали увеличению эластичности мышц шеи и повысили подвижность связочного аппарата, что способствовало выравниванию положения головы. Проводились после корригирующей гимнастики.

Лечение положением применялось для пассивного растяжения больной мышцы и полностью исключало привыкание к неправильному положению шеи. Данная процедура использовалась как дополнительная форма АФК во время пауз после лечебного массажа и выполнения физических упражнений [3].

Результаты исследования и их обсуждение

После проведения курса АФК, который продолжался шесть месяцев, были подведены результаты. У 18 детей (90%) была отмечена положительная динамика, у 2 детей (10%) – без улучшения.

Выводы

Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение средств, форм и методов АФК эффективны в коррекции мышечной кривошеи у детей среднего школьного возраста.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ключева, О. В. Кривошея у детей / О. В. Ключева // Актуальные проблемы современной медицины и фармации – 2016 : 70-я научно-практическая конференция студентов и молодых ученых БГМУ с международным участием. – 2016. – № 2. – С. 485-489.
2. Современное состояние вопроса диагностики и лечения врождённой мышечной кривошеи / С. В. Семёнов [и др.] // Гений Ортопедии. – Курган. – 2013. – № 3. – С. 98-102.
3. Чечетин, Д. А. Адаптивная физическая культура при мышечной кривошеи у детей / Д. А. Чечетин // Многопрофильная клиника XXI века. Инновации и передовой опыт : материалы XII Международной научной конференции, Санкт-Петербург, 20-21 апр. 2023. – СПб : ФГБУ Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2023. – С. 237-238.

УДК. 796:616-053.5:572.511.2

Д. А. Чечетин¹, Г. И. Нарскин², А. В. Макарчик¹, Н. М. Ядченко¹

¹*Государственное учреждение*

*«Республиканский научно-практический центр радиационной медицины
и экологии человека»,*

²*Учреждение образования*

«Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА ПРИ НАРУШЕНИЯХ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Введение

Осанка является значимым критерием здорового, гармоничного развития ребёнка. Если она правильная, то все органы и системы функционируют должным образом. Неправильная осанка формируется тогда, когда ребёнок принимает неправильное положение во время двигательной активности или во время пребывания в статическом положении.

Особое место в этом отношении занимает средний школьный возраст, сопровождаемый интенсивной социализацией детей, их активной познавательной деятельностью и играющий важную роль в подготовке к последующей самостоятельной жизни. Это предоставляет не только возможности для развития детей, но и создаёт многочисленные факторы риска для их здоровья [1].

Во время выполнения упражнений по коррекции нарушений осанки к физической нагрузке на детский организм присоединяется психоэмоциональное напряжение, для снятия которого применяется аутогенная тренировка (АТ), позволяющая запустить саморегулирующие механизмы, ослабить тонус поперечнополосатой и гладкой мускулатуры, уменьшить эмоциональную напряжённость, восстановить нарушенные функции и привести к общему улучшению самочувствия у детей. АТ позволяет быстро устанавливать взаимодействие нервной системы, мышц, внутренних органов и содержит приёмы (упражнения), позволяющие воздействовать на вегетативную нервную систему, центры управления которой не поддаются прямому волевому воздействию [2].

Цель

Обосновать применение методики АТ при нарушениях осанки у детей среднего школьного возраста.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе физиотерапевтического отделения ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», в котором приняло участие 30 детей в возрасте от 10 до 14 лет с различными видами нарушений осанки.

Методика АТ проводилась в четыре этапа. Дети ложились на спину и закрывали глаза, ноги ставили на ширину плеч, руки вдоль туловища, ладонями вниз.

1 этап – дыхание. Сделать медленный вдох, небольшую задержку дыхания и плавный выдох. Необходимо почувствовать, как на вдохе заполняется весь объём лёгких, а на выдохе полностью выдыхается. Для того, чтобы расслабление произошло полностью, надо сконцентрироваться на своём дыхании, наблюдая за тем, как вдыхается воздух, наполняя носовые ходы, трахею, лёгкие. На выдохе проследить, как воздух тёплый и влажный покидает тело. Правильно поставленное брюшное дыхание вовлекает в дыхательный акт все части лёгких, повышает насыщение крови кислородом и увеличивает жизненную ёмкость лёгких. За счёт движений диафрагмы массируются органы брюшной полости, в первую очередь печень, оживляется их кровоснабжение.

2 этап – расслабление. Необходимо дать установку: «Я успокаиваюсь и расслабляюсь». Затем конкретно, по частям, производить расслабление тела с направлением внимания на те части тела, которые расслабляются.

3 этап – тепло и тяжесть. Приятная тяжесть и тепло наполняют руки. Кисти рук тёплые и тяжёлые. Приятная тяжесть и тепло наполняют ноги. Стопы ног тёплые и тяжёлые. Веки расслаблены, они наполнены теплом и тяжестью. Веки тёплые и тяжёлые. Живот согревается приятным, глубинным теплом. Живот согрет приятным теплом. Приятное тепло в области солнечного сплетения. Все мысленные представления повторить три раза. Необходимо максимально приблизиться к этим ощущениям. После того, как состояние расслабления достигло максимума, ощущается приятное полудремотное состояние. Возможно погружение в неглубокий сон.

4 этап – выход из состояния расслабления. Открыли глаза, посмотрели в потолок, посчитали до 10, потянулись всем телом, перевернулись на живот и медленно встали на ноги. Поднимаясь на носки, подняли руки через стороны вверх – вдох, опустили руки через стороны вниз – выдох. Вдох – через нос, выдох – через рот и вдвое длиннее вдоха. Выполнить – 4–5 раз.

При АТ обеспечивается полное сохранение самоконтроля. Дети становятся спокойными, бодрыми и уравновешенными в течение всего дня [3].

Результаты исследования и их обсуждение

Разработанная методика АТ для восстановления динамического равновесия саморегулирующихся систем у детей среднего школьного возраста позволила освоить приёмы самовнушения и самовоспитания, активизировать вспомогательные образы, стимулирующие процессы восстановления нарушенных функций организма для преодоления чувства усталости после выполнения физических упражнений.

Выводы

Через шесть месяцев, после проведённого курса АТ, дети смогли эффективно мобилизовать внутренние возможности своего организма для снятия физического и психологического напряжения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мирская, Н. Б. Медико-социальная значимость нарушений и заболеваний костно-мышечной системы детей и подростков / Н. Б. Мирская [и др.] // Гигиена и санитария. – 2015. – № 1. – С. 97-104.

2. Кермани, К. Аутогенная тренировка / К. Кермани. – М. : Эксмо, 2005. – 384 с.
3. Чечетин, Д. А. Аутогенная тренировка для восстановления динамического равновесия саморегулирующихся систем у детей среднего школьного возраста при нарушениях костно-мышечного взаимоотношения позвоночного столба / Д. А. Чечетин [и др.] // Современные методы диагностики и лечения иммунодефицитных состояний : материалы Респ. науч.-практ. конф., Гомель, 23 ноября 2022. – Гомель, 2022. – С. 47-48.

УДК 811.111'373.72'255

А. А. Шиханцова, А. К. Ёжикова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ТРУДНОСТИ ПЕРЕВОДА АНГЛИЙСКИХ ИДИОМ

Введение

Английский язык богат идиоматическими выражениями, пословицами, поговорками. Люди, изучающие иностранный язык, постоянно сталкиваются с трудностями перевода фразеологических оборотов на родной язык. Отказаться от употребления идиоматических выражений не представляется возможным, так как они делают нашу речь красочной, выразительной и насыщенной. Идиомы также отражают характер языка, сохраняют информацию о менталитете, культуре, традициях. Таким образом, полноценное владение языком предполагает свободное владение фразеологизмами.

Цель

В нашем исследовании мы сконцентрируемся на выявлении основных трудностей, возникающих при переводе английских фразеологизмов на русский язык, а также наметим пути их преодоления. Попытаемся выявить способы, облегчающие запоминание английских идиом, дифференцируем термины «фразеологизм», «идиома» и «пословица».

Материал и методы исследования

Аналитический и описательный.

Результаты исследования и их обсуждение

Большинство лингвистов не разграничивают понятия «фразеологизм» и «идиома» и используют их в качестве синонимов. Современный словарь иностранных слов объясняет идиому как «свойственное только данному языку неразложимое словосочетание, значение которого не определяется отдельными значениями входящих в него слов» [1]. Различие идиомы и пословицы заключается в том, что пословица представляет собой законченное высказывание, выражающее народную мудрость, дающее совет или предостережение, в то время как идиома не является законченным высказыванием и служит для усиления эстетического аспекта языка.

Очень часто идиомы сложно переводить из-за того, что нельзя логически догадаться, что они обозначают. Это может быть связано с историей создания идиомы. Многие из них создавались очень давно и с течением времени утратили свой чёткий смысл.

Проблема перевода может также заключаться в том, что многие идиомы были изначально популярны среди узкого сообщества людей, например, в морской, военной

или охотничьей среде. Попадая в круг использования обычных людей, она теряет свой первоначальный смысл: *“to be a bad sailor - «быть плохим моряком»*, т. е. *«страдать от морской болезни»*.

Очень часто фразеологизмы при переводе не замечаются и переводятся буквально, а это искажает смысл. Поэтому, если в тексте появляется выражение, логически противоречащее контексту, следует рассматривать его как возможный фразеологизм.

Должен также учитываться тот факт, что многие английские идиомы обладают многозначностью и переводчику необходимо подбирать вариант перевода в зависимости от контекста: *“black-out” – 1) «обморок» (внезапная потеря сознания); 2) «светомаскировка»; 3) «выключение света»*.

Зачастую у фразеологизмов имеются ложные двойники, то есть фразеологизмы, совпадающие по форме, но различающиеся по содержанию. Например, английское выражение *“to be born with a silver spoon in one’s mouth”* близко по значению русскому фразеологизму *«родиться в рубашке»*, что означает *«быть удачливым»*. Часто эти выражения даются как соответствия. Но английский вариант не может использоваться в тех же ситуациях, что и русский, так как обозначает *«происходить из богатой семьи»*.

В. Л. Архангельский к трудностям перевода фразеологизмов относит:

- 1) неодинаковые фразеологические возможности двух языковых систем;
- 2) полисемию многих фразеологических единиц;
- 3) расхождение стилистических и эмоционально-экспрессивных оттенков семантически идентичных фразеологических единиц в разных языках;
- 4) идиоматичность;
- 5) особенности национального колорита;
- 6) переносное употребление фразеологических единиц;
- 7) конкретные социально-исторические наслоения и ассоциации, определяющие понимание и употребление отдельных фразеологических единиц [2].

Существуют разные способы перевода английских фразеологизмов на русский язык. Л.Ф. Дмитриева выделяет четыре основных способа:

- 1) фразеологический эквивалент (*busy as a bee – трудолюбивый как пчела*);
- 2) фразеологический аналог (*buy a pig in a poke – купить котика в мешке*);
- 3) калькирование (*time is money – время – деньги*);
- 4) описательный перевод (*east or west, home is best – в гостях хорошо, а дома лучше*) [3].

Для того, чтобы хорошо переводить английские идиомы нужно хорошо их знать. А для этого нужно использовать приемы их запоминания: находить аналоги в родном языке, знать историю происхождения идиом, использовать ассоциации при запоминании, разбивать их по тематикам, изучать идиомы в контексте, находить живые примеры использования идиом в аудиоматериалах и т. д.

Заключение

Таким образом, имея дело с фразеологическими единицами, переводчик должен обладать не только знанием обоих языков, но и уметь анализировать стилистические и культурно-исторические аспекты исходного текста, знать особенности перевода и смысл фразеологизмов. При переводе важно не только передать смысл фразеологизма, но и отобразить его образность, стилистическую функцию, особенности контекста.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Крысин, Л. П. Современный словарь иностранных слов / Л. П. Крысин. – М. : Изд-во АСТ-Пресс, 2021. – 416 с.

СЕКЦИЯ
Социально-гуманитарные дисциплины и физическое воспитание

2. Архангельский, В. Л. Устойчивые фразы в современном русском языке: Основы теории устойчивых фраз и проблемы общей фразеологии / В. Л. Архангельский. – Ростов -на – Дону : Изд-во Рост. ун-та, 1964. – 315с.

3. Дмитриева, Л. Ф. Английский язык. Курс перевода: книга для студентов / Л. Ф. Дмитриева. – Москва, 2005. – 304 с.

УДК 614.71:547.446

А. В. Абрамович, К. В. Капралова, Г. А. Грищенкова

Государственное учреждение

*«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии
и общественного здоровья»,*

г. Гомель, Беларусь

О ПОДХОДАХ К РАЗРАБОТКЕ МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЙ АЦЕТАЛЬДЕГИДА В АТМОСФЕРНОМ ВОЗДУХЕ

Введение

Ацетальдегид (уксусный альдегид, этаналь, химическая формула – C_2H_4O или CH_3CHO) – органическое соединение, относящееся к классу альдегидов, является альдегидом этанола и уксусной кислоты. Это бесцветная жидкость с резким запахом. Умеренно токсичен, является раздражителем и опасен для окружающей среды.

Ацетальдегид является канцерогеном первой группы. Многократное воздействие ацетальдегида в воздухе может вызвать у человека рак. Пары ацетальдегида обладают раздражающим действием на органы дыхания, в высокой концентрации могут вызвать бронхит и пневмонию. Жидкий ацетальдегид при попадании на кожу вызывает гиперемии и инфильтраты. При кратковременном воздействии в малых концентрациях может раздражать глаза, слизистые оболочки носа и гортани, в высоких — вызвать сонливость, головокружение вплоть до потери сознания. При случайном заглатывании способен привести к почечной недостаточности и нарушению дыхания.

В атмосферу ацетальдегид в больших количествах попадает при горении древесины, с выхлопными газами. В химической промышленности вещество образуется при термической обработке полимеров и пластиков, а также является продуктом деструкционных процессов в полимерах. Он также является загрязнителем воздуха при горении, курении, в автомобильных выхлопах. Максимально разовая предельно-допустимая концентрация ацетальдегида установлена на уровне $10,0 \text{ мкг/м}^3$ согласно гигиеническому нормативу «Показатели безопасности и безвредности атмосферного воздуха» утвержденного Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 25 января 2021 г. № 37.

Учитывая, что ацетальдегид опасен для здоровья, необходимо проводить плановый контроль за содержанием его в атмосфере, в воздухе промышленных предприятий и санитарных зон вокруг них. Для этого требуются точные и высокочувствительные методы. Аккредитованными лабораториями применялся фотометрический метод, который сегодня устарел. С целью перехода на использование в практике работы центров гигиены и эпидемиологии специфичной, высокочувствительной методики определения содержания ацетальдегида в воздухе промышленных предприятий был спланирован эксперимент для разработки и внедрения метода газовой хроматографии.

В статье обозначена актуальность исследования ацетальдегида в атмосферном воздухе на границе санитарно-защитных зон предприятий и необходимость разработки методики определения. Представлены результаты проведенного спланированного эксперимента по определению концентрации ацетальдегида в атмосферном воздухе газохроматографическим методом.

Цель

Разработка метрологически аттестованной методики определения концентрации ацетальдегида и изопропилового спирта в атмосферном воздухе. Проведение экспе-

риментального и теоретического исследований для установления линейности метода, показателей повторяемости и промежуточной прецизионности, пределов повторяемости и промежуточной прецизионности, расчет относительной расширенной неопределенности метода, документальное подтверждение того, что метод воспроизводим и результаты испытаний с использованием данного метода достоверны для исследования атмосферного воздуха.

Материалы и методы исследования

Для исследования концентраций ацетальдегида в приземном слое атмосферы на территории санитарно-защитных зон г. Гомеля, был организован отбор проб. Анализ проб выполнялся в аккредитованной лаборатории санитарно-химических и токсикологических методов исследований Гомельского областного ЦГЭ и ОЗ. В качестве методики выполнения измерений применялись методические указания по газохроматографическому определению ацетальдегида в атмосферном воздухе [1]. Для выполнения исследований использовался аппаратно-программный комплекс на базе хроматографа Кристалл-5000.

Данные о показателях точности измерений были получены из внутрилабораторного эксперимента, организованного и подвергнутого анализу в соответствии с требованиями СТБ ИСО 5725-1, СТБ ИСО 5725-2, СТБ ИСО 5725-3, СТБ 5725-6 в 2019–2020 годах, в лаборатории санитарно-химических и токсикологических методов исследований Гомельского областного ЦГЭиОЗ [2]. Экспериментальные данные были получены в условиях повторяемости и промежуточной прецизионности с изменяющимися данными: персонал, выполняющий измерения, время. В эксперименте участвовала одна лаборатория, которая исследовала 3 уровня ($q = 3$), с номерами j ($j = 1, 2, 3$), соответствующие началу, середине и концу диапазона предполагаемых результатов измерений в процессе использования методики измерений. Показатели прецизионности определяли экспериментально с использованием искусственно созданных однородных и стабильных образцов для оценивания. Образцы для оценивания готовили в день проведения анализа в лабораторных условиях путем отбора проб воздуха на поглотительный раствор с внесением стандартных растворов ацетальдегида и изопропилового спирта известных концентраций в поглотительный раствор. Для каждого уровня было получено по 15 серий ($p = 15$) результатов измерений с номерами i ($i = 1, 2 \dots 15$). Концентрацию каждого определяемого вещества, содержащегося в пробе, рассчитывали по установленным градуировочным характеристикам. Для обработки результатов хроматографического анализа использовали программное обеспечение прибора.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенных измерений получены данные, которые были подвергнуты статистической обработке. Были рассчитаны пределы повторяемости и промежуточной прецизионности, а также расширенная неопределенность результатов измерений. Для проверки наличия статистических выбросов среди результатов измерений, полученных в условиях повторяемости, использовали критерий Кохрена. Для проверки, не является ли выбросом наибольшая и наименьшая величины из расположенных в порядке возрастания совокупности данных для каждого уровня вычисляли статистику Граббса. Выбросов в совокупности экспериментальных данных обнаружено не было.

Установленные значения показателей точности результатов измерений представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Показатели точности результатов измерений

Определяемое вещество	Диапазон измерений, мкг/м ³	Стандартное отклонение повторяемости σ , мкг/м ³	Стандартное отклонение про-межуточной прецизионности σ (ТО), мкг/м ³	Предел повторяемости для двух результатов измерений, г, мкг/м ³	Предел промежуточной прецизионности для двух результатов измерений σ (ТО), мкг/м ³	Расширенная неопределенность, мкг/м ³ (P = 95 %, k = 2)
Ацетальдегид	5,0–40,0	$0,068 \cdot \bar{C}$	$0,073 \cdot \bar{C}$	$0,190 \cdot \bar{C}$	$0,204 \cdot \bar{C}$	$0,146 \cdot \bar{C}$
Изопропиловый спирт	320,0–1800,0	$0,042 \cdot \bar{C}$	$0,070 \cdot \bar{C}$	$0,118 \cdot \bar{C}$	$0,196 \cdot \bar{C}$	$0,122 \cdot \bar{C}$

\bar{C} – среднее арифметическое результатов двух параллельных измерений массовой концентрации определяемого вещества, полученных в условиях повторяемости;

\bar{C} – среднее арифметическое двух результатов измерений массовой концентрации определяемого вещества, полученных в условиях промежуточной прецизионности

Заключение

Исследование окружающей среды, в частности атмосферного воздуха, его влияния на здоровье человека является одним из приоритетных направлений деятельности учреждений государственного санитарного надзора. Особую значимость приобретает организация лабораторного контроля в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Для реализации этой цели в результате проведенных лабораторно-инструментальных и теоретических исследований разработана методика измерений МВИ.ГМ.1861–2020 «Массовая концентрация ацетальдегида, изопропилового спирта в атмосферном воздухе. Методика выполнения измерений газохроматографическим методом», свидетельство об аттестации от 17.04.2020 № 46/2020. Данная методика позволяет точно проводить измерения массовой концентрации ацетальдегида и изопропилового спирта в атмосферном воздухе. Ее применение позволит с высокой степенью достоверности обеспечить контроль атмосферного воздуха в районах жилой застройки и на границе санитарно-защитной зоны предприятий, имеющих источники выбросов вредных веществ в атмосферу.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Методические указания по газохроматографическому определению ацетальдегида в атмосферном воздухе : МУК 4.1.599-96. – 1997. – М. : Минздрав России. – 16 с.
2. СТБ ИСО 5725-1, СТБ ISO 5725-2, СТБ ИСО 5725-3, СТБ 5725-6. Точность (правильность и прецизионность) методов и результатов измерений (части 1–6). – 2019-2022. – Национальный фонд технических нормативных правовых актов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://tnpa.by/#!/DocumentCard/526295/660428>. – Дата доступа: 07.06.2023.

УДК 574.21:582.29:628.5:504.5:628.4.047(476.6-37Островец)

В. С. Аверин^{1,2}, А. Г. Цуриков^{1,2}, Н. В. Цурикова¹, И. В. Грищенко¹

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ ЛИХЕНОМОНИТОРИНГА ДЛЯ ОЦЕНКИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ НЕОРГАНИЧЕСКИХ ПОЛЛЮТАНТОВ В ЗОНЕ ПЛАНИРОВАНИЯ СРОЧНЫХ ЗАЩИТНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ТЕРРИТОРИИ ВОЗДЕЙСТВИЯ БЕЛОРУССКОЙ АЭС

Введение

Аварийная готовность – это способность оперативно принимать меры, которые эффективно, надежно и своевременно препятствуют или снижают вероятность возникновения радиационной аварии при осуществлении деятельности по использованию атомной энергии. Для этих целей приняты критерии реагирования – параметры измеряемых величин или характерных признаков, к которым относятся действующие уровни вмешательства, уровни действий в аварийной ситуации, специфические наблюдаемые признаки и другие индикаторы условий в зоне аварийной ситуации, которые следует использовать при принятии решений в аварийной ситуации. Действующие уровни вмешательства выражаются в единицах мощности дозы или активности радиоактивного материала в выбросе, интегрированной по времени концентрации радионуклида в воздухе, концентрации радионуклида в грунте или на поверхности или его удельной активности в окружающей среде, пищевых продуктах, в воде или в биологических пробах. Действующие уровни вмешательства можно измерять с помощью приборов в полевых условиях либо определять посредством лабораторного анализа или оценки.

Экологический мониторинг, являясь *«комплексной системой наблюдений, оценки и прогноза изменений состояния окружающей среды под воздействием природных и антропогенных факторов»* [1], в районах расположения атомных станций должен состоять из подсистем мониторинга за основными факторами воздействия (радиоактивные, химические вещества, тепло) и отклика экосистем (биологический мониторинг) на изменяющиеся параметры среды [2].

Лишайники признаны полезным инструментом биомониторинга [3]. Современная методология лишайноиндикационных исследований развивается по двум направлениям: исследование морфологических изменений в структурных образованиях талломов под влиянием антропогенного загрязнения, второе аккумулятивная биоиндикация загрязнения среды. Фактически биоаккумуляционные качества лишайников – это дополнение к инструментальным методам контроля.

Таким образом, использование лишайников с целью осуществления индикации и мониторинга состояния окружающей среды в зоне планирования срочных защитных мероприятий территории воздействия Белорусской АЭС в дополнение к существующей системе оценок воздействия атомной электростанции на окружающую среду [4] представляется актуальным.

Цель

Создать систему лишеномониторинга для оценки распределения неорганических поллютантов в зоне планирования срочных защитных мероприятий территории воздействия Белорусской АЭС.

Материал и методы исследования

Расположение закладываемых точечных реперных площадок фиксировали в системе координат WGS 84 с использованием навигатора Garmin GPSMap 62s. Построение карт проводили с использованием данных GPS в программе Google Earth Pro 7 с последующей обработкой материала в графических редакторах.

Результаты исследования и их обсуждение

Выбор точек мониторинга содержания радиоактивных веществ в лишайниках корреспондирует точкам контроля радионуклидов в аэрозолях в приземном атмосферном воздухе указанным в ОВОС [4].

В ходя настоящего исследования нами была скорректирована и расширена [5] сеть точечных реперных площадок для отбора проб лишайников с целью мониторинга состояния окружающей среды зоны планирования срочных защитных мероприятий территории воздействия Белорусской АЭС. Всего в 2023 году нами было заложено 16 точечных реперных площадок в пределах которых был осуществлен отбор проб слоевищ лишайников для изучения содержания неорганических поллютантов. Ниже приводим координаты и географическую привязку заложенных точечных реперных площадок.

Площадки, расположенные на территории населенных пунктов.

Площадка 1, а.г. Гервяты, 7,5 км Ю БелАЭС, 54°41'11.3" N, 26°08'40.9" E.

Площадка 2, а.г. Ворняны, 5,5 км ЮЗ БелАЭС, 54°43'38.7" N, 26°00'38.8" E.

Площадка 3, пос. Гоza, 3,4 км СЗ БелАЭС, 54°46'34.9" N, 26°01'50.5" E.

Площадка 4, пос. Швейляны, 4,1 км В БелАЭС, 54°44'39.9" N, 26°09'55.5" E.

Площадки, расположенные в южном направлении от БелАЭС.

Площадка 1, лесной массив 3 км Ю БелАЭС, 500 м СЗ д. Попишки, 54°43'16.3" N, 26°06'31.4" E.

Площадка 2, насаждения вдоль дороги 9 км Ю БелАЭС, д. Мацки, 54°40'25.5" N, 26°06'14.2" E.

Площадка 3, лесной массив 13,5 км Ю БелАЭС, 1 км ЮВ д. Ольгиняны, 54°37'40.1" N, 26°05'58.4" E.

Площадки, расположенные в западном направлении от БелАЭС.

Площадка 1, лесной массив 2 км З БелАЭС, 54°45'12.0" N, 26°02'34.1" E.

Площадка 2, лесной массив 9 км З БелАЭС, 1 км ЮЗ д. Ворона, 54°44'54.1" N, 25°56'38.1" E.

Площадка 3, насаждения вдоль дороги 12 км З БелАЭС, 0,5 км Ю д. Трокеники, 54°44'47.4" N, 25°53'51.9" E.

Площадки, расположенные в северном направлении от БелАЭС.

Площадка 1, лесной массив 2,5 км С БелАЭС, 54°47'23.9" N, 26°05'48.5" E.

Площадка 2, насаждения вдоль дороги 6 км С БелАЭС, д. Заборцы, 54°49'03.7" N, 26°06'49.9" E.

Площадка 3, насаждения вдоль дороги 12,5 км С БелАЭС, 1 км С д. Подольцы, 54°52'47.4" N, 26°04'34.4" E.

Площадки, расположенные в восточном направлении от БелАЭС.

Площадка 1, лесной массив 3 км В БелАЭС, 2 км В д. Валайкуны, 54°45'35.4" N, 26°09'09.7" E.

СЕКЦИЯ Экологическая и профилактическая медицина

Площадка 2, лесной массив 8 км В БелАЭС, 100 м Ю д. Кирели, 54°44'54.0" N, 26°13'16.5" E.

Площадка 3, насаждения вдоль дороги 14 км В БелАЭС, д. Сымонели, 54°46'03.7" N, 26°19'23.1" E.

Таким образом, заложенные точечные реперные площадки располагаются в пределах лесных массивов на расстоянии 2–3 км (4 площадки), 6–9 км (4 площадки) и 12–14 км (4 площадки) от станции в северном, восточном, южном и западном направлениях, а также на территории населенных пунктов (4 площадки) с учетом точек контроля радионуклидов в аэрозолях в приземном атмосферном воздухе, указанных в ОВОС.

Заключение

Расположение точечных реперных площадок в рамках создаваемой системы лихеномониторинга для оценки распределения неорганических поллютантов в зоне планирования срочных защитных мероприятий территории воздействия Белорусской АЭС обосновано с учетом данных о существующих пунктах наблюдений за содержанием радиоактивных веществ в аэрозолях в приземном атмосферном воздухе, в почве, а также в наземной растительности согласно административным и тематическим документам и материалам, имеющим отношение к общественным слушаниям перед выдачей лицензии на эксплуатацию энергоблоков Белорусской АЭС.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Об охране окружающей среды [Электронный ресурс] : закон Респ Беларусь от 26 нояб. 1992 г. № 1982-ХІІ с доп. и изм. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19201982/>. – Дата доступа: 21.09.2023
2. Руководство по организации контроля состояния природной среды в районе расположения АЭС / Гос. ком. СССР по гидрометеорологии ; под ред. К. П. Махонько. – Ленинград : Гидрометеоиздат, 1990. – 263 с.
3. Бязров, Л. Г. Лишайники – индикаторы радиоактивного загрязнения / Л. Г. Бязров. – Москва : Общество с ограниченной ответственностью Товарищество научных изданий КМК, 2005. – 476 с.
4. Обоснование инвестирования в строительство атомной электростанции в Республике Беларусь. Книга 11. Оценка воздействия на окружающую среду. 1588-ПЗ-ОИ4. Часть 8. Отчет об ОВОС. Часть 8.2. Текущее состояние окружающей среды. Пояснительная записка (редакция 06.07.2010 г.). – Минск : Белнипиэнергопром, 2010. – 183 с.
5. Цуриков, А. Г. Выбор точечных реперных площадок в зоне планирования срочных защитных мероприятий территории воздействия Белорусской АЭС с целью лихеноиндикации / А. Г. Цуриков, В. С. Аверин // Радиобиология и экологическая безопасность – 2022 : материалы междунар. науч. конф. Гомель, 26–27 мая 2022 г. / ГНУ «Институт радиобиологии НАНБ» ; редкол.: И.А. Чешик (гл. ред.) [и др.]. – Минск : ИВЦ Минфина, 2022. – С 168–170.

УДК 614.78(476.2)

И. А. Атарик, О. Н. Тульженкова, Я. А. Черненко

Государственное учреждение

«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии

и общественного здоровья»,

г. Гомель, Республика Беларусь

О РЕАЛИЗАЦИИ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЫЕ ГОРОДА И ПОСЕЛКИ»

Введение

Реализация государственного профилактического проекта «Здоровые города и поселки» (далее – Проект) обеспечивает достижение устойчивого развития в области здоровья, осуществление государственной политики по профилактике болезней и формированию здорового образа жизни, на основе взаимодействия государственной власти, субъектов социально-экономической деятельности, системы здравоохранения и населения. Проект активно развивается и продолжает работу в рамках Программы деятельности национальной сети «Здоровые города и поселки» на 2022–2023 годы.

Цель. Проведена предварительная оценка качества реализации Проекта по систематизированным данным в соответствии с основными направлениями деятельности, до внедрения этапа оценки эффективности в рамках рекомендованных критериев [1, 2].

Материал и методы исследования. В работе использован аналитический метод.

Результаты исследования и их обсуждение. Реализация Проекта в Гомельской области начата в 2014 г. в городе Наровля и агрогородке Любань Октябрьского района. В 2015 г. к его осуществлению приступили города Добруш и Ельск, городские поселки Стрешин и Корма, агрогородки Улуковье, Люденевичи, Переделка; в 2016 г. - города Ветка и Рогачев, городской поселок Брагин, агрогородок Стреличево; в 2018 г. – город Речица, агрогородки Октябрь и Отор; в 2019 г. – город Гомель; в 2020 г. – города Туров, Мозырь, Петриков, Жлобин, агрогородки Дудичи, Глушковичи, Судково, Бобовичи. В 2021 г. к Проекту присоединились город Лоев и агрогородок Сосновый бор, в 2022 г. – деревня Хальч, в 2023 г. – город Лельчицы и поселок Криничный. На 01.06.2023 Проект включает 30 населенных пунктов (около 66% населения области). В 2022 г. разработана дорожная карта присоединения населенных пунктов Гомельской области к Проекту и вхождения в национальную сеть «Здоровые города и поселки» на период до 2030 г., согласно которой Проект пополнится 16 населенными пунктами численностью по 700 и более человек (итог составит около 78% населения области), и к 2028 г. будет выполнена задача по охвату Проектом до 2030 г. не менее 70% населения.

На заседаниях городских и районных исполнительных комитетов, Советов депутатов, межведомственных Советов рассматриваются вопросы состояния здоровья населения и среды обитания, применительно к объектам обеспечения жизнедеятельности и окружающей среды. В соответствии с Планом основных мероприятий по реализации Проекта, а также медико-демографической, социально-гигиенической и экологической ситуацией, определен состав территориальных групп управления, разработаны перспективные областной и территориальные планы по реализации Проекта, обозначены основные направления: совершенствование городского планирования; производственная среда и условия труда на рабочих местах производственных предприятий; здоровое

питание; здоровье детей; семейные ценности; социальная адаптация лиц старшей возрастной группы; формирование здорового образа жизни; профилактика инфекционных заболеваний; здоровье сберегающая среда в учреждениях образования.

Воплощение в жизнь мероприятий Проекта способствует созданию комфортных условий проживания населения. Следует отметить значительный рост уровня благоустройства и налаженную работу по поддержанию санитарного состояния территорий населенных пунктов и организаций. В рамках республиканского смотра санитарного состояния и благоустройства населенных пунктов Республики Беларусь, по итогам 2022 г. за высокие показатели признаны победителями и награждены переходящим вымпелом и денежной премией за счет республиканского бюджета город Мозырь (по 2-й категории) и городской поселок Брагин (по 4-й категории). Особо отмечена стабильная работа жилищно-коммунальных организаций по обслуживанию парков, скверов, иных общественных мест, текущему и капитальному ремонту дорожного покрытия улиц и тротуаров в городе Петриков.

Показатель обеспеченности населения Гомельской области качественной питьевой водой в рамках реализации подпрограммы 5 «Чистая вода» Государственной программы «Комфортное жилье и благоприятная среда» на 2021–2025 гг. по итогам 2022 г. составил почти 97,5% при плане 100% до 2030 г. В 2022 г. введены в эксплуатацию 34 станции обезжелезивания, 10 населенных пунктов Гомельского, Жлобинского, Калинковичского и Мозырского районов подключены к коммунальным водопроводам. В результате удельный вес проб воды из коммунальных водопроводов области, не соответствующих гигиеническим нормативам по санитарно-химическим показателям, снизился на 1,5%, и более 26 тыс. граждан получили воду нормативного качества. Кроме того, в Гомельской области в 2022 г. заменены 85 км сетей водоснабжения и 37 км сетей водоотведения, что позволило довести показатель обеспеченности централизованными системами водоснабжения почти до 93%, водоотведения - до 72%.

Важным при реализации Проекта является обеспечение здоровым питанием населения с акцентом на детей и подростков в организованных коллективах, в том числе в виде разработки и внедрения технологии производства, выпуска на местных предприятиях пищевой промышленности продукции с пониженным содержанием сахара, соли, жира, обогащенной витаминами и нутриентами. Проведены модернизация и техперевооружение отдельных линий по производству пищевой продукции (СООО «Ингман мороженое», СП ОАО «Спартак» и др.). На всех предприятиях пищевой промышленности города Гомеля функционирует система управления качеством и безопасностью пищевых продуктов на основе принципов НАССР. На ОАО «Милкавита», СООО «Ингман мороженое», ОАО «Гомельский мясокомбинат», ОАО «Гомельский винодельческий завод» внедрена система управления качеством продовольственного сырья и пищевых продуктов, основанная на требованиях международных стандартов ИСО. ОАО «Гомельхлебпром» выпускаются диетические и диабетические хлебобулочные изделия, в том числе отрубной хлеб, с использованием экстракта стевии. На всех предприятиях пищевой промышленности, во всех детских организованных коллективах и лечебно-профилактических организациях, на объектах общественного питания при приготовлении пищи и выпуске пищевой продукции используется только йодированная соль. В каждом крупном магазине области ассортимент продуктов для здорового питания представлен на отдельных полках «здоровых продуктов».

На создание и поддержание здоровьесберегающей среды в учреждениях образования направлены действующие на постоянной основе программы по укреплению материально-технической базы учреждений, в том числе пищеблоков, реконструкции санитарных узлов, системы искусственной освещенности, замены ученической мебели

и др. По требованию госсаннадзора улучшена материально-техническая база объектов питания учреждений образования. Горячей проточной водой обеспечены 100% производственных ванн объектов питания, умывальников для сотрудников и при обеденных залах. В 2022 г. на пищеблоках установлено 8 и приобретено 370 единиц торгово-технологического оборудования, в том числе 21 посудомоечная машина, что позволило укрепить эпидемиологическую надежность объектов. Особое внимание уделяется повышению уровня знаний и практических навыков персонала пищеблоков, специалистов заинтересованных служб. В 2022 г. проведено 12 межведомственных областных семинаров (в 2021 г. – 8), 70 семинаров (совещаний) на административных территориях, более 8,5 тыс. работников прошли гигиеническое обучение. Обеспечен контроль за питанием обучающихся в учреждениях образования области. В каждом учреждении образования организовано горячее питание. Используются принципы щадящих способов приготовления, учета норм физиологических потребностей детей в пищевых веществах, соблюдения режима питания, что способствует снижению заболеваемости органов пищеварения в данной возрастной группе.

На 01.06.2023 в области осуществляются 69 профилактических проектов среди различных возрастных категорий населения. В соответствии с Государственной программой «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021–2025 годы, в учреждениях общего среднего образования продолжена реализация информационного профилактического проекта «Школа – территория здоровья». В 2022/2023 учебном году с учетом уровня функционирования подтвердили соответствие проекту 342 (69%) учреждения общего среднего образования (117134 (74 %) учащихся), в том числе к первой ступени «Школы – пропагандирующие здоровье» отнесено 3 учреждения, ко второй ступени «Школы – содействующие укреплению здоровья» – 159, к третьей ступени «Школы здоровья» – 180. Подтвердили соответствие отдельным элементам проекта 155 учреждений общего среднего образования (41769 (26%) учащихся). За 2021/2022-2022/2023 учебные годы по критериям выполнения мероприятий проекта, состояния здоровья учащихся по данным самооценки, индекса здоровья, информированности о факторах риска, формирующих здоровье, и поддержание установки на сохранение здоровья, в большей части реализующих проект учреждений работа признана эффективной.

Обязательными медицинскими осмотрами в 2022 г. охвачено 95% работающих от числа подлежащих. Комплексная гигиеническая оценка условий труда работающих по состоянию на январь 2023 г. проведена на 74% предприятий области (в 2021 г. – на 70%). На 31.12.2022 во вредных условиях труда было занято 38% работающих, которые регулярно проходят профилактические медицинские осмотры с выдачей рекомендаций по сохранению и восстановлению здоровья. Показатель профессиональной заболеваемости на территории области в 2022 г. по сравнению с 2021 г. снизился, зарегистрировано 5 случаев хронических профессиональных заболеваний (в 2021 г. – 4 случая хронических профессиональных заболеваний и 7 случаев острых).

В рамках реализации Проекта проводится информационно-образовательная работа по вопросам профилактики коронавирусной инфекции, гриппа и кори, с размещением информации в СМИ, на сайтах учреждений и в социальных сетях (горрайисполкомами еженедельно обеспечено размещение около 350 материалов). На официальных сайтах органов власти и госсаннадзора создан тематический раздел с баннером «Профилактика COVID-19». Предоставленные в адрес руководителей организаций, учреждений и предприятий информационно-образовательные материалы (аудио- и видеоролики, памятки) размещены и транслируются на объектах торговли, общественного питания, здравоохранения, образования, спорта, культуры, на вокзалах, предприятиях, в органи-

зациях, общественных зданиях и транспорте (в том числе на плазменных и светодиодных экранах, остановочных пунктах, «бегущих» строках). Всего за 2022 г. организовано 892 выступления, в т.ч. по ТВ – 87; выступлений по радио – 3000 (252 трансляции), публикаций в печати – 285. В сети Интернет и официальных группах социальных сетей размещено 2637 информации. Издано и тиражировано 300 наименований информационно-образовательных материалов тиражом 450000 экземпляров.

Приоритетом профилактической работы учреждений госсаннадзора и организаций здравоохранения является снижение влияния основных поведенческих факторов риска развития неинфекционных заболеваний (курение, чрезмерное потребление алкоголя, нездоровое питание, гиподинамия). Для реализации межведомственного взаимодействия по профилактике болезней на административных территориях совместно с местными органами власти разработаны «Планы действий по профилактике болезней и формированию здорового образа жизни для достижения показателей ЦУР» на 2022–2024 годы.

Выводы. Развитие государственного профилактического проекта «Здоровые города и поселки» продолжается, как по увеличению числа населенных пунктов и населения, вовлеченного в Проект, так и по возможному расширению направлений его реализации. Предстоит ответственная работа, базирующаяся на новых организационных принципах и подходах, повышающих уровень оценки эффективности Проекта на основе системы объективных показателей состояния популяционного здоровья, отражающих его социальную обусловленность, гигиеническое качество окружающей среды, эффективность политики по формированию среди населения здорового образа жизни и социально-экономические индикаторы [2].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Базовый перечень критериев эффективности реализации государственного профилактического проекта «Здоровые города и поселки» : утв. координационной группой управления государственным профилактическим проектом «Здоровые города и поселки» 28.05.2021. – Минск :Респ. центр гигиены, эпидемиологии и обществ. здоровья, 2021. – 6 с.

2. Косова, А. С. Государственный профилактический проект «Здоровые города и поселки»: подходы к оценке эффективности реализации / А. С. Косова // Здоровье и окружающая среда : сб. материалов междунар. науч.-практ. конф, посвящ. 95-летию санитарно-эпидемиологической службы Респ. Беларусь, 30 сентября-1 октября 2021 года. – Минск, 2021. – С. 34–38.

УДК 614.876.06: 621.039.58

Н. Г. Власова, Г. Н. Евтушкова, А. Н. Матарас, Л. Н. Эвентова
Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр радиационной медицины
и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь

ПРОГНОЗ ДОЗ ВНУТРЕННЕГО ОБЛУЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА ТЕРРИТОРИЯХ РАДИОАКТИВНОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ, НА ПЕРИОД 2031–2035 ГГ.

Введение

Прогноз доз облучения населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях на период 2031–2035 гг., является одной из задач, решение которой позво-

лит достичь цели, направленной на создание условий безопасной жизнедеятельности населения на радиоактивно загрязненных территориях, пострадавших вследствие чернобыльской катастрофы [1].

Цель

Прогноз на период 2031–2035 гг доз облучения населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях.

Для прогноза изменения статуса населенного пункта (зонирования) и, в конечном счете, для планирования перехода от аварийной ситуации к условиям нормальной жизнедеятельности используют значение средней прогнозируемой годовой эффективной дозы (ПГЭД). Радиологическим критерием такого перехода в настоящее время является не превышение средней годовой эффективной дозы за счет чернобыльских выпадений в 1 мЗв.

Материал и методы исследования

Для расчета средней годовой эффективной дозы внутреннего облучения необходима следующая информация: прогнозное данные о средней плотности загрязнения территории населённого пункта и его ареала ^{137}Cs на 2031 год; данные Государственного дозиметрического регистра об индивидуальных дозах внутреннего облучения, рассчитанные по результатам СИЧ-измерений. Исходными данными являлись официальные данные ГУ «Республиканский центр по гидрометеорологии, контролю радиоактивного загрязнения и мониторингу окружающей среды» Министерства природных ресурсов Республики Беларусь о средней плотности загрязнения территории населённого пункта и его ареала ^{137}Cs на 2021 год. Оценка прогнозируемой средней плотности загрязнения территории населённого пункта и его ареала ^{137}Cs на 2031 год проведена в соответствии с законом радиоактивного распада.

Методической основой прогноза доз облучения населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях на период 2031–2035 гг. явился метод оценки годовых эффективных доз облучения репрезентативного лица среди жителей населённого пункта, разработанный ранее в рамках научно-исследовательской работы [2].

Согласно международным рекомендациям в области радиационной безопасности, в ситуации существующего облучения средние годовые эффективные дозы облучения жителей населенных пунктов, находящихся на территории радиоактивного загрязнения, принято оценивать в отношении репрезентативного лица, как представителя наиболее облучаемой группы среди жителей населённого пункта. Следуя рекомендациям МКРЗ [2, 3], прогнозное значение годовой эффективной дозы внутреннего облучения репрезентативного лица среди жителей населенного пункта соответствует среднему значению дозы внутреннего облучения наиболее облучаемой группы среди жителей населённого пункта.

Результаты исследования и их обсуждение

По численным значениям параметров уравнения линейной регрессии годовой эффективной дозы внутреннего облучения репрезентативного лица среди жителей населенного пункта на плотность загрязнения территории ^{137}Cs для каждого из двух регионов: Полесский и Объединённый (Центральный, Северо-Восточный), проведена оценка средней годовой эффективной дозы внутреннего облучения жителей населенных пунктов Гомельской и Могилёвской областей, находящихся на территориях радиоактивного загрязнения.

Прогноз годовых эффективных доз внутреннего облучения жителей населенных пунктов, находящихся на радиоактивно загрязненных территориях Беларуси с Россией,

проведен по следующим параметрам: для Полесского региона коэффициенты уравнения регрессии 0,1361, 0,001; для Объединенного (Центральный и Северо-Восточный) региона – 0,0456, 0,0002.

Заключение

В результате проведенной работы составлен прогноз доз облучения населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях, на период 2031–2035 гг.

Согласно прогнозным данным, на период 2031–2035 гг. средние годовые эффективные дозы внутреннего облучения населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях, снизятся на 5% по сравнению с периодом 2026–2030 гг.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Прогноз доз облучения населения и его критических групп в отдаленный период после аварии на Чернобыльской АЭС, ТС проект МАГАТЭ RER/3/004 : метод. документ. – Вена, 2008.
2. Метод оценки средних годовых эффективных доз облучения населения : инструкция по применению : утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь 06.12.2019 г. № 117-0919. – Гомель, 2019. – 11 с.
3. Dose of the Representative Person for the Purpose of Radiation Protection of the Public and the Optimization of Radiological Protection. ICRP Publication 101 // Annals of the ICRP. – 2007. – 101 p.
4. Recommendations of the ICRP. ICRP Publication 103 // Annals of the ICRP. – 2008. – Vol 37. – 104 p.

УДК [614.217:614.88]:[616.98:578.834.1]-052

Ю. В. Гудзь¹, В. В. Хоминец², И. М. Барсукова³

*¹Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова» МЧС России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

*²Министерство здравоохранения Рязанской области,
г. Рязань, Россия*

*³Государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия*

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ БОЛЬНИЦ СКОРОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПЕРЕПРОФИЛИРОВАННЫХ
И НЕ ПЕРЕПРОФИЛИРОВАННЫХ ДЛЯ ПРИЕМА
ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

Введение

Пандемия новой коронавирусной инфекции стала экстремальным испытанием для системы здравоохранения, медицинских учреждений и медицинского персонала. Малоизученная ранее инфекция унесла миллионы жизней в мире и сотни тысяч – в нашей стране [1–3]. Массовое поступление больных, высокая контагиозность и летальность контингента потребовали проведения комплекса организационных, профилактических, санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предупре-

ждение возникновения и распространения случаев заболевания новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) на территории Российской Федерации [4-5]. Это потребовало развертывания дополнительных инфекционных коек для пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) или подозрением на нее, перепрофилирование медицинских организаций неинфекционного профиля, изменение схем маршрутизации пациентов в субъектах РФ. При этом мероприятия по оптимизации стационарной помощи, проведенные в России все последние годы, привели к существенному сокращению стационарных ресурсов (больниц, больничных коек, медицинского персонала). Среди медицинских организаций стационарного типа особое место занимают больницы скорой помощи (Приказ Минздрава России от 06.08.2013 № 529н 529 «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций»), в полной мере испытывавшие на себе проблемы и трудности работы «ковидного» периода.

Цель

Анализ организации работы больниц скорой помощи в период пандемии новой коронавирусной инфекции. Материалом послужили данные федеральной государственной статистики (источники – ФСН № 14 и 30, 2019-2021) 2-х многопрофильных стационаров, работающих в режиме больниц скорой помощи (24/7/365), имеющих принципиальные структурно-функциональные особенности, связанные с наличием коек для пациентов с COVID 19. Используются нормативный правовой, статистические и аналитические методы.

Результаты исследования и их обсуждение

Два многопрофильных стационара скорой помощи имели существенные различия в организации своей работы в период 2019–2021 гг., обусловленные перепрофилированием коек для приема больных инфекционного профиля (для пациентов с Covid 19) и возложением на не перепрофилированный многопрофильный стационар дополнительных объемов специализированной медицинской помощи неинфекционного профиля. Результаты исследования свидетельствуют, что два многопрофильных стационара скорой помощи имели существенные различия в организации работы в период 2019–2021 гг. Для стационара СМП с развернутыми койками инфекционного профиля для пациентов с Covid 19 (БСМП № 1) было характерно снижение объемных показателей работы: числа обращений пациентов в приемное отделение (на 61,7%), числа не госпитализированных пациентов (на 82,2%) и отказов пациентов от госпитализации (на 83,6%), числа амбулаторных пациентов (на 77,7%), числа выписанных больных (на 17,7%) и проведенных пациентами койко-дней (на 2,9%). Снизилось также число перегоспитализаций пациентов (на 96,1%), поскольку больные с Covid 19 размещались непосредственно на койках инфекционного профиля данного стационара. Для стационара скорой помощи, не перепрофилированного под Covid 19 (БСМП № 2), было характерно незначительное увеличение обращений (+1,4%) при снижении числа выписанных пациентов (-22,8%) и проведенных койко-дней (-12,4%). Дополнительные объемы специализированной медицинской помощи, возложенные на этот не перепрофилированный стационар, при сокращении и даже прекращении плановой госпитализации не были очень высокими. Отмечался рост числа не госпитализированных пациентов (на 34,2%) по причине отказов пациентов от госпитализации (+119,0%) в связи с риском заразиться Covid 19 и объемов помощи в амбулаторных условиях (+22,7%). Значительно возросло число перегоспитализированных больных (+55,5%), обусловленное выявлением пациентов с признаками инфекционного заболевания (Covid 19) в приемно-диагностическом отделении. Анализ медико-статистических особенностей пациентов многопрофильных ста-

ционаров скорой помощи за период 2019-2021 позволил заключить также о росте общего числа умерших пациентов (на 154,8% и 29,2%, соответственно); увеличении числа пациентов с заболеваниями органов дыхания (на 33,3% и 19,8%, соответственно); росте числа умерших пациентов с заболеваниями органов дыхания (на 433,3% и 145,5%, соответственно); поступлении (впервые) пациентов с Covid-19 и росте их числа в динамике 2020–2021 гг. (до 3224 и 420 пациентов в 2021 г., соответственно); регистрации (впервые) пациентов, умерших от Covid-19 и росте их числа в динамике 2020–2021 гг. (до 1196 и 420 пациентов в 2021 г., соответственно).

Заключение

Многопрофильные стационары скорой помощи требуют разработки новых моделей и принципов организации лечебно-диагностического процесса, предусматривающих развертывание стационарных отделений скорой медицинской помощи, мобильного коечного фонда, инфекционных коек, разработку алгоритмов приема и сортировки пациентов, сокращение необоснованной и непрофильной госпитализации, повышение доступности, оперативности и качества оказания медицинской помощи, что позволит повысить готовность к работе в чрезвычайных ситуациях подобных пандемии новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барсукова, И. М. Анализ оказания неотложной хирургической помощи больным с острой хирургической патологией органов брюшной полости в Санкт-Петербурге в условиях пандемии COVID-19 / И. М. Барсукова, Н. А. Сизоненко, А. И. Махновский // Национальные проекты : новое качество жизни для всех поколений : матер. 56 межрег. научн.-практ. мед. конф. – Ульяновск : И.П. Петрова, 2021. – С. 510-512.
2. Анализ потока амбулаторных пациентов в приемных отделениях стационаров Российской Федерации / И. М. Барсукова [и др.] // Проблемы городского здравоохранения.: сб. науч. тр. ; под ред. Н. И. Вишнякова. – СПб. : РИЦ ПСПбГМУ, 2022. – Вып. 27. – С. 81-88.
3. Временное руководство ВОЗ от 19.03.2020 «Оперативные рекомендации по ведению случаев COVID-19 в медицинских учреждениях и обществе» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rosprotrebnadzor.ru/>. – Дата доступа: 28.04.2020.
4. Временные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекцией Covid-19. Версия 17 (от 14.12.2022г.) [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>. – Дата доступа: 28.05.2022.
5. О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 : приказ Минздрава России от 19.03.2020 N 198н, в ред. от 28.06.2022 [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>. – Дата доступа: 28.05.2022.

УДК [614.217:614.88]:[616.98:578.834.1]-052

Ю. В. Гудзь¹, В. В. Хоминец², И. М. Барсукова³

¹Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины
им. А.М. Никифорова» МЧС России,
г. Санкт-Петербург, Россия

²Министерство здравоохранения Рязанской области,
г. Рязань, Россия

³Государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»,
г. Санкт-Петербург, Россия

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ СТАЦИОНАРА СКОРОЙ ПОМОЩИ С ПЕРЕПРОФИЛИРОВАННЫМИ КОЙКАМИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОФИЛЯ (COVID-19)

Введение

Пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19) обусловила необходимость увеличения коечной мощности для приема инфекционных больных, в связи с чем часть стационаров, в том числе часть больниц скорой медицинской помощи была перепрофилирована для приема пациентов с новой коронавирусной инфекцией [1–5].

Цель

Рассмотреть особенности работы стационара скорой медицинской помощи (далее – СМП) с койками для пациентов инфекционного профиля (с COVID-19). Материалом послужили данные больницы СМП Рязанской обл. Используются статистический и аналитический методы.

Результаты исследования и их обсуждение

Общая характеристика потока пациентов больницы СМП в период 2019–2021 гг. свидетельствовала о снижении объема выписанных пациентов на 17,7%. Наиболее существенным было критическое снижение (на 60,9%) в период разгара пандемии 2019–2020 гг. с частичным его восстановлением в 2021 г. Соответственно, и количество проведенных койко-дней за наблюдаемый период снизилось на 74,8%, а затем частично восстановилось в 2021 г. Эти колебания показателей были взаимообусловлены и имеют сильную прямую корреляционную связь ($r=0,93$). Более половины пациентов составляли пациенты старше трудоспособного возраста (52,5% в 2019 г. и 51,7% в 2021 г.), колебания их численности также коррелировали с численностью общего потока пациентов ($r=0,99$). Значительная часть пациентов была доставлена в стационар по экстренным показаниям (98,3% в 2019 г. и 71,3% в 2021 г.), около половины - бригадами скорой медицинской помощи (далее – СМП) (45,7% в 2019 г. и 56,7% в 2021 г.). Корреляция этих показателей экстренной госпитализации и доставленных СМП пациентов логически обусловлена, высока ($r=0,89$). Высокие показатели летальности за 2020–2021 гг. в значительной части были обусловлены широким распространением COVID-19. Они возросли на 154,8% за 2019–2021 гг. ($r=0,97$) и составили: 5,3% (2019), 12,6% (2020),

16,4% (2021) (рост в 3,1 раза). Корреляция числа выписанных и умерших пациентов в динамике 2019–2021 гг. имеет отрицательное значение: при снижении объема госпитализации число умерших возрастало. Преобладающую часть умерших составили пациенты старше трудоспособного возраста: 79,7% (2019), 83,4% (2020), 85,9% (2021) (+6,2% за 2019–2021 гг.), их доля возросла в 3,4 раза (с 8,1% в 2019 г. до 27,3% в 2021 г.), она коррелировала с ростом общей летальности в стационаре ($r = 0,99$). Корреляция числа выписанных и умерших пациентов старше трудоспособного возраста в динамике 2019–2021 гг. имеет отрицательное значение: при снижении объема госпитализации число умерших возрастало. Особенности нозологической структуры пациентов. 2020 год характеризовался значительным снижением госпитализации пациентов всех нозологических групп, за исключением болезней органов дыхания (число пациентов в период 2019–2020 гг. увеличилось в 7,1 раз; в 2019–2021 гг. – в 5,3 раза) и COVID-19. В 2021 годы наблюдалась некоторая стабилизация эпидобстановки, адаптации системы здравоохранения, восстановление и перераспределение потоков пациентов различных нозологических групп, но число пациентов с COVID-19 увеличилось в 1,4 раза (с 2339 в 2020 году до 3224 в 2021 г.). Число умерших увеличилось на 154,8% (2019–2021). Причем, наблюдалось снижение показателя практически во всех нозологических группах (в связи с сокращением потоков поступающих пациентов по профилям) за исключением болезней органов дыхания (в 2020 году число умерших увеличилось в 7,8 раз, а в 2021 году – в 5,3 раза) и пациентов с COVID-19. Пациенты с COVID-19 заслуживают особого внимания: при отсутствии таковых в 2019 г., в 2020 г. от заболевания умерло 66 пациентов, а в 2021 их число увеличилось в 18,1 раз. Летальность в 2020–2021 гг. составила 0,03 и 0,37, соответственно.

Заключение

В период пандемии COVID-19 (2020–2021 гг.) важной особенностью работы больницы СМП было развертывание коек для пациентов с COVID-19; значительное снижение потока госпитализации (до 60,1% в 2020 г.) с последующим частичным восстановлением в 2021 году; рост показателей летальности (более, чем в 3 раза), особенно среди пациентов старше трудоспособного возраста (85,9% в структуре летальности 2021 года); увеличение числа пациентов с болезнями органов дыхания (в 7,1 раз в 2019–2020 г., в 5,3 раза – в 2019–2021 гг.) и числа умерших от этой патологии (в 7,8 раз в 2019–2020 гг. и в 5,3 раза в 2020–2021 гг.). Результаты анализа работы стационаров в этот сложный для страны период позволяют дать объективную оценку работы медицинских организаций, провести анализ проблем и достижений, повысить готовность к работе в ЧС подобных пандемии новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Результаты работы скорой медицинской помощи вне медицинских организаций и в стационарных условиях в Российской Федерации / С. Ф. Багненко [и др.] // Медико-биологические и социальные проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2020. – № 1. – С. 5–11.
2. Анализ коечного фонда коек скорой медицинской помощи суточного пребывания стационарных отделений скорой медицинской помощи в Российской Федерации / И. М. Барсукова [и др.] // Проблемы городского здравоохранения : сб. науч. тр. ; под ред. Н. И. Вишнякова. – СПб. : РИЦ ПСПбГМУ, 2022. – Вып. 27. – С. 51–56.
3. Анализ потока амбулаторных пациентов в приемных отделениях стационаров Российской Федерации / И. М. Барсукова [и др.] // Проблемы городского здравоохранения.: сб. науч. тр. ; под ред. Н. И. Вишнякова. – СПб. : РИЦ ПСПбГМУ, 2022. – Вып. 27. – С. 81–88.
4. Временные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекцией Covid-19. Версия 17 (от 14.12.2022г.) [Электр. ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>. – Дата доступа: 27.09.2023.

5. О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 : приказ Минздрава России от 19.03.2020 N 198н (ред. от 28.06.2022) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>. –Дата доступа: 27.09.2023.

УДК 614.3(476.2)

С. А. Колеснева, И. М. Бордадын, О. В. Пладунова, С. А. Саварина

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

О ДЕЙСТВИЯХ ГОССАННАДЗОРА ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ В ОБРАЩЕНИИ НЕБЕЗОПАСНОЙ ПИЩЕВОЙ ПРОДУКЦИИ

Введение

Одним из приоритетных направлений деятельности государственного санитарного надзора (далее – госсаннадзор) в рамках реализации законодательства, направленного на снижение потенциального риска влияния небезопасной продукции для жизни и здоровья человека, является работа по защите внутреннего рынка страны от поступления и оборота некачественной и небезопасной продукции [1], в том числе в рамках реализации Закона «О качестве и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов для жизни и здоровья человека» [2].

Цель

Изучить влияние проводимых специалистами учреждений госсаннадзора организационных и практических мероприятий на гигиеническую характеристику продовольственного сырья и пищевых продуктов на территории Гомельской области.

Материал и методы исследования

Исследованы результаты надзора за соблюдением требований санитарно-эпидемиологического законодательства при обращении пищевой продукции (далее – надзор) и данные мониторинга показателей безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов, реализуемых в Гомельской области, в соответствии с требованиями законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Результаты исследования и их обсуждение. Надзор за обращением пищевой продукции в 2021–2022 годах осуществлялся с акцентом на импортную продукцию. С целью обеспечения эффективности госсаннадзора по защите внутреннего рынка от небезопасной продукции государственным учреждением «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» (далее – Гомельский областной ЦГЭиОЗ) в 2022 году были проведены следующие организационные мероприятия:

разработаны бюджетные программы лабораторного контроля пищевой продукции и изделий, контактирующих с пищевой продукцией, по значимым показателям безопасности с учетом анализа информации о несоответствующей продукции, поступающей от Государственного комитета по стандартизации Республики Беларусь (далее – Госстандарт), и органов и учреждений, осуществляющих госсаннадзор;

СЕКЦИЯ Экологическая и профилактическая медицина

ежемесячно осуществлялся анализ результатов надзора, в том числе по видам отбираемой продукции и назначаемым исследованиям, с последующей коррекцией надзорных мероприятий территориальных центров гигиены и эпидемиологии (далее – ЦГЭ) с учетом допущенных ошибок и путей их устранения, акцентов на приоритетные направления работы, а также видов отбираемой для лабораторных исследований продукции, в том числе с учетом сезонности обращения на потребительском рынке (консультирование ЦГЭ по планируемым к отбору образцам, направление методических писем, проведение методических семинаров и учебы по осуществлению идентификации продукции, отражению идентификационных признаков продукции в актах отбора, назначению исследуемых показателей, проведению отбора проб продукции у импортеров и производителей с учетом ассортимента и значимости находящейся на складах продукции);

перечни несоответствующей пищевой продукции, выявленной на территории Гомельской области и Республики Беларусь учреждениями госсаннадзора и органами Госстандарта, доводились до территориальных ЦГЭ и размещались на сайтах учреждений и социальных интернет-площадках;

проводилась оценка осуществления надзора с выездом в территориальные ЦГЭ, с практикой выходов на объекты торговли и проведением учебы специалистов по выбору пищевой продукции для проведения лабораторных исследований по значимым показателям безопасности, осуществлению идентификации пищевой продукции, оформлению программ лабораторных исследований;

осуществлялась коррекция программ лабораторных испытаний продукции, поступающей в лаборатории Гомельского областного ЦГЭиОЗ из территориальных ЦГЭ, в том числе по изделиям, контактирующим с пищевой продукцией;

результаты осуществления надзора неоднократно заслушаны на заседаниях областного санитарно-эпидемиологического совета при главном государственном санитарном враче Гомельской области с принятием решений;

информация о результатах надзора направлялась в главное управление торговли и услуг Гомельского областного исполнительного комитета (ежеквартально), о выявляемой в ходе надзора несоответствующей пищевой продукции - в ведомства, органы Госстандарта.

Проведенные организационные и практические мероприятия позволили в 2022 году повысить эффективность госсаннадзора по недопущению к обращению небезопасной пищевой продукции. Удельный вес отобранной для исследований импортной пищевой продукции увеличился в 1,3 раза и составил 84% (в 2021 году – 67%), что превысило среднереспубликанский показатель (81%).

Всего в 2022 году в Гомельской области зарегистрирована 161 проба несоответствующей гигиеническим нормативам пищевой продукции (86% - импортная пищевая продукция). Удельный вес несоответствующей пищевой продукции по области увеличился в 2,7 раза и составил 6,1% (в 2021 году – 2,3%), в том числе импортной – 6,2% (в 2021 году – 2%) при среднереспубликанском показателе – 7%, в том числе импортного производства – 6%.

Увеличение показателя по выявлению несоответствующей пищевой продукции свидетельствует о верной направленности действий госсаннадзора для достижения устойчивости территории области по качеству продуктов питания.

Благодаря целенаправленной и результативной работе по защите внутреннего рынка от небезопасной пищевой продукции в Гомельской области в 2022 году отсутствовали административные территории с «нулевыми показателями» (на которых не

СЕКЦИЯ Экологическая и профилактическая медицина

выявлено ни одного несоответствующего образца пищевой продукции), что улучшило результаты надзора по сравнению с 2021 годом на 14%.

За счет скоординированной работы, постоянного анализа и корректировки мероприятий территориальных ЦГЭ, в 2022 году в Гомельской области достигнуты изменения структуры несоответствия пищевой продукции по показателям безопасности:

увеличился удельный вес несоответствий по физико-химическим показателям, в том числе по пищевым добавкам, на 24%, тем самым данный показатель превысил среднереспубликанский на 4% (по республике – 39%). Несоответствие пищевой продукции по физико-химическим показателям свидетельствует о недобросовестности производителей пищевой продукции и нарушениях, допускаемых на предприятиях при производстве пищевой продукции;

увеличился удельный вес несоответствий растениеводческой продукции по содержанию нитратов в 2,8 раза, и составил 7,2% (в 2021 году – 2,6%), что связано с усиленным вниманием госсаннадзора за реализацией плодоовощной продукции с учетом сезонности ее обращения на потребительском рынке;

снизился удельный вес несоответствий по микробиологическим показателям на 16%. Основной вклад в несоответствие пищевой продукции по микробиологическим показателям безопасности внесла импортная пищевая продукция (91% несоответствующих проб по микробиологическим показателям), что можно объяснить сложным и длинным логистическим путем импортной продукции от производителя к потребителю, при котором существует высокий риск дополнительного контаминирования продукции и несоблюдения условий ее хранения и транспортировки.

Всего в 2022 году в Гомельской области по физико-химическим показателям безопасности не соответствовали 43% проб пищевой продукции (в 2021 году – 19%), по микробиологическим показателям – 54% (в 2021 году – 70%), по органолептическим показателям – 1,2% и по несоответствию маркировки – 2% пищевой продукции.

Основными группами продукции, по которым выявлено несоответствие в 2022 году, являлись плодоовощная и бахчевая продукция, орехи, чай, сухофрукты и цукаты, приправы, кондитерские изделия, сушеная рыба и рыбные консервы, семечки.

Несоответствие импортной продукции регистрировались среди производителей следующих государств: Россия, Узбекистан, Турция, Казахстан, Украина, Китай, Польша, Боливия, Таиланд.

Эффективность работы госсаннадзора и устойчивость области по качеству продуктов питания проявляется и в отсутствии превышений гигиенических нормативов по потенциально опасным химическим соединениям (токсичным химическим элементам, микотоксинам, патулину, пищевым добавкам (синтетическим красителям, подсластителям, ароматизаторам) в пищевой продукции, изготавливаемой пищевыми предприятиями области, за последние 7 лет. На протяжении 5 лет не регистрируется несоответствующая пищевая продукция по содержанию пестицидов, а на протяжении 12 лет в испытанных пробах молока и мяса не зарегистрированы превышения допустимых уровней содержания антибиотиков.

Заключение

В результате совместной и скоординированной работы специалистов областного и территориального уровней учреждений госсаннадзора Гомельской области, слаженному применению теории и практики, к 2022 году получилось достигнуть:

повышения эффективности госсаннадзора по всей Гомельской области и исключения «нулевых показателей» на административных территориях области по защите внутреннего рынка от небезопасной пищевой продукции;

увеличения выявляемости несоответствующей пищевой продукции, в том числе импортного производства;

изменения структуры несоответствия пищевой продукции по показателям безопасности за счет увеличения удельного веса несоответствий по физико-химическим показателям, и тем самым повышения ответственности недобросовестных производителей;

недопущения обращения на территории Гомельской области несоответствующей пищевой продукции (госсаннадзором Гомельской области запрещена реализация более 569,5 тонны негодной пищевой продукции – 74% от общего объема запрещенной к реализации пищевой продукции в Республике Беларусь (762,6 тонны);

предотвращения обращения растениеводческой продукции с превышенным содержанием нитратов. Объем запрещенной к реализации растениеводческой продукции составил 551,9 тонны;

положительной тенденции в санитарно-техническом и противоэпидемическом обеспечении предприятий, производящих и реализующих продукты питания. В 2022 году удельный вес объектов, осуществляющих обращение пищевой продукции, средней степени риска по группе эпидемической надежности, уменьшился на 1,7%; объекты с выраженным риском не зарегистрированы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Министерство здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/sanitarnaya-sluzhba/napravleniya-deyatelnosti.php>. – Дата доступа: 01.06.2023.

2. О качестве и безопасности продовольственного сырья и пищевых продуктов для жизни и здоровья человека [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь от 29 июня 2003 г. № 217-3 // Информационно-правовая система ЭТАЛОН-ONLINE. – Режим доступа: <https://etalonline.by/document/?regnum=N10300217>. – Дата доступа: 01.06.2023.

УДК 504.4.062.2

М. О. Курбаниязова , Г. И. Маденбаева, А. Ю. Мустанов

«Ташкентская медицинская академия»

г. Ташкент, Республика Узбекистан

ПРОБЛЕМЫ БЕЗОПАСНОГО И ДОСТУПНОГО ВОДОСНАБЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ УЗБЕКИСТАНА

Введение

Современный этап развития экономики Республики Узбекистан ставит перед собой принципиально новые задачи, одна из которых направлена на организацию мероприятий, обеспечивающих санитарно – эпидемиологическое благополучие населения, профилактику инфекционных и неинфекционных заболеваний, уменьшение воздействия факторов риска на организм человека. Особенно важно учесть в условиях пандемии коронавируса обеспечение соответствующего дез.режима на водозаборных сооружениях, а также систематического лабораторного контроля воды по вирусологическим, микробиологическим показателям и контролю особо-опасных кишечных инфекций.

Актуальность решения проблем мониторинга, стандартизации и определения критериев качества питьевой воды сохраняется в связи с нарастающим дефицитом во-

дных ресурсов, ухудшением их качества, деградацией источников водоснабжения и напряженной экологической ситуацией в республике.

Цель

Целью данной работы явилась разработка санитарных норм, правил и гигиенических нормативов, направленных на обеспечение здоровья населения и профилактики неинфекционной заболеваемости и острых кишечных инфекций, особенно среди населения, проживающего в сельской местности.

Материалы и методы исследования

Объектами исследования явились маломасштабные системы водоснабжения, обеспечивающие питьевой водой население сельских районов республики. Для достижения цели использовали апробированные санитарно-гигиенические методы, эпидемиологический и научный анализ.

Результаты исследования и их обсуждение

Безопасная вода приемлемого для потребления людьми качества, которая имеется в наличии в достаточном количестве, доступна физически и по стоимости, является одной из главных предпосылок благополучия человека. Доступ к безопасной воде является основополагающим фактором не только хорошего здоровья, но и удовлетворительных средств к существованию, человеческого достоинства, перспектив экономического роста и получения образования. Отсутствие же доступа к достаточным количествам безопасной воды ведет к человеческим страданиям и потере человеческого потенциала, что не может быть оправдано с этической точки зрения и наносит прямой ущерб экономике [3, 1].

В этой связи внедрение альтернативных вариантов организации деятельности малых систем водоснабжения и санитарии, особенно в сельской местности, приобретает наибольшую актуальность. Опыт, полученный по итогам пилотных проектов, показывает положительный эффект подобного управления. А, следовательно, и вопрос изучения качества воды в сельских населенных местах является основной целью санэпидслужбы Республики в деле сохранения здоровья населения от заболеваний, связанных с водным фактором и, в первую очередь, от острых кишечных инфекций.

На начало 2022 года централизованными сетями водоснабжения было охвачено около 70% населения Республики. При этом, наиболее низкий охват сетями централизованного водоснабжения отмечался среди сельского населения в Республике Каракалпакстан 52,4%, Бухарской – 53,4%, Кашкадарьинской – 54,2%, Сурхандарьинской – 54,5% и Хорезмской – 56,5% областях. Санэпидслужбой Республики осуществляется надзор за 4251 сельскими и ведомственными водопроводами. Из них с водозабором из открытых водоемов, 79 (1,9%), которые обеспечивают население, главным образом, крупных населенных пунктов. Остальные водопроводы, т.е. большее их количество, питаются от подземных источников.

Из общего числа этих водопроводов 6,1% не отвечали санитарно – гигиеническим и техническим требованиям. При этом, в основном, или 80,3% из-за отсутствия обеззараживающих установок (от общего числа), 40,4% из-за несоблюдения санитарно-защитной зоны. Все это не может не отразиться на санитарно-эпидемиологическом благополучии территорий.

Ежегодно по химическим показателям качество воды, как в поверхностных водоемах, так и водопроводной воды, в паводковый период находится, в основном, в пределах допустимых отклонений. Лишь в августе месяце отмечается незначительное повышение выявляемого процента проб с отклонением от санитарно-гигиенических требований в связи со снижением общего объема водотока и повышенными темпера-

турами атмосферного воздуха, что не благоприятно сказывается на показателях качества воды, преимущественно по минерализации и общей жесткости, а также по микробиологическим показателям, особенно при почасовой её подаче. Так же в период летних месяцев, в период межени, концентрация солей минерализации как в воде в источниках, так и в самой питьевой воде повышается, особенно в низовьях реки Амударья и отдельных районах Ферганской, Ташкентской, Сырдарьинской, Навоийской и Бухарской областей. По данным мониторинга по химическим показателям в 2022 году качество воды централизованных систем водоснабжения также несколько улучшилось и показатель составил – 8,2% несоответствующих проб (в 2019 году – 8,8%). Наиболее неблагоприятная вода по химическим показателям, причем за счет таких показателей как минерализация, общая жесткость, содержание хлоридов и сульфатов, отмечалась в Бухарской – до 11,0%, Наманганской – 15,5%, Ташкентской – до 15,0%, Ферганской – 11,3% областях и Республике Каракалпакстан – 18,2%.

Качество питьевой воды по бактериологическим показателям в 2022 году по сравнению с 2018 годом несколько улучшилось, о чем свидетельствуют результаты лабораторного контроля и показатель составил –6,2% (в 2018 году – 7,6%) [1, с. 10].

Анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями в республике за последние 5 лет (2018–2022 гг.) показал снижение в 1,8 раза (если в 2018 году интенсивный показатель заболеваемости составлял 118,9, то в 2022 году этот показатель составил 65,0). При этом самые высокие показатели заболеваемости (интенсивный показатель – 141,2) были зарегистрированы в 2019 году. За этот период наиболее выраженное снижение заболеваемости зарегистрировано в Наманганской, Навоийской, Сырдарьинской, Бухарской и Хорезмской областях. Резкое снижение заболеваемости острыми кишечными инфекциями в 2022 году можно связать с карантинными мероприятиями в связи с пандемией коронавирусной инфекции¹.

Анализ складывающейся эпидемической ситуации, особенно в связи с проблемами, возникающими в период пандемии, вызывает потребность в возобновлении и ужесточении ряда мер, направленных на предотвращение возникновения вспышечных ситуаций, а также не допущения возникновения осложнений эпид. обстановки в регионах. На основании чего территориальным органам санэпидслужбы был предложен ряд обязательных профилактических мероприятий. В частности, было предложено:

- разработать комплексные планы мероприятий на текущий год на случай возникновения экстремальной ситуации и согласовать их с местными органами власти;
- службам «Узсувтаъминот» и предприятиям и учреждениям, имеющим на своем балансе водопроводы и канализацию, о постоянной мобилизационной готовности к ликвидации аварий на сооружениях водоснабжения и канализации, ремонту и восстановлению сетей. Иметь постоянные стандартно необходимые запасы дезинфицирующих средств и коагулянтов;
- обеспечить на системной основе в ужесточенном режиме лабораторный контроль кроме водопроводной воды, также децентрализованного водоснабжения и качества привозной воды;
- выдавать предложения об ужесточении режима обеззараживания и соблюдения условий личной гигиены на всех объектах коммунально-бытового обслуживания, общественного питания, детских дошкольных и школьных учреждениях и т.п.

В связи с тем, что, организации (юридические лица), осуществляющие деятельность в сфере хозяйственно-питьевого водоснабжения, обязаны обеспечить соответствие качества подаваемой воды санитарным правилам, нормам и гигиеническим нормативам, а также государственным стандартам [2].

¹ Открытые данные с сайта Государственного комитета по статистике Республики Узбекистан

Изложенные меры и рекомендации легли в основу СанПиН № 0372-20 «Временные санитарные правила и нормы по организации деятельности государственных органов и иных организаций, а также субъектов предпринимательства в условиях ограничительных мер в связи с пандемией COVID-19 (новая редакция)», а также СанПиН «Гигиенические требования к качеству воды нецентрализованного водоснабжения и санитарная охрана источников в условиях Узбекистана» (проект).

Вывод

Таким образом, можно констатировать, что централизованное водоснабжение, даже на уровне малых систем, позволяет резко поднять уровень санитарной культуры населения, что способствует уменьшению заболеваемости. Нарушение тех или иных санитарных правил как при организации водоснабжения, так и в процессе эксплуатации водопровода влечет за собой санитарное неблагополучие, вплоть до экстремальных ситуаций, связанных с возникновением эпидемических вспышек. Наиболее массовые и с тяжелыми последствиями нарушения общественного здоровья связаны с возможностью переноса с водой возбудителей кишечных инфекционных заболеваний. А разработанные ограничительные меры и рекомендации по организации работы водоподающих организаций направлены на недопущение возникновения и распространения инфекций, передающихся водным путем.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ведомственная статистическая отчетность форма-25-SSV shakli. – Ташкент : 2018-2022 отчетные периоды. – 49 с.
2. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения : собрание законодательства Республики Узбекистан, 2015 г., № 34, ст. 451, 2019 г., № 2, ст. 47 // Национальная база данных законодательства, 15.01.2021 г., № 03/21/666/0032, 27.04.2021 г., №03/21/685/0373.
3. Доклад ПРООН о развитии человека за 2006 год «Что кроется за нехваткой воды: власть, бедность и глобальный кризис водных ресурсов [Электронный ресурс] / Организация объединенных наций в Российской Федерации. – Режим доступа: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2006_RU_complete.pdf. – Дата доступа: 21.09.2023.

УДК 614.2/.3:616.9(476.2)

Л. П. Мамчиц¹, Е. В. Гандыш¹, О. В. Васильева², А. А. Бейзерова³

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

²Государственное учреждение

*«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии
и общественного здоровья»*

³Государственное учреждение

*«Гомельский районный центр гигиены и эпидемиологии»,
г. Гомель, Республика Беларусь*

ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

Инфекции, связанные со здравоохранением, являются основным источником заболеваемости и смертности и второй по распространенности причиной смерти во всем мире.

ВОЗ и другие исследователи сообщают, что 7% пациентов в странах с высоким уровнем дохода и 10% в странах с переходной экономикой и развивающихся странах приобретают по крайней мере один тип инфекций, связанной с оказанием медицинской помощи (ИСМП), и из этих пациентов 10% умирают. Например, в США примерно у 1,7 миллиона человек ежегодно развивается ИСМП (показатель распространенности составляет 4,5%), что приводит к смерти 90 000–99 000 человек [1, 2]. Риск ИСМП определяется степенью агрессии и инвазии, эпидемической безопасностью применяемых медицинских технологий (основной фактор), свойствами возбудителей ИСМП, условиями больничной среды, характеристиками пациентов [3]. Все вышеуказанное свидетельствует об актуальности темы, предопределяет необходимость разработки обоснованных профилактических мероприятий, на основе изучения специфических особенностей развития эпидемического процесса инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. В связи с этим и с целью создания безопасных условий пребывания пациентов в учреждениях здравоохранения была изменена стратегия борьбы с ИСМП путем внедрения системы инфекционного контроля, адаптированной к современным особенностям лечебно-диагностического процесса [3, 4, 5].

Цель

Обобщение опыта организации государственного санитарного надзора за обеспечением эпидемиологической безопасности при оказании медицинской помощи в организациях здравоохранения Гомельской области.

Материалы и методы исследования

Проанализированы данные эпидемиологического и микробиологического мониторинга за обеспечением эпидемиологической безопасности в организациях здравоохранения Гомельской области специалистами Гомельского областного центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, проведенного в 2019-2023 годах. Применены методы эпидемиологической диагностики — эпидемиологический анализ, описательно-оценочные методы. Статистические методы применяли для оценки интенсивных и экстенсивных показателей, средних величин, установления достоверности результатов исследования и их отклонений.

Результаты исследования и их обсуждение

Инфекционный контроль – система мероприятий, базирующихся на результатах эпидемиологической диагностики эффективных организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения, адаптированных к конкретным условиям. В эту систему входят 8 стандартов (компонентов):

1) организация и управление системой инфекционного контроля; 2) выявление, регистрация и учет инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи; 3) микробиологический мониторинг; 4) эпидемиологический мониторинг или анализ; 5) санитарно-противоэпидемические, в т. ч. профилактические мероприятия; 6) обучение персонала; 7) охрана здоровья персонала; 8) охрана здоровья пациентов.

Много уже сделано в Гомельской области по реализации принципов инфекционного контроля: наличие локальных нормативных документов, мониторинг соблюдения санитарно-эпидемиологического законодательства в организациях здравоохранения, мониторинг за состоянием здоровья персонала, обеспеченность СИЗ, реализация концепции изоляции пациентов с инфекционными заболеваниями, реализация мероприятий по дезинфекции и стерилизации (контроль качества), мероприятия по работе

СЕКЦИЯ Экологическая и профилактическая медицина

с медицинскими отходами, гигиена рук персонала согласно европейскому стандарту (EN 1500), внедрен микробиологический мониторинг (WHONET), обучающие мероприятия по улучшению гигиены рук.

Анализ результатов микробиологического мониторинга резистентности клинически значимых микроорганизмов к антибактериальным лекарственным средствам показал, что наибольшее количество пациентов, имеющих инфекционные заболевания, вызванные патогенными и условно-патогенными бактериями с экстремальной антибиотикорезистентностью, находятся в отделениях анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. Ретроспективный анализ наблюдения за микробным пейзажем в течение 5 лет показал, что наибольший процент выявляемости микроорганизмов приходится на отделения хирургического профиля. При этом преобладают *Staphylococcus aureus*: частота встречаемости варьирует от 26 % до 47 %. На втором месте *Escherichia coli* – 17–25 %, *Klebsiella pneumoniae* – 12–16 %.

В Гомельской области на надзоре находится 123 субъекта – 829 объектов организаций здравоохранения государственной формы собственности, из них больничных организаций – 94, амбулаторно-поликлинических организаций – 709, в т.ч. 426 ФАП и 91 АВОП; организаций переливания крови – 3, прочих организации – 23.

За истекший период 2023 года территориальными ЦГЭ проведено 26 мониторингов, в ходе которых организовано 109 выходов на объекты и 81 МТХ (1059 выходов на объекты, в т.ч. с лабораторным контролем). Организовано 259 мероприятий по контролю устранения выявленных нарушений. Кроме того, в целях усиления надзора на объектах здравоохранения области с уровня Гомельского областного ЦГЭ и ОЗ в текущем году дважды проводились единые МТХ по вопросам соблюдения санитарно-противоэпидемического режима в сельских организациях здравоохранения, отделениях реанимации, операционных блоках, ЦСО, эндоскопических кабинетах, клиничко-диагностических лабораториях, дезинфекционных блоках, прачечных. Структура выявленных нарушений: неудовлетворительное санитарно-техническое состояние объектов – 14,2 %; мебели, оборудования – 11,9%; нарушение дезинфекции – 10,5 %; режима уборок – 10,1%; нарушения в использовании СИЗ и СО, несоблюдение гигиены рук – 8,6%; недостаточные освещение, вентиляция, микроклимат – 6,2%; нарушения стерилизации, контроля качества – 5,6%; водоснабжение, водоотведение – 4,4%; несоблюдение бельевого режима, дезинфекции постельных принадлежностей – 3,5%. В то же время наиболее часто (25%) регистрировались нарушения по эксплуатации медицинских устройств по обеззараживанию воздушной среды, по ведению журналов их эксплуатации; маркировки и хранения уборочного инвентаря, хранению в аптечках лекарственных средств с истекшим сроком годности, несвоевременная выбраковка изношенного медицинского инструментария, ёмкостей для дезинфекции, отсутствие маркировки использования антисептика, мыла в дозирующих устройствах и др.

Проведен контроль знаний 1080 работников в 55 организациях здравоохранения области (оценке подвергались специалисты отделений хирургического профиля, ЦСО, КДЛ, амбулаторно-поликлинического звена). Проведенный срез уровня знаний работников продемонстрировал недостаточные, и даже неудовлетворительные, навыки и понимание медицинским персоналом требований санитарно-эпидемиологического законодательства, а также локальных правовых актов, соблюдение которых входит в должностные обязанности.

При выборочной оценке установлен неудовлетворительный уровень знаний у 10% работников организаций здравоохранения (110 человек): 11% – врачей (30 чело-

век), 12% – среднего медицинского персонала (65 человек) и 6% – младшего персонала (15 человек).

Обнаружены различия в уровне знаний врачей и среднего медицинского персонала организаций здравоохранения, подлежащих перекрестной оценке: более высокий уровень подготовки имели врачи областных и городских стационаров, а также областных и городских поликлиник, по сравнению с врачами ЦРБ. Самый низкий уровень знаний отмечен среди среднего медицинского персонала областных и городских стационаров.

Составляющие успеха борьбы с ИСМП – это эффективная система эпидемиологического надзора, научно обоснованные противоэпидемические мероприятия с учетом эпидемической обстановки, хорошо подготовленные медицинские работники, работа службы госпитальных эпидемиологов, которые занимаются организацией эпидемиологического надзора и контролем качества и эффективности проводимых мероприятий. Большое значение имеет подсистема информационного обеспечения, а именно:

1) мониторинги – эпидемиологический (выявление, учет и регистрация больных с инфекцией, выявление и учет инфекций у персонала), микробиологический, динамическое наблюдение за факторами риска (риск-менеджмент ИСМП), включающее оценку и мониторинг лечебно-диагностического процесса инвазивных процедур), оценку факторов риска, санитарно-гигиеническое и санитарно-техническое состояние стационара, санитарно-противоэпидемический режим;

2) оценка обеспечения эпидемической безопасности медицинской деятельности.

Экспертно-аналитическое направление является базовым в деятельности госпитального эпидемиолога. Составляющие успеха экспертно-аналитической деятельности – полнота и своевременность информации, владение методологией эпидемиологической диагностики, лабораторная база, современные информационные технологии.

Организационно-методическая деятельность включает определение основных направлений и планирование работы стационара по профилактике ИСМП, организационно-методическое руководство.

Значимые компоненты- обучение медперсонала по вопросам профилактики ИСМП и обоснование профилактических мероприятий, организация мероприятий по профилактике профзаболеваний медперсонала (включая иммунопрофилактику).

Заключение

Во всем мире ведется поиск эффективных систем управления качеством. Есть международные стандарты (ISO 9000), но наряду с ними должны быть стандарты, учитывающие специфику здравоохранения, медицинской организации. Дополнительно к международным необходимы отраслевые национальные стандарты управления качеством медицинской деятельности. Организация эпидемиологического обеспечения в организациях здравоохранения должна проводиться госпитальными эпидемиологами, что является приоритетным направлением, особенно при работе в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации. Госпитальные эпидемиологи должны развивать свои навыки и базу знаний в области повышения качества, способствуя повышению безопасности, качества и оказания медицинской помощи в своих стационарах [4].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Haque, M. Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections / M. Haque [et al.] // A Narrative Overview. Risk Manag Healthc Policy. – 2020. – Sep 28; Vol. 13. – P. 1765-1780.
2. Mazzeffi, M. Prevention of Healthcare-associated Infections in Intensive Care Unit Patients / Michael Mazzeffi, Samuel Galvagno, Clare Rock // Anesthesiology. – 2021. – Vol. 135. – P. 1122–1131.

3. Implementing an infection control and prevention program decreases the incidence of healthcare-associated infections and antibiotic resistance in a Russian neuro-ICU [Электронный ресурс] / K. Ershova, [et al.] // Antimicrob Resist Infect Control. – 2018. – Vol. 94, № 7. – P. 1-11. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1186/s13756-018-0383-4>. – Дата доступа: 19.09.2023.

4. Опыт организации государственного санитарного надзора за функционированием микробиологического мониторинга системы инфекционного контроля в организациях здравоохранения Гомельской области / О. В. Васильева [et al.] // Здоровье и окружающая среда : сборник материалов междунар. науч.-практ. конф, Минск, 30 сентября–01 октября 2021 г. / Издательский центр БГУ: Белорусский государственный университет. – Минск, 2021. – С. 11–13.

5. Гигиена рук медперсонала как одна из составляющих профилактических мер по созданию безопасной среды в организациях здравоохранения / Е. В. Гандыш [et al.] // Актуальные проблемы медицины : сборник научных статей Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, в 3 т., Гомель, 10 нояб. 2022 г. / Гомел. гос. мед. ун-т. – Гомель, 2022. – Том 1. Выпуск 23. – С. 164–168.

УДК 614.875

***С. А. Саварина, Т. Н. Городецкая, А. М. Буздалкина, Е. М. Янченкова,
О. Г. Журо, Т. В. Бондаловская, О. А. Бутрим***

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

ОБ АКТУАЛЬНЫХ ВОПРОСАХ ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНОГО НАДЗОРА ЗА ИСТОЧНИКАМИ НЕИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Введение

Проблема электромагнитного загрязнения среды обитания включена Всемирной организацией здравоохранения в число наиболее актуальных для человечества. Многочисленные опубликованные исследования подтверждают негативное воздействие источников неионизирующего излучения на здоровье населения [1, 2].

Государственный санитарный надзор (госсаннадзор) за источниками неионизирующего электромагнитного излучения при их воздействии на население осуществляется в соответствии со специфическими санитарно-эпидемиологическими требованиями «Требования к содержанию и эксплуатации объектов, являющихся источниками неионизирующего излучения», утвержденными Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 04.06.2019 № 360 (ССЭТ). В процессе госсаннадзора проводится оценка состояния территории по электромагнитной обстановке, формируется база данных об источниках [3].

Цель

Проведена оценка осуществления госсаннадзора за соблюдением ССЭТ субъектами, содержащими и (или) эксплуатирующими источники неионизирующего излучения (радиочастотного диапазона (ЭМИ РЧ) (передающие радиотехнические объекты (ПРТО), в том числе объекты сотовой связи и широкополосного беспроводного доступа (ШБД); электрических (ЭП) и магнитных (МП) полей промышленной частоты 50 Гц) на территории Гомельской области, с учетом особенностей взаимодействия учрежде-

ний госсаннадзора, субъектов хозяйствования, а также внедрения в практику новых методов работы в области гигиены физических факторов.

Материалы и методы исследования

В работе использован аналитический метод.

Результаты исследования и их обсуждение

В Гомельской области предупредительный госсаннадзор (согласование места размещения объекта; экспертиза проекта в части организации санитарно-защитной зоны (СЗЗ) и зоны ограничения застройки (ЗОЗ) объекта, оказывающего воздействие на здоровье человека и окружающую среду; приемка объекта в эксплуатацию (выдача заключения о соответствии принимаемого в эксплуатацию объекта строительства требованиям законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения) за источниками ЭМИ РЧ, включая объекты сотовой связи, осуществляется специалистами отделений радиационной гигиены Гомельского областного ЦГЭиОЗ (объекты, расположенные на территории области) и Гомельского городского ЦГЭ (объекты, расположенные на территории г. Гомель). После приемки ПРТО в эксплуатацию (за исключением объектов сотовой связи) они передаются для текущего госсаннадзора в территориальные ЦГЭ (комплект документов для передачи содержит заключение о приемке объекта в эксплуатацию, экземпляры санитарного паспорта, протокола измерений уровней ЭМП и программы производственного контроля (ПЛК)).

Планирование и проведение лабораторно-инструментальных исследований выполняется при приемке объектов в эксплуатацию на этапе предупредительного госсаннадзора; при выполнении программ ПЛК по запросам субъектов хозяйствования; при проведении надзорных мероприятий, в целях обеспечения текущего госсаннадзора, в т.ч. мероприятий технического (технологического, поверочного) характера; для сопровождения социально-гигиенического мониторинга (СГМ).

По состоянию на 01.01.2023 в учреждениях госсаннадзора Гомельской области учтено 4198 ПРТО, из них объекты сотовой связи – 2503 (59,6%), прочие – 1669 (40,4%). В 2022 году согласовано размещение 409 объектов, выдано 412 заключений по проектам в части организации СЗЗ и ЗОЗ, 110 заключений по приемке в эксплуатацию и 719 санитарно-гигиенических заключений о деятельности, связанной с использованием источников иных вредных физических воздействий. Все эксплуатируемые объекты паспортизированы. Проведено 10447 инструментальных измерений уровней электромагнитных полей, создаваемых ПРТО, в т.ч. 7884 (75,6%) – по программам производственного контроля. Превышений предельно допустимых уровней (ПДУ) не установлено.

Текущий госсаннадзор начинается с учета ПРТО (в составе субъекта хозяйствования) и внесения их в Реестр субъектов хозяйствования, осуществляющих хозяйственную и иную деятельность на административной территории. Учитывая специфику ПРТО (работа в автоматическом режиме, отсутствие постоянных рабочих мест и др.), основной задачей текущего госсаннадзора является контроль за выполнением программ производственного контроля за ЭМИ РЧ (измерения интенсивности ЭМИ РЧ), который осуществляется территориальными ЦГЭ по запросам в адрес субъектов хозяйствования и при проведении надзорных мероприятий. Количество ПРТО Гомельской области, на которых производственный лабораторный контроль должен осуществляться с периодичностью 1 раз в год, составляет 27% от общего числа, 73% объектов соответственно – 1 раз в два года.

Превышения предельно-допустимых уровней на территории Гомельской области не регистрируются.

СЕКЦИЯ Экологическая и профилактическая медицина

Установлены гигиенические требования к обеспечению безопасности и безвредности воздействия на население ЭП и МП тока промышленной частоты 50 Гц, в том числе к условиям проживания и нахождения человека на территории жилой застройки, а также его пребывания в помещениях жилых и общественных зданий при воздействии ЭП и МП 50 Гц от внешних источников (воздушные линии электропередачи (ВЛ), электростанции, электрические подстанции, ЭУ и распределительные устройства) и внутренних (силовые кабели (СК), кабельные линии (КЛ), распределительные пункты электропитания (РПЭ) и др.) источников ЭП и МП 50 Гц. Приемка в эксплуатацию законченных строительством жилых и общественных зданий осуществляется после обязательного инструментального измерения уровней ЭП и МП 50 Гц в помещениях и на территории на соответствие ПДУ согласно приложению 12 ССЭТ. По результатам работы за 2022 год и за истекший период 2023 года приемка в эксплуатацию вновь построенных (законченных возведением) жилых домов и общественных зданий в 100% случаев проведена с обязательными инструментальными измерениями уровней ЭП и МП 50 Гц на всех административных территориях.

Приемка в эксплуатацию законченных строительством объектов осуществляется в рамках проведения административной процедуры (п. 3.9.5 Единого перечня административных процедур, осуществляемых в отношении субъектов хозяйствования, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 24.09.2021 № 548, в соответствии с Регламентом административной процедуры, осуществляемой в отношении субъектов хозяйствования, по п. 3.9.5 «Получение заключения о соответствии принимаемого в эксплуатацию объекта строительства требованиям законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения», утвержденного постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.02.2022 № 13, и алгоритмами осуществления органами и учреждениями, осуществляющими государственный санитарный надзор административных процедур в отношении субъектов хозяйствования в соответствии с Единым перечнем административных процедур, осуществляемых в отношении субъектов хозяйствования, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 24.09.2021 № 548, утвержденными постановлением Заместителя Министра - Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь от 20.04.2023 № 14).

Требуется предоставление протоколов физических факторов инженерных систем и оборудования объекта, а также иных нормируемых параметров факторов среды обитания человека с учетом характера осуществляемых работ и услуг, представляющих потенциальную опасность для жизни и здоровья населения, выполненных в аккредитованных испытательных лабораториях (центрах) в соответствии с Перечнем работ и услуг, представляющих потенциальную опасность для жизни и здоровья населения, утвержденным постановлением Министерством здравоохранения Республики Беларусь от 17.07.2012 № 104 (в редакции постановления Министерства Здравоохранения Республики Беларусь от 18.11.2016 № 114), строительными нормами СН 3-02.07- 2020 «Объекты строительства. Классификация», Указом Президента Республики Беларусь от 26.02.2021 № 58 «Об осуществлении строительной деятельности». В качестве иных нормируемых параметров факторов среды обитания человека следует рассматривать предельно-допустимые уровни ЭП и МП 50 Гц при их воздействии на население, измеренные: 1) в населенных пунктах вне территории жилой застройки (в границах городов с учетом их перспективного развития на 10 лет, поселков городского типа и сельских населенных пунктов, включая территории огородов и садов), в том числе зона воздушных линий электропередачи (ВЛ) и кабельных линий (КЛ) напряжением выше 1 кВ – при пребывании на территории прохождения ВЛ и КЛ лиц, не осуществляющих их эксплу-

атацию и обслуживание; 2) на участках пересечения ВЛ с автомобильными дорогами I–IV категорий; 3) на территории за пределами населенных пунктов с эпизодическим пребыванием людей; 4) на территории с труднодоступными местами для транспортных средств (сельскохозяйственных машин) и участками, огороженными для исключения доступа людей. Таким образом, приемка в эксплуатацию ВЛ и КЛ напряжением выше 1 кВ должна проводиться при наличии протоколов измерений напряженности ЭП и интенсивности МП тока промышленной частоты 50 Гц, выполненных в аккредитованных испытательных лабораториях (центрах).

Всего в 2022 году в Гомельской области выдано 38 заключений по приемке в эксплуатацию ВЛ и КЛ напряжением выше 1 кВ на 11 административных территориях, с наличием протоколов лабораторных измерений токов промышленной частоты 50 Гц.

Для сопровождения СГМ проводился лабораторный контроль уровней ЭП и МП промышленной частоты 50 Гц на территории жилой застройки, попадающей в охранную зону воздушных линий электропередачи 110 кВ (20 м).

В рамках внедрения Гомельским областным ЦГЭ и ОЗ разработанной государственным предприятием «НППЦГ» инструкции по применению «Метод оценки риска здоровью населения, обусловленного воздействием электромагнитных полей тока промышленной частоты 50 Гц», утвержденной заместителем Министра здравоохранения – Главным государственным санитарным врачом Республики Беларусь 28.01.2022, проведен расчет и оценка уровня риска здоровью населения при воздействии ЭП и МП 50 Гц, формируемых на территории Гомельской области, по результатам контроля уровней ЭП и МП промышленной частоты 50 Гц на этапе приемки в эксплуатацию законченных строительством жилых и общественных зданий, а также в рамках проведения СГМ факторов среды обитания на территории жилой застройки, попадающей в охранную зону воздушных линий электропередачи 110 кВ (20 м). Потенциальный риск здоровью населения при воздействии ЭП и МП 50 Гц оценивается как приемлемый (т.е. уровень заболеваемости населения не превышает фоновый, состояние дискомфорта проявляется в единичных случаях у особо чувствительных людей), что характеризует устойчивость территории Гомельской области по достижению показателя 7.1.2. «Доступ к чистым источникам энергии и технологиям в быту» в данном аспекте.

Заключение

Для эффективности госсаннадзора за источниками неионизирующего излучения со стороны территориальных ЦГЭ необходимо обеспечить учет всех субъектов-владельцев ПРТО и должный контроль за выполнением программ производственного контроля за ЭМИ РЧ; а также проведение административной процедуры (в отношении законченных строительством (в т.ч. капитальным ремонтом, реконструкцией) жилых и общественных зданий, высоковольтных линий электропередач напряжением выше 1 кВ). При наличии территории жилой застройки, попадающей в охранную зону воздушных линий электропередачи напряжением 110 кВ (20 м) необходимо проведение лабораторного контроля уровней ЭП и МП промышленной частоты 50 Гц в рамках СГМ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рахимбеков, М. С. Влияние электромагнитных излучений на человека / М. С. Рахимбеков // Гигиена труда и медицинская экология. – 2017. – Том 56, № 3. – С. 3–11.
2. Лифанова, Р. З. Влияние электромагнитного излучения радиодиапазона на организм в целом и структурные единицы (обзор литературы) / Р. З. Лифанова, В. С. Орлова, В. В. Цетлин // Гигиена и санитария. – 2021. – № 2. – С. 123–128.
3. Исследование электромагнитных полей частотой 50 Гц на селитебных территориях и экспертная оценка состояния здоровья населения / В. Н. Никитина [et al.] // Гигиена и санитария. – 2019. – № 6. – С. 665–670.

УДК 614.777:546.72(476.2)

Т. В. Савченко, И. А. Дранеза, Е. М. Янченкова
Государственное учреждение
«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии
и общественного здоровья»,
г. Гомель, Республика Беларусь

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОЙ ОЦЕНКИ РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННОГО СОДЕРЖАНИЕМ ЖЕЛЕЗА В КОММУНАЛЬНЫХ ВОДОПРОВОДАХ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

Основным источником питьевого водоснабжения в Гомельской области являются подземные воды. По данным Национальной академии наук Беларуси, характерными геохимическими особенностями Гомельского региона являются высокие (выше уровня предельно-допустимой концентрации, далее – ПДК) содержания в подземных водах железа. Использование подземных вод для питьевых нужд населения возможно только после очистки воды от компонентов, содержание которых превышает гигиенические нормативы. Технические нормативно-правовые акты Республики Беларусь регламентируют содержание железа в питьевой воде не более 0,3 мг/дм³ [1].

Избыточное количество железа в воде обладает отрицательным воздействием на организм человека, а именно приводит к раздражению кожи и слизистой оболочки, оказывает негативное воздействие на функции печени и почек [2].

Решение вопроса повышенного содержания железа в коммунальных водопроводах возможно путем строительства сооружений водоподготовки и реконструкции существующих водопроводных сетей.

В настоящее время в рамках реализации Государственной программы «Комфортное жилье и благоприятная среда» в Гомельской области устанавливаются типовые модульные станции, предназначенные для очистки подземных вод от растворенных в них примесей (железа, марганца), как на новых источниках водоснабжения, так и на существующих [3].

За последние 5 лет (2018–2022 годы) в Гомельской области введены в эксплуатацию 134 станции обезжелезивания, наибольшее количество в Жлобинском, Гомельском, Калинковичском, Мозырском, Петриковском, Светлогорском районах, что позволило снизить удельный вес несоответствующих проб из коммунальных водопроводов по содержанию железа на 15% и обеспечить 70,5 тыс. населения водой нормативного качества.

Однако, строительство сооружений водоподготовки на водозаборных сооружениях в Гомельском регионе не позволяет в полном объеме обеспечить доведение показателей по содержанию железа в питьевой воде до нормативных значений.

На рисунке 1 показан удельный вес несоответствующих проб гигиеническим нормативам по содержанию железа в коммунальных водопроводах на административных территориях Гомельской области в 2022 году.

СЕКЦИЯ Экологическая и профилактическая медицина

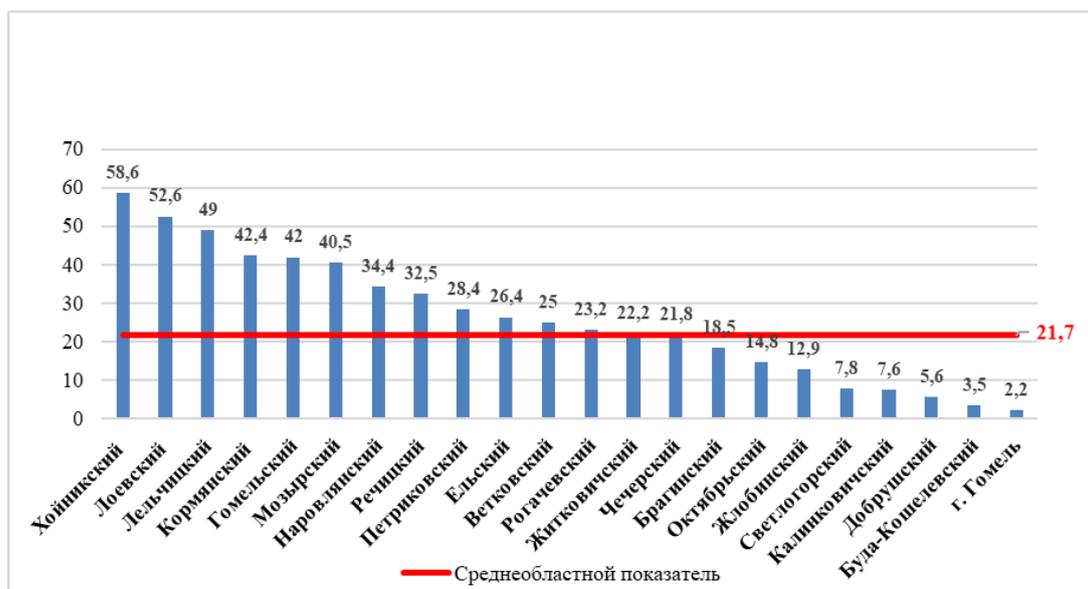


Рисунок 1 – Удельный вес несоответствующих проб по содержанию железа в коммунальных водопроводах Гомельской области в 2022 году, %

Высокий процент сверхнормативного срока эксплуатации водопроводных сетей, в том числе в населенных пунктах, водозаборы которых оборудованы сооружениями водоподготовки, несвоевременное проведение плановых промывок участков водопроводных сетей обуславливает содержание железа в питьевой воде у конечного потребителя с превышением гигиенического норматива $0,3\text{мг/дм}^3$.

Цель

Ввиду регистрации несоответствующих проб питьевой воды в коммунальных водопроводах Гомельской области по санитарно-химическим показателям государственным учреждением «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» было инициировано проведение на всех административных территориях Гомельской области оценки риска для здоровья населения, ассоциированного с воздействием химических веществ, загрязняющих питьевую воду с целью установления причин возникновения и распространения неинфекционных заболеваний, обусловленных воздействием химических веществ, обоснования причинно-следственных связей между загрязнением питьевой воды и нарушением здоровья и обоснования приоритетных мероприятий, направленных на устранение (снижение) уровня риска для здоровья населения.

Материалы и методы исследования

В течение 2022 года учреждениями государственного санитарного надзора Гомельской области в рамках проведения социально-гигиенического мониторинга осуществлялся отбор и лабораторные исследования питьевой воды из распределительной водопроводной сети. По результатам лабораторных исследований установлено, что среднеерееднее содержание железа более 5 ПДК зарегистрировано в коммунальных водопроводах на 9 административных территориях Гомельской области – Петриковском (11ПДК), Ветковском (8,4 ПДК), Буда-Кошелевском (6,8 ПДК), Гомельском (6 ПДК), Житковичском (5 ПДК), Калинковичском (5,2 ПДК), Наровлянском (5,2 ПДК), Рогачевском (5,6 ПДК), Хойникском (5 ПДК) районах. На остальных административных территориях – от 2,5–3 ПДК.

Учреждениями государственного санитарного надзора Гомельской области в 2022 году по результатам полученных данных лабораторного контроля проведена оценка риска длительного (хронического) действия на организм человека химических веществ (железа), содержащихся в питьевой воде 73 коммунальных водопроводов, по результатам которой сделаны выводы по влиянию повышенного содержания железа на организм, потребляемого с питьевой водой. Оценка риска проводилась в соответствии с Инструкцией по применению № 019-1221 «Метод оценки риска для здоровья населения, обусловленного воздействием химических веществ, загрязняющих питьевую воду», утвержденной заместителем Министра – Главным государственным санитарным врачом Республики Беларусь Тарасенко А.А. от 28.01.2022 [4].

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам проведенных оценок установлено, что опасный риск, при котором содержание железа составляет от 10 до 17 ПДК, установлен в 9,5% случаев или на 7 коммунальных водопроводах населенных пунктов Ветковского (н.п. Светиловичи), Житковичского (н.п. Дуброва), Жлобинского (н.п. Грабск), Мозырского (н.п. Малые Зимовищи), Наровлянского (н.п. Будки), Рогачевского (н.п. Хатовня) и Хойникского (н.п. Поселичи) районов. При регулярном употреблении воды с такими концентрациями железа, как правило, возникает достоверная тенденция к росту неспецифической патологии при появлении единичных случаев специфической патологии.

Вызывающий опасение риск, при котором содержание железа составляет от 3,1 до 10 ПДК, установлен в 68% случаев или на 45 водопроводах населенных пунктов Брагинского (6), Буда-Кошелевского (3), Ветковского (2), Гомельского (2), Жлобинского (1), Калинковичского (4), Лельчицкого (1), Лоевского (3), Наровлянского (6), Петриковского (1), Речицкого (8), Хойникского (6), Чечерского (2) районов. При регулярном употреблении воды питьевой, как правило, возникает тенденция к росту неспецифической патологии.

Приемлемый риск, при содержании железа до 3 ПДК, отмечен в 28% случаев или в 21 населенном пункте: Брагинского (2), Буда-Кошелевского (2), Добрушского (4), Ельского (1), Жлобинского (2), Калинковичского (1), Наровлянского (2), Октябрьского (2), Речицкого (3), Светлогорского (1), Хойникского (1), Чечерского (1) районов. При регулярном употреблении воды питьевой, как правило, отсутствуют неблагоприятные медико-экологические тенденции – исключен рост заболеваемости населения, а состояние дискомфорта, связанное с воздействием оцениваемого фактора, может проявляться лишь в единичных случаях у особо чувствительных людей.

По результатам проведенной оценки риска на каждой административной территории проведен анализ информации, и в местные исполнительные и распорядительные органы направлены предложения по решению вопроса в части обеспечения населения доброкачественной питьевой водой.

По итогам рассмотрения предложений учреждений госсаннадзора приняты меры на 5 административных территориях, где установлены опасный риск и риск, вызывающий опасение. Например, в Ветковском районе в учреждении здравоохранения «Светиловичская центральная районная больница» установлена мини-станция очистки воды типа «ГейзерAquachief». В Мозырском районе принято решение о подаче воды из резервной скважины н.п. Малые Зимовищи вместо основной скважины, с проведением ежемесячной промывки водопроводных сетей населенного пункта, и данный населенный пункт включен в районный Комплекс мероприятий по улучшению качества воды с перспективой переподключения в 2023 году к сетям городского водопровода, подающего воду, соответствующую требованиям гигиенических нормативов. В Гомельском

районе КПУП «Гомельводоканал» по поручению Гомельского райисполкома выполнен комплекс мероприятий на станциях обезжелезивания н.п.Еремино с проведением регулировки параметров настроек оборудования, а также с октября 2022 года организована в постоянном режиме (еженедельно) промывка водопроводных сетей, вследствие чего в данном населенном пункте с начала 2023 года потребители обеспечены доброкачественной питьевой водой.

Заключение

На территории Гомельской области определены и дифференцированы уровни риска длительного (хронического) действия на организм человека (железа), содержащегося в питьевой воде коммунальных водопроводов. Результаты анализа применены на административных территориях Гомельской области, для обоснования приоритетных мероприятий в рамках межведомственного взаимодействия по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни для достижения показателей Целей устойчивого развития.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гигиенический норматив «Показатели безопасности питьевой воды»: утв. пост. Совета Министров Республики Беларусь от 25.01.2021, № 37. – Режим доступа: <https://rep.bntu.by/handle/data/36593/discover.pdf>. – Дата доступа: 18.08.2023.
2. Анализ работы станций обезжелезивания в Республике Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rep.bntu.by/handle/data/36593/discover.pdf>. – Дата доступа: 18.08.2023.
3. О Государственной программе «Комфортное жилье и благоприятная среда» на 2021–2025 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь от 28 января 2021 г. № 50. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C22100050>. – Дата доступа: 18.08.2023.
4. Метод оценки риска для здоровья населения, обусловленного воздействием химических веществ, загрязняющих питьевую воду: инструкция по применению № 019-1221, утв. заместителем Министра здравоохранения – главным государственным санитарным врачом Республики Беларусь 28.01.2022. – Минск, 2022. – 52 с.

УДК (613.6:616-073.756.8:52-337):004.413.4

И. В. Соловьева, А. В. Кравцов, И. В. Арбузов, А. Ю. Баслык
Республиканское унитарное предприятие
«Научно-практический центр гигиены»,
г. Минск, Республика Беларусь

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИЗМЕРЕНИЙ МАГНИТНОЙ ИНДУКЦИИ ПОСТОЯННОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ НА РАБОЧИХ МЕСТАХ

Введение

Проблема профессиональной и профессионально обусловленной заболеваемости одна из самых значимых в современной медицине, решение которой имеет практическое значение для всего общества. Разработка и внедрение более эффективных мероприятий по предупреждению негативного воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов и профилактики риска здоровью человека в связи с влиянием физических

факторов является сегодня актуальной проблемой. Одним из приоритетных мероприятий по профилактике и улучшению здоровья работающих является достоверное определение параметров факторов производственной среды, оказывающих потенциально неблагоприятное воздействие на функциональное состояние организма работника. Интенсивное развитие современных технологий, основанных на свойствах постоянного магнитного поля, сопровождается постоянным ростом и широким применением такого оборудования как магнитно-резонансные томографы, физиотерапевтические аппараты, промышленные установки и другого оборудования, в основе технологии которого применяются постоянные магниты, электромагниты, сильноточные системы постоянного тока [1, 2]. Уровни постоянного магнитного поля на рабочих местах при работе с таким оборудованием могут значительно превышать предельно допустимые (ПДУ), установленные специфическими санитарно-эпидемиологическими требованиями к содержанию и эксплуатации объектов, являющихся источниками неионизирующего излучения, утвержденными постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 04.06.2019 № 360 (ССЭТ № 360), и санитарными нормами, правилами и гигиеническими нормативами «Гигиенические требования к электромагнитным полям в производственных условиях», утвержденными постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.06.2010 № 69 (СанНПиГН № 69) [3, 4]. Наличие профессионального риска для работающих в условиях воздействия высоких уровней постоянного магнитного поля, превышающих ПДУ, диктует необходимость совершенствования методов их гигиенической оценки [1, 5]. Развитие адекватных методологических подходов и методических алгоритмов, позволяющих обеспечить единство измерений при гигиенической оценке факторов рабочей среды, является важным этапом достижения положительных результатов в профилактике заболеваемости работников.

Специалистами республиканского унитарного предприятия «Научно-практический центр гигиены» в рамках выполнения научных исследований разработана и метрологически аттестована методика измерений АМИ.МН 0044-2022 «Магнитная индукция постоянного магнитного поля на рабочих местах» (методика измерений), которая устанавливает способ инструментальных измерений магнитной индукции постоянного магнитного поля на рабочих местах в диапазоне от 0,3 мТл до 1999 мТл и предназначена для применения организациями здравоохранения, в том числе учреждениями, осуществляющими государственный санитарный надзор, государственными медицинскими, научными организациями, учреждениями здравоохранения и учреждениями образования, имеющими кафедры по подготовке, переподготовке и повышению квалификации специалистов в области гигиены и профилактической медицины, а также иными организациями, выполняющими измерения магнитной индукции постоянного магнитного поля.

Цель

Провести экспериментальные исследования по оценке рабочих характеристик методики измерений магнитной индукции постоянного магнитного поля на рабочих местах

Материалы и методы исследования

Методика измерений разработана в соответствии с правилами разработки и применения методик (методов) измерений и методическими рекомендациями по оформлению методик (методов) измерений, утвержденными постановлениями Государственного комитета по стандартизации Республики Беларусь от 23.04.2021 № 44 и от 01.06.2021 № 61, а также на основании положения о допуске единиц величин к применению в

Республике Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 24.11.2020 № 673. При разработке методики измерений учтены требования технических нормативных правовых актов, применяемых в деятельности государственного санитарного надзора при определении и гигиенической оценке постоянного магнитного поля на рабочих местах ССЭТ № 360 и СанНПиГН № 69, которые основаны на прямых измерениях магнитной индукции (В) постоянного магнитного поля.

Рабочие характеристики методики измерений, включая показатели прецизионности и расширенную неопределенность при принятой вероятности $p = 95 \%$ и коэффициенте охвата $k = 2$, определялись при использовании двух приборов: миллитесламетра портативного универсального ТП2-2У (миллитесламетр) и измерителя магнитной индукции ПЗ-81 в исполнении ПЗ-81-02 (ПЗ-81-02).

Рабочий диапазон методики измерений шире значений ПДУ воздействия постоянного магнитного поля на работников в процессе их трудовой деятельности (0,5–500 мТл), что позволяет в полной мере выполнять гигиеническую оценку магнитной индукции постоянного магнитного поля на рабочих местах, а также в помещениях производственных и общественных зданий. При этом миллитесламетр может применяться при необходимости проведения измерений в диапазоне 0,3 до 1999 мТл, а ПЗ-81-02 – в диапазоне от 0,3 до 50 мТл.

Данные о показателях точности измерений получены на основе массива данных экспериментальных измерений уровней магнитной индукции от различных источников постоянного магнитного поля на трех уровнях ($q = 3$) при использовании миллитесламетра и на двух уровнях ($q = 2$) при использовании ПЗ-81-02. Результаты измерений проанализированы в соответствии с СТБ ИСО 5725-2-2002 «Точность (правильность и прецизионность) методов и результатов измерений. Часть 2. Основной метод определения повторяемости и воспроизводимости стандартного метода измерений», СТБ ИСО 5725-3-2002 «Точность (правильность и прецизионность) методов и результатов измерений. Часть 3. Промежуточные показатели прецизионности стандартного метода измерений», СТБ ИСО 5725-6-2002 «Точность (правильность и прецизионность) методов и результатов измерений. Часть 6. Использование значений точности на практике», СТБ ISO 21748-2019 «Руководство по использованию оценок повторяемости, воспроизводимости и правильности при оценивании неопределенности измерений», ГОСТ 34100.3-2017/ISO/IEC Guide 98-3:2008 «Неопределенность измерения. Часть 3. Руководство по выражению неопределенности измерения». Экспериментальные данные установлены в условиях повторяемости и промежуточной прецизионности с изменяющимися факторами: персонал, выполняющий измерения, и время. Выбросов в совокупности экспериментальных данных не обнаружено.

Результаты исследований и их обсуждение

В результате проведенных исследований методика измерений характеризовалась стандартным отклонением повторяемости 5 % при использовании миллитесламетра и 4 % при использовании ПЗ-81-02, критическим размахом – 17 % и 14 %, стандартным отклонением промежуточной прецизионности 8 % и 7 %, критической разностью 26 % и 20 % при расширенной неопределенности 17 % ($p = 95 \%$; $k = 2$) и 26 % ($p = 95 \%$; $k = 2$).

Методика измерений включают в себя следующие разделы: вводная часть, нормативные ссылки, рабочие характеристики, включая показатели точности измерений, требования к средствам измерений, алгоритм метода проведения инструментальных измерений, требования безопасности, охраны окружающей среды, требования к квалификации персонала, выполняющего измерения и к условиям измерений, а также поря-

док обработки результатов измерений и форма представления результатов измерений, контроль точности результатов измерений и методику оценивания расширенной неопределенности измерений.

Контроль уровней магнитной индукции в соответствии с методикой измерений постоянного магнитного поля должен производиться на постоянных рабочих местах работников или в случае отсутствия постоянного рабочего места в нескольких точках рабочей зоны, расположенных на разных расстояниях от источника постоянного магнитного поля при всех режимах работы источника или только при максимальном режиме.

Инструментальные измерения магнитной индукции постоянного магнитного поля при общем воздействии проводятся в точке (точках) на высотах 0,5, 1,0 и 1,7 м при рабочей позе стоя и 0,5, 1,0 и 1,4 м при рабочей позе сидя. В случае локального воздействия постоянного магнитного поля измерения магнитной индукции постоянного магнитного поля в точке (точках) измерений проводятся на уровне конечных фаланг пальцев кистей, середины предплечья и середины плеча. В случае непосредственного контакта рук человека с поверхностью магнита или корпуса источника постоянного магнитного поля измерения магнитной индукции постоянного магнитного поля проводятся при непосредственном контакте датчика (зонда) средства измерений с поверхностью магнита. Если руководством по эксплуатации на применяемое средство измерений не допускается непосредственный контакт датчика (зонда) с поверхностью магнита или корпуса источника постоянного магнитного поля, измерения магнитной индукции постоянного магнитного поля проводятся у поверхности магнита.

Измерения магнитной индукции постоянного магнитного поля в точке (точках) измерений проводятся 3 раза путем поиска максимального значения. Время проведения одного измерения магнитной индукции постоянного магнитного поля миллитесламетром, ПЗ-81-02 или другими средствами измерений принимается равным 1 мин.

Заключение

На основании проведенного эксперимента разработана методика, обеспечивающая достоверность полученных результатов инструментальных измерений с вероятностью $P = 95\%$ и позволяющая с высокой точностью проводить измерения индукции постоянного магнитного поля с целью гигиенической оценки постоянного магнитного поля на рабочих местах. Показателем точности инструментальных измерений в разработанной методике является неопределенность измерений, которая составляет 17% при использовании миллитесламетра и 26% при использовании ПЗ-81-02.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Особенности функционального состояния нервной системы у работников кабинетов магнитно-резонансной томографии / И. В. Соловьева [и др.] // БГМУ в авангарде медицинской науки и практики : рецензир. ежегод. сб. науч. тр. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Бел. гос. мед. ун-т ; редкол.: С. П. Рубникович, В. А. Филонюк. – Минск : ИВЦ Минфина, 2021. – Вып. 11. – С. 333–337.
2. Дубель, Е. В. Оценка восприятия медицинскими работниками факторов риска здоровью / Е. В. Дубель, Т. Н. Унгуряну // Экология человека. – 2015. – № 2. – С. 33–41.
3. Казей, Э. К. Комплексная гигиеническая оценка условий труда медицинских работников, занятых в кабинетах магнитно-резонансной томографии / Э. К. Казей // Здоровье и окружающая среда : сб. науч. тр. / Респ. науч.-практ. центр гигиены ; гл. ред. Г. Е. Косяченко. – Минск, 2013. – Вып. 23. – С. 29–33.
4. Кравцов, А. В. Гигиеническая оценка постоянного магнитного поля, формирующегося в диагностических помещениях кабинетов магнитно-резонансной томографии / А. В. Кравцов, А. Ю. Баслык // Проблемы и перспективы развития современной медицины : сб. науч. ст. XII Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием студентов и молодых ученых, г. Гомель, 8 октября 2020 года : в 8 т. / редкол.: А. Н. Лызиков [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2020. – Т. 3. – С. 28–29.

5. Казей, Э. К. Влияние постоянного магнитного поля на функциональное состояние нервной системы / Э. К. Казей // Здоровье и окружающая среда : сб. науч. тр. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Науч.-практ. центр гигиены ; гл. ред. С. И. Сычик. – Минск : РНМБ, 2015. – Т. 2, вып. 25. – С. 15–19.

УДК 31:[614.217:614.88]:[616.98:578.834.1]

В. В. Хоминец¹, Ю. В. Гудзь², И. М. Барсукова³

*¹Министерство здравоохранения Рязанской области,
г. Рязань, Россия*

*²Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Всероссийский центр экстренной и радиационной
медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России,
г. Санкт-Петербург, Россия*

*³Государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»,
Санкт-Петербург, Россия*

АНАЛИЗ МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ БОЛЬНИЦ СКОРОЙ ПОМОЩИ РАЗНОГО ПРОФИЛЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Введение

Пандемия новой коронавирусной инфекции стала серьезным испытанием системы здравоохранения всех стран мира и Российской Федерации, особенно, для больниц скорой медицинской помощи, не ориентированных на прием инфекционных больных [1–3]. В сложной санитарно-эпидемиологической ситуации эти учреждения показали свои реальные возможности и приобрели ценный опыт, часть была перепрофилирована (для приема инфекционных больных), часть не перепрофилирована (не принимала инфекционных больных с новой коронавирусной инфекцией) [4, 5].

Цель

Анализ показателей оперативной (скорая, плановая и неотложная медицинская помощь, хирургическая активность) работы больниц скорой помощи перепрофилированных (для приема инфекционных больных) и не перепрофилированных (не принимавших инфекционных больных) с новой коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы исследования

Материалом послужили данные федеральной государственной статистики (источники – ФСН № 14 и 30, 2019–2021 гг.) 2-х многопрофильных стационаров, работающих в режиме больниц скорой помощи (24/7/365), имеющих принципиальные структурно-функциональные особенности, связанные с перепрофилирование для приема пациентов с новой коронавирусной инфекцией и не перепрофилированных. Используются контент-анализ, нормативный правовой, статистические и аналитические методы.

Результаты исследования

Для стационара скорой помощи с развернутыми койками инфекционного профиля для пациентов с новой коронавирусной инфекцией было характерно значительное

(в 2 раза) снижение объемов оперативной работы: числа операций (-42,0%) и числа оперированных пациентов (-51,3%), уменьшение числа операций с осложнениями (-95,5%) и умерших оперированных больных (-71,5%). Для стационара скорой помощи, не перепрофилированного для пациентов с новой коронавирусной инфекцией, было характерно увеличение числа операций (на 10,2%), оперированных пациентов (на 18,4%). При этом отмечалось снижение операций с применением высокотехнологичных медицинских технологий (на 41,4%). На фоне роста хирургической активности отмечалась неблагоприятная тенденция показателя хирургической летальности, так как его прирост составил 40,8%. Динамика операционной летальности не была ассоциирована с динамикой операционных осложнений.

Заключение

Анализ занятости коечного фонда и объемов медицинской помощи в различного типа больницах скорой помощи (перепрофилированных для приема инфекционных больных и не перепрофилированных, не принимавших инфекционных больных с новой коронавирусной инфекцией) дал здравоохранению важный опыт работы в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции, позволяющий заложить организационный и научно-методический фундамент для дальнейшего развития, повысить готовность к работе в сложных условиях подобных пандемии новой коронавирусной инфекцией.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Результаты работы скорой медицинской помощи вне медицинских организаций и в стационарных условиях в Российской Федерации / С. Ф. Багненко [и др.] // Медико-биологические и социальные проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2020. – № 1. – С. 5–11.
2. Анализ коечного фонда коек скорой медицинской помощи суточного пребывания стационарных отделений скорой медицинской помощи в Российской Федерации / И. М. Барсукова [и др.] // Проблемы городского здравоохранения.: сб. науч. тр. ; под ред. Н. И. Вишнякова. – СПб. : РИЦ ПСПбГМУ, 2022. – Вып. 27. – С. 51–56.
3. Барсукова, И. М. Анализ оказания неотложной хирургической помощи больным с острой хирургической патологией органов брюшной полости в Санкт-Петербурге в условиях пандемии COVID-19 / И. М. Барсукова, Н. А. Сизоненко, А. И. Махновский // Национальные проекты : новое качество жизни для всех поколений : матер. 56 межрег. научн.-практ. мед. конф. – Ульяновск : И. П. Петрова, 2021. – С. 510–512.
4. Анализ потока амбулаторных пациентов в приемных отделениях стационаров Российской Федерации / И. М. Барсукова [и др.] // Проблемы городского здравоохранения.: сб. науч. тр. ; под ред. Н. И. Вишнякова. – СПб. : РИЦ ПСПбГМУ, 2022. – Вып. 27. – С. 81-88.
5. Временное руководство ВОЗ от 19.03.2020 «Оперативные рекомендации по ведению случаев COVID-19 в медицинских учреждениях и обществе» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rosпотреbnadzor.ru/>. – Дата доступа: 28.04.2020.

УДК 614.2-037:614.78

М. А. Чайковская¹, И. А. Атарик², Е. М. Янченкова²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение

«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии

и общественного здоровья»,

г. Гомель, Беларусь

КОНЦЕПЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ЗДОРОВЬЮ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ СРЕДЫ

Введение

Концепция факторов риска – один из важнейших принципов, лежащих в основе современных представлений о возможностях и направлениях профилактической медицины [1]. Фактор риска – потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, генетического, экологического и социального характера, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход.

Обеспокоенность мирового сообщества проблемами здоровья населения отчетливо проявилась в 60-е годы XX столетия. В начале XX века рост расходов на здравоохранение на 10% приводил к улучшению здоровья на 15%, в 1930-е гг. аналогичное увеличение затрат улучшало здоровье на 8%, в 1950 гг. – на 5%, в конце 1960-х гг. – только на 3%. Именно в эти годы активно шло становление концепции факторов риска, согласно которой, здоровье зависит не только от здравоохранения и расходов на него, сколько от образа жизни с его совокупными индивидуально-поведенческими особенностями, а также от качества жизни, обусловленного природными и социальными условиями жизнедеятельности [2].

Современные подходы профилактики заболеваний базируются на концепции факторов риска. Обоснованы и разработаны ключевые положения Концепции снижения вреда от четырех факторов риска неинфекционных заболеваний (табакокурение, злоупотребление алкоголем, чрезмерное потребление соли и сахара), как основы формирования национальной политики в области общественного здоровья Республики Беларусь [3]. В связи с чем особую актуальность приобретает изучение основных факторов риска здоровью для совершенствования профилактических мероприятий.

Цель

Проанализировать и выделить основные факторы риска здоровью в Гомельской области в 2022 году.

Материалы и методы исследования

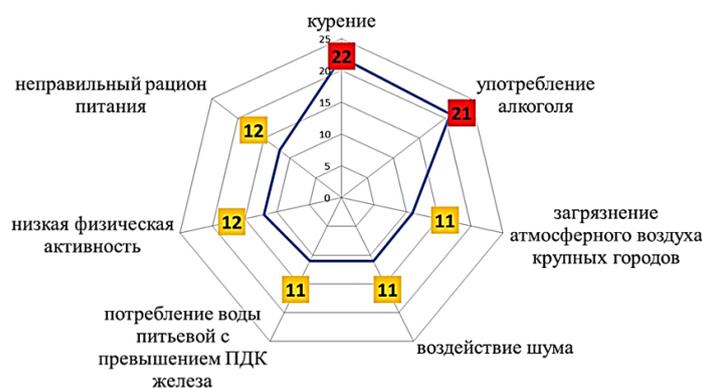
Для решения задач настоящего исследования использованы данные отчетов общенациональных социологических исследований STEPS 2016 и STEPS 2020, статистические данные Национального статистического комитета Республики Беларусь, зарубежные и отечественные литературные источники.

Основными методами исследования для достижения поставленной цели являлись: метод статистического анализа, метод описательной статистики, метод сравнительного анализа, диалектический метод.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам экспертной оценки (с применением методики ГОСТ РБ СТБ ISO/IEC 31010 «Методики оценки риска»), высокий уровень территориального риска здоровью по итогам 2022 года установлен для населения в возрасте 18 лет и старше по заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями (45%), болезнями системы кровообращения (30%), умеренный уровень территориального риска здоровью – по заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани; для всех возрастных групп населения – высокий уровень территориального риска здоровью по заболеваемости новообразованиями (45%).

Результаты экспертной оценки потенциальной степени основных рисков развития неинфекционных заболеваний в Гомельской области в 2022 году (рис. 1) показали, что высокий уровень риска по распространенности неинфекционной заболеваемости (по итогам STEPS-исследования распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний по регионам Республики Беларусь в 2020 году) актуален для населения, потребляющего табак, включая пассивное курение (22%) и алкоголь (21%); умеренный уровень риска - для населения с низкой физической активностью (12%) и неправильным рационом питания (12%).



*Рисунок – 1 Приоритетность основных рисков для развития неинфекционных заболеваний среди населения Гомельской области в 2022 году (по результатам экспертной оценки):
0–10 % – низкий риск; более 10 до 20% – умеренный риск; более 20% – высокий риск*

С учетом состояния среды жизнедеятельности, умеренный уровень риска по распространенности неинфекционной заболеваемости установлен для населения, проживающего в условиях воздействия шума, в том числе транспортного (11%), а также проживающего на административных территориях с размещенными промышленными предприятиями и развитой транспортной инфраструктурой и связан с качеством атмосферного воздуха (11%); превышение уровня ПДК железа в питьевой воде централизованного водоснабжения наблюдается на всех административных территориях и в среднем характеризуется умеренным уровнем риска (11%).

Заключение

Выявление факторов риска здоровья человека определяет направления работы учреждений здравоохранения по проведению лечебных, реабилитационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий и будет способствовать достижению целевых показателей здоровья населения как в Гомельской области, так и стране в целом.

Создание единой профилактической среды на основе межведомственного взаимодействия всех ветвей власти, секторов, слоев и структур общества, включая здравоохранение, профильные министерства и ведомства, агентства и службы, работодателей, общественные организации и других групп населения будет ускорять достижение прогресса в сфере противодействия распространения неинфекционных заболеваний и снижения поведенческих факторов риска.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Концепция факторов риска для здоровья населения / П. Ф. Кику [et al.] // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2016. – № 62. – С. 101–109.
2. Факторы риска неинфекционных заболеваний / О. Л. Задворная, К. Н. Борисов : учебное пособие. – М. : ФГБОУ ДПО РМАНПО, 2017. – 65 с.
3. Концепция снижения вреда от факторов риска неинфекционных заболеваний как основа формирования национальной политики в области общественного здоровья Республики Беларусь / Д. Ю. Рузанов [и др.] // Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски. – 2023. – Т. 7, № 1. – С. 1885–1891

УДК 631.22

И. П. Щетко, В. И. Грамович

Государственное учреждение

«Мозырский зональный центр гигиены и эпидемиологии»,

г. Мозырь, Республика Беларусь

ГИГИЕНА МОЛОЧНО-ТОВАРНЫХ ФЕРМ КАК УСЛОВИЕ КАЧЕСТВА МОЛОЧНЫХ ПРОДУКТОВ

Введение

Комплекс целевых направлений в молочной промышленной сфере для достижения необходимых результатов развития отрасли с учетом с реализацией Цели устойчивого развития № 2 «Ликвидация голода, обеспечение продовольственной безопасности и улучшение питания и содействие устойчивому развитию сельского хозяйства», заложен в Стратегии развития молокоперерабатывающей отрасли до 2025 года, утвержденной Постановлением Министерства сельского хозяйства и продовольствия Республики Беларусь и Национальной академии наук Беларуси от 12 ноября 2018 г. № 84/14 [1].

Одним из важных условий повышения рентабельности и конкурентоспособности молочной отрасли считается производство безопасного высококачественного молока, соответствующего отечественным и мировым стандартам. Молоко, поступающее на продажу и переработку, должно иметь качественную характеристику, обусловленную составом, свойствами, пищевой, биологической и энергетической ценностью, и соответствовать требованиям, предъявляемым к нему как к продукту питания и сырью. Низкое качество сырья влечет огромные потери, компенсация которых требует привлечения дополнительных трудовых и материальных ресурсов. В связи с этим современная промышленная переработка молока, основанная на высокотехнологичных процессах, предъявляет повышенные требования к качеству и безопасности молока, используемого как сырье для производства, поскольку только из сырья надлежащего качества можно получить высококачественные молочные продукты. Качество молока невозможно улучшить в процессе переработки, в лучшем случае оно может быть стабилизировано (то есть ухудшение может быть приостановлено или замедлено) [2].

Качество заготавливаемого молока во многом определяют санитарно-гигиенические условия его получения, а именно условия содержания животных на фермах, сбор и первичная обработка, хранение и транспортировка молока на предприятие. Условия содержания коров, качество обработки вымени, соблюдение технологий машинного доения, состояние доильного, холодильного и другого молочного оборудования влияют на уровень бактериальной и механической загрязненности и органолептические показатели молока [3]. Неотъемлемым требованием, обеспечивающим безопасность производимого молока, является наличие в помещениях для санитарной обработки доильно-молочного оборудования моечных ванн с подводкой коммуникаций и оснащение холодильными установками для охлаждения молока [4]. Контроль санитарно-гигиенического состояния производства молока на МТФ включает контроль санитарно-гигиенического состояния оборудования, трубопроводов, инвентаря, воздушной среды производственных помещений, питьевой воды и соблюдения гигиены работниками предприятия.

Цель

Изучить влияние соблюдения требований законодательства в области санитарно-эпидемиологического благополучия при производстве молока (с учетом факторов, влияющих на его качество и безопасность), на качество получаемого молока и молочных продуктов.

Материал и методы исследования

Исследованы результаты надзора за соблюдением требований санитарно-эпидемиологического законодательства и контроля качества молока-сырья сельскохозяйственных предприятий Мозырского района Гомельской области.

Результаты исследования и их обсуждение

Во исполнение поручений Совета Министров Республики Беларусь по реализации Стратегии развития молокоперерабатывающей отрасли до 2025 года (в редакции, утвержденной постановлением Министерства сельского хозяйства и продовольствия Республики Беларусь и Национальной академии наук Беларуси от 09.08.2019 № 380/5), Мозырским зональным ЦГЭ были приняты меры по повышению эффективности государственного санитарного надзора за субъектами хозяйствования, осуществляющими производство молока и молочных продуктов, с учетом факторов, влияющих на его качество и безопасность.

В 100 % случаев к моечным ваннам для санитарной обработки доильно-молочного оборудования подведены коммуникации (устройство внутреннего хозяйственно-питьевого водопровода от артезианских скважин, системы водоотведения). Все хозяйства оснащены холодильными установками для охлаждения молока, имеются резервные холодильники. Несмотря на повышение эффективности госнадзора в части контроля соблюдения требований при проведении санитарной обработки оборудования (количество выявляемых нарушений по проведению мойки и дезинфекции в 2022 году в сравнении с 2019 годом уменьшилось на 34,6%), 68,4% таких нарушений регистрировалось на МТФ, нуждающихся в проведении ремонтов и реконструкции.

Одним из путей решения снижения количества выявляемых нарушений при санитарной обработке доильно-молочного оборудования в Мозырском районе более 10 лет практикуется круглогодичное стойловое содержание скота с использованием сбалансированных кормов, в том числе зеленой массы в весенне-летний период. Помимо наличия условий для обеспечения качества мойки и дезинфекции оборудования и инвентаря, соблюдения правил личной гигиены персоналом, исключается такой важ-

ный показатель как стрессовый фактор у животных. Стабильность в количестве производимого молока сырья, без резких падений или роста, что также влияет на его качество (полноценность).

За последние 10 лет в Мозырском районе построено и введено в эксплуатацию 9 новых молочно-товарных комплексов, на 2 молочно-товарных фермах (далее – МТФ) построены новые молочные блоки, что свидетельствует об существенном улучшении производственной базы с использованием новых технологий доения на 48% молочно-товарных комплексов. На объектах при строительстве были максимально учтены требования санитарно-эпидемиологического законодательства и созданы условия для его соблюдения, и как результат количество нарушений, выявляемых в ходе надзорных мероприятий, значительно снизилось. Так, удельный вес нарушений в части неудовлетворительного санитарно-технического состояния производственных помещений в 2017-2022 годах от 77,0% до 86,0% приходился на «старые» МТФ. В 2018 году на 19,6% МТФ не были созданы условия для соблюдения личной гигиены в производственных помещениях (отсутствовали раковины для мытья рук), в 2022 году такие условия были созданы на 100% объектов.

Улучшение содержания производственных помещений, создание условий для соблюдения правил личной гигиены, соблюдение режимов мойки и дезинфекции оборудования и инвентаря позволило значительно повысить качество молока-сырья в Мозырском районе. Если в 2019 году на государственное предприятие «Мозырские молочные продукты» с МТФ Мозырского района поступило 17,3% молока первого сорта, то в 2022 году этот показатель снизился до 0,4%. В то же время, удельный вес молока-сырья высшего сорта увеличился с 33,5% в 2019 году до 39% в 2022 году, а молока сорта Экстра - с 49,2% до 60% соответственно. При этом в 33,3% случаях на МТФ, нуждающихся в проведении ремонтов или реконструкции, за 2019-2022 годы молоко сорта Экстра не было получено.

Высокое качество сырого молока, поставляемого на молокоперерабатывающий завод, позволило улучшить качество продукции, вырабатываемой государственным предприятием «Мозырские молочные продукты», а также производить продукты диетического лечебного и диетического профилактического питания, специализированного и детского питания. На протяжении 5 лет по результатам государственного санитарного надзора вся исследованная продукция соответствовала требованиям по качеству и безопасности.

Заключение

Результаты надзорных мероприятий за 2019–2022 годы свидетельствуют о влиянии санитарно-гигиенического состояния производства на качество получаемого молока и молочных продуктов, повышение их безопасности, и использованы в работе межведомственной комиссии по установлению специально-выделенных ферм и комплексов по производству сельскохозяйственного сырья животного происхождения для изготовления продуктов детского питания Гомельского облисполкома.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Стратегия развития молокоперерабатывающей отрасли Республики Беларусь до 2025 года / Министерство сельского хозяйства и продовольствия Республики Беларусь ; Национальная академия наук Беларуси. – Минск, 2021. – 29 с.
2. Тихомиров, И. А. Основные направления повышения качества молока /И. А. Тихомиров, О. Л. Андриюхина // Вестник ВНИИМЖ. – 2015. – № 3 (19). – С. 54–61.
3. Денисова, Н. В. Факторы, влияющие на эффективность деятельности молочно-продуктового подкомплекса [Электронный ресурс] / Н. В. Денисова // Вестник НГИЭИ. – 2014. –№ 11 (42). – Ре-

жим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-vliyaushchie-na-effektivnost-deyatelnosti-molochno-produktovogo-podkompleksa>. - Дата доступа: 03.04.2023.

4. Санитарные нормы и правила «Санитарно-эпидемиологические требования для организаций, осуществляющих производство молока», утвержд. постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.07.2012 № 119. – Минск, 2012. – 10 с.

УДК 614.2:[613:316](476.2)

Е. М. Янченкова, Н. В. Лукина

Государственное учреждение

«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии

и общественного здоровья»,

г. Гомель, Республика Беларусь

О СОСТОЯНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ СРЕДЫ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Введение

Достижение медико-демографической устойчивости территории, реализация государственной политики по оздоровлению среды обитания, профилактике болезней и формированию у населения здорового образа жизни, обеспечение устойчивости функционирования сектора здравоохранения являются основой модели устойчивого развития территории в области управления общественным здравоохранением [1]. Планирование мероприятий по предупреждению распространения неинфекционных заболеваний должно проводиться с учетом результатов анализа систематизированных данных о показателях заболеваемости, их динамике, направленности изменений [2].

Цель

Анализ динамики и структуры заболеваемости населения Гомельской области за последние 6 лет, с учетом влияния эпидемиологической ситуации, связанной с пандемией COVID-19.

Материал и методы исследования

Проведен расчет и анализ динамики показателей заболеваемости населения за 2017–2022 годы по отдельным причинам, с учетом требований методических рекомендаций Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Порядок проведения и применения в центрах гигиены и эпидемиологии сравнительного территориального эпидемиологического анализа заболеваемости для достижения показателей Целей устойчивого развития» (от 01.04.2020 № 14-13-02/274). Материалом исследования явились данные государственной статистической отчетности Министерства здравоохранения Республики Беларусь (отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов в возрасте 18 лет и старше, проживающих в районе обслуживания организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь (1-заболеваемость (Минздрав), отчет о медицинской помощи детям 1-дети (Минздрав); и Национального статистического комитета Республики Беларусь о среднегодовой численности населения.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным обращаемости за медицинской помощью, показатель общей заболеваемости всего населения Гомельской области в 2022 году по сравнению с предыдущим годом уменьшился на 3,8% и составил 1747,10 на 1000 населения (в 2021 году – 1815,87 на 1000 населения). Показатель первичной заболеваемости всего населения Гомельской области в 2022 году по сравнению с 2021 годом уменьшился на 7,86% и составил 921,29 на 1000 населения (в 2021 году – 999,92 на 1000 населения). В 2022 году по сравнению с 2021 годом отмечено снижение показателей общей и первичной заболеваемости в следующих возрастных группах: подростки 15–17 лет (на 7,59% и 10,14% соответственно) и взрослые 18 лет и старше (на 5,03% и 13,33% соответственно). Статистически достоверных различий значений показателей общей и первичной заболеваемости детского населения в возрасте 0–14 лет по сравнению с 2021 годом не установлено.

За 2017–2022 годы в Гомельской области динамика общей и первичной заболеваемости всего населения характеризуется умеренной тенденцией к росту (среднегодовой темп прироста $T_{пр}=+1,66\%$ и $+2,47\%$ соответственно); взрослых в возрасте 18 лет и старше – умеренной тенденцией к росту ($T_{пр}=+2,19\%$ и $+4,06\%$ соответственно); детей в возрасте 0–17 лет – как стабильная ($T_{пр}=-0,52$ и $+0,11\%$ соответственно).

За анализируемый период 2017–2022 годов среди **всего населения** области выраженной тенденцией к росту (среднегодовой темп прироста более 5%) характеризуются показатели **первичной заболеваемости** инфекционными и паразитарными болезнями; умеренной тенденцией к росту (среднегодовой темп прироста более 1%) – показатели первичной заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, системы кровообращения, нервной системы, органов дыхания, крови и кровеносных органов; умеренной тенденцией к снижению (среднегодовой темп убыли более 1%) – отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, патологиями беременности, родов и послеродового периода, врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями, психическими расстройствами и расстройствами поведения. Динамика показателей других классов заболеваний остается стабильной (среднегодовой темп прироста/убыли – в диапазоне от 0 до $\pm 1\%$).

Среди **детского (0–17 лет) населения** области за 2017–2022 годы умеренной тенденцией к росту (среднегодовой темп прироста более 1%) характеризуются показатели первичной заболеваемости некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями, патологиями беременности, родов и послеродового периода, костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезнями нервной системы, симптомами и отклонениями от нормы, не классифицированными в других рубриках; умеренной тенденцией к снижению (среднегодовой темп убыли более 1%) – болезнями глаза и его придаточного аппарата, болезнями крови, кровеносных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм, врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями, отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, болезнями системы кровообращения, психическими расстройствами и расстройствами поведения. Динамика показателей других классов заболеваний остается стабильной (среднегодовой темп прироста/убыли – в диапазоне от 0 до $\pm 1\%$).

Среди **взрослого (старше 18 лет) населения** области за 2017–2022 годы выраженная тенденция к росту (среднегодовой темп прироста более 1%) отмечена для показателей первичной заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями и болезнями органов дыхания; умеренной тенденцией к росту (среднегодовой темп прироста более 1%) – показателей первичной заболеваемости болезнями костно-мы-

печной системы и соединительной ткани, болезнями крови, кроветворных органов и отдельными нарушениями, вовлекающими иммунный механизм, болезнями нервной системы, уха и сосцевидного отростка, врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями, новообразованиями, болезнями системы кровообращения. Умеренной тенденцией к снижению (среднегодовой темп убыли более 1%) – показатели первичной заболеваемости психическими расстройствами, патологиями беременности, родов и послеродового периода. Динамика показателей других классов заболеваний остается стабильной (среднегодовой темп прироста/убыли – в диапазоне от 0 до $\pm 1\%$).

В **структуре общей заболеваемости** всего населения Гомельской области в 2022 году, как и за два предыдущих года, преобладают болезни органов дыхания (30,25%), болезни системы кровообращения (14,49%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (6,84%), болезни глаза и его придаточного аппарата (6,48%), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (5,78%), инфекционные и паразитарные болезни (5,37%). При этом в 2021 году удельный вес инфекционных и паразитарных болезней был на 1,99% меньше (8,83%, в 2020 году – 6,30%). В 2019 году в структуре общей заболеваемости наибольшие доли приходились на болезни органов дыхания (27,93%), болезни системы кровообращения (15,19%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (6,76%), болезни глаза и его придаточного аппарата (6,67%).

С 2020 года также произошли изменения в **структуре первичной заболеваемости** всего населения. В 2022 году ведущие места принадлежат болезням органов дыхания (52,54%), инфекционным и паразитарным болезням (8,80%, в 2021 году на 5,97% больше – 14,77%), травмам, отравлениям и некоторым другим последствиям воздействия внешних причин (6,48%). В 2019 году преобладали болезни органов дыхания (51,35%), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (7,78%), болезни кожи и подкожной клетчатки (5,41%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (5,32%).

Структура общей и первичной заболеваемости детей 0–17 лет за 2020–2022 годы по сравнению с предшествующим периодом существенно не изменилась (в 2019 году также преобладали отмеченные далее классы причин). В структуре **общей заболеваемости детей 0–17 лет** в 2022 году наибольший удельный вес имеют болезни органов дыхания (62,85%), болезни глаза и его придаточного аппарата (5,88%), инфекционные и паразитарные болезни (4,07%), болезни кожи и подкожной клетчатки (4,02%). В структуре **первичной заболеваемости детей 0–17 лет** в 2022 году лидируют болезни органов дыхания (74,96%), инфекционные и паразитарные болезни (4,96%), болезни кожи и подкожной клетчатки (3,81%), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (3,45%).

В **структуре общей заболеваемости взрослых 18 лет и старше** в 2022 году наиболее значимыми были болезни системы кровообращения (19,35%), болезни органов дыхания (18,55%), болезни органов дыхания (18,92%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,13%), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (6,93%), болезни глаза и его придаточного аппарата (6,70%), инфекционные и паразитарные болезни (5,84%, в 2021 году – 10,21%). В **структуре первичной заболеваемости взрослых 18 лет и старше** в 2022 году наибольший удельный вес имели болезни органов дыхания (37,12%), инфекционные и паразитарные болезни (11,44%, в 2021 году – 20,27%), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (8,56%), болезни костно-мышечной

СЕКЦИЯ Экологическая и профилактическая медицина

системы и соединительной ткани (7,72%). До 2020 года инфекционные и паразитарные болезни не входили в число основных классов патологий общей и первичной заболеваемости населения в возрасте 18 лет и старше.

Заключение

За 2020–2022 годы произошли изменения в многолетней динамике и структуре общей и первичной заболеваемости населения Гомельской области – отмечен выраженный рост интенсивных показателей заболеваемости некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями и увеличение удельного веса данного класса причин, особенно среди населения в возрасте 18 лет и старше.

В дальнейшем при проведении эпидемиологического анализа показателей неинфекционной заболеваемости, необходимо учитывать медицинские и медико-социальные последствия пандемии COVID-19 и рейтинг классов патологий и причин заболеваемости, определенных как значимые на период до 2020 года [2].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Социально-гигиенический мониторинг и его роль в реализации Целей устойчивого развития / Е. С. Щербинская [et al.] // Медицина труда и экология человека. – 2020. – № 4 (24). – С. 141–146.
2. Динамика первичной заболеваемости болезнями органов дыхания взрослого населения Республики Беларусь: 2008-2019 годы / Т. Н. Глинская [et al.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2020. – № 3. – С. 4–12.

УДК 616-006.6:614.39(476.5)

**В. С. Волчек¹, Т. М. Шаршакова¹, Н. И. Тишкова², Г. Л. Грабарева²,
Ю. А. Волковинский², Ч. А. А. Д. Виракоон²**

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

²Учреждение

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»,

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Введение

Рак молочной железы (РМЖ), рак предстательной железы (РПЖ), колоректальный рак (КРР) и рак шейки матки (РШМ) занимают лидирующие позиции в структуре смертности и заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) во всем мире [1]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2020 году эти четыре вида рака составили 28,5 % от общего числа новых случаев ЗНО и 27,4 % от общего числа смертей от него [2]. В Республике Беларусь ситуация аналогична: по данным Белорусского канцер-регистра, в 2019 году РМЖ, РПЖ, КРР и РШМ составили 28,8 % от общего числа новых случаев ЗНО и 25,6% от общего числа смертей от рака [3].

Одним из эффективных способов борьбы с онкологическими заболеваниями является раннее выявление и своевременное лечение опухолей на ранних стадиях развития. Для этого необходимо проводить регулярные профилактические медицинские осмотры и дополнительные методы обследований, такие как диспансеризация и скрининг. Диспансеризация направлена на выявление хронических неинфекционных заболеваний (и факторов риска их развития), являющихся основной причиной преждевременной смертности [4]. В рамках проведения диспансеризации в соответствующих возрастных категориях проводится скрининг на выявление РМЖ, РПЖ, КРР и РШМ [4].

Цель

Целью данного исследования является изучение влияния диспансеризации населения на динамику заболеваемости РМЖ, РПЖ, КРР и РШМ в Гомельской области.

Материал и методы исследования

Для достижения поставленной цели мы использовали статистические данные о заболеваемости РМЖ, РПЖ, КРР и РШМ в Гомельской области за период с 2013 по 2019 год, полученные из отчетов Национального научно-практического центра онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова. Были проанализированы статистические данные о диспансеризации населения в Гомельской области за период с 2013 по 2019 год, полученные из отчетов Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Использовались методы описательной статистики для характеристики распределения заболеваемости и диспансеризации по возрастным группам, методы корреляционного анализа для определения степени связи между заболеваемостью и диспансеризацией, методы регрессионного анализа для моделирования зависимости заболеваемости от диспансеризации с учетом других факторов (пол, возраст, социаль-

СЕКЦИЯ Общественное здоровье и здравоохранение

но-экономический статус и т.д.), программное обеспечение Microsoft Excel для обработки и визуализации данных.

Результаты исследования и их обсуждение

На рисунке 1 представлены данные о заболеваемости и смертности от ЗНО в Гомельской области за период с 2013 по 2019 год, наблюдается тренд к увеличению заболеваемости. Заболеваемость РМЖ имеет тенденцию к увеличению с каждым годом, достигая пика в 2019 году (67,8 случая на 100 тыс. женщин). Заболеваемость РПЖ также имеет тенденцию к росту, но менее выраженную, достигая пика в 2018 году (42,6 случая на 100 тыс. мужчин). Заболеваемость КРР колеблется в пределах 30–40 случаев на 100 тыс. населения, без явной тенденции к росту или снижению. Заболеваемость РШМ имеет тенденцию к снижению с каждым годом, достигая минимума в 2019 году (5,4 случая на 100 тыс. женщин).



Рисунок 1 – Динамика заболеваемости и смертности от ЗНО в Гомельской области (на 100 тыс. населения)

Диспансеризации населения имеет тенденцию к увеличению с каждым годом, достигая пика в 2019 году (75,6% от планового объема). При этом диспансеризация женщин превышает диспансеризацию мужчин во все годы, за исключением 2013 года. Диспансеризация населения в возрасте 18–39 лет имеет самый низкий уровень среди всех возрастных групп, в то время как диспансеризация населения в возрасте 40–59 лет имеет самый высокий уровень.

Для изучения связи между заболеваемостью и диспансеризацией были рассчитаны коэффициенты корреляции Пирсона между этими показателями по возрастным группам. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Зависимость заболеваемости от диспансеризации населения (в разрезе возрастных групп)

Локализация	Пол	Возрастная группа	Коэффициент корреляции
РМЖ	Женский	18–39	-0,12
		40–59	-0,34
		60+	-0,28
РПЖ	Мужской	18–39	-0,07
		40–59	-0,21
		60+	-0,25

СЕКЦИЯ
Общественное здоровье и здравоохранение

Окончание таблицы 1

Локализация	Пол	Возрастная группа	Коэффициент корреляции
КРР	Оба пола	18–39	-0,09
		40–59	-0,18
		60+	-0,23
РШМ	Женский	18–39	-0,41
		40–59	-0,46
		60+	-0,38

Коэффициенты корреляции имеют отрицательные значения во всех случаях, то есть с увеличением охвата населения мероприятиями диспансеризации заболеваемость ЗНО уменьшается. Однако, большинство коэффициентов имеют слабую или умеренную степень связи (менее 0,5 по модулю), что означает, что диспансеризация не является единственным фактором, влияющим на заболеваемость ЗНО. Наибольшая степень связи наблюдается для РШМ у женщин в возрастной группе 40-59 лет (-0,46), что может быть объяснено тем, что для этого вида рака существует эффективный метод скрининга (цитологическое исследование мазка из шейки матки), который позволяет выявлять предраковые состояния шейки матки и РШМ на ранних стадиях.

Для моделирования зависимости заболеваемости от диспансеризации с учетом других факторов мы использовали метод множественной линейной регрессии. В качестве зависимой переменной использовалась заболеваемость по каждой локализации, а в качестве независимых переменных – диспансеризация, пол, возраст, социально-экономический статус (уровень дохода, образование, занятость). Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты множественной линейной регрессии для моделирования зависимости заболеваемости от диспансеризации и других факторов

Локализация	Коэффициент детерминации	Коэффициенты регрессии
РМЖ	0,67	Диспансеризация: -0,32; Пол: не применим; Возраст: 0,21; Доход: -0,14; Образование: -0,12; Занятость: -0,11;
РПЖ	0,59	Диспансеризация: -0,25; Пол: не применим; Возраст: 0,18; Доход: -0,13; Образование: -0,11; Занятость: -0,10;
КРР	0,54	Диспансеризация: -0,18; Пол: 0,07 (мужской пол имеет больший риск); Возраст: 0,16; Доход: -0,12; Образование: -0,10; Занятость: -0,09;
РШМ	0,71	Диспансеризация: -0,46; Пол: не применим; Возраст: 0,19; Доход: -0,15; Образование: -0,13; Занятость: -0,12;

Как видно из таблицы, коэффициенты детерминации имеют достаточно высокие значения (больше 0,5), что свидетельствует о том, что модели хорошо объясняют вариацию заболеваемости. Коэффициенты регрессии показывают направление и силу влияния каждого фактора на заболеваемость. Во всех случаях диспансеризация имеет отрицательный коэффициент регрессии, что подтверждает гипотезу о том, что диспансеризация снижает заболеваемость. Наибольшее влияние диспансеризация оказывает на заболеваемость РШМ (-0,46), а наименьшее на заболеваемость КРР (-0,18). Возраст имеет положительный коэффициент регрессии во всех случаях, что означает, что с уве-

СЕКЦИЯ

Общественное здоровье и здравоохранение

личением возраста заболеваемость увеличивается. Социально-экономический статус имеет отрицательный коэффициент регрессии во всех случаях, что означает, что с увеличением дохода, образования и занятости заболеваемость уменьшается. Это может быть объяснено тем, что люди с более высоким социально-экономическим статусом имеют лучший доступ к медицинским услугам, ведут более здоровый образ жизни. Пол имеет значимый коэффициент регрессии только для КРР, где мужской пол имеет больший риск заболевания, чем женский.

Заключение

В статье исследовано влияние диспансеризации населения на заболеваемость четырьмя видами рака в Гомельской области. Показано, что диспансеризация имеет отрицательную связь с заболеваемостью, но не является единственным фактором, влияющим на нее. Диспансеризация оказывает наибольшее влияние на заболеваемость РШМ, а наименьшее на заболеваемость КРР. Кроме диспансеризации, на заболеваемость влияют также пол, возраст и социально-экономический статус.

На основании полученных результатов мы можем сделать следующие рекомендации:

1. Необходимо увеличить объем и качество диспансеризации населения, особенно в возрастной группе 18-39 лет и среди мужчин, так как эти группы имеют самый низкий уровень диспансеризации;
2. Нужно усилить пропаганду здорового образа жизни и профилактики онкологических заболеваний среди населения, особенно в районах с низким социально-экономическим статусом;
3. Продолжить разработку и внедрение новых методов скрининга, диагностики и лечения рака, особенно для РМЖ и РПЖ, так как эти виды рака имеют самую высокую заболеваемость и самую низкую эффективность диспансеризации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Global Cancer Observatory: Cancer Today [Электронный ресурс] / J. Ferlay [et al.] // International Agency for Research on Cancer. – Lyon, 2018. – Режим доступа: <https://gco.iarc.fr/today>. – Дата доступа: 20.09.2023.
2. World Health Organization. Cancer [Электронный ресурс] / World Health Organization. – Geneva, 2020. – Режим доступа: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. – Дата доступа: 20.09.2023.
3. Статистические данные по онкологическим заболеваниям в Республике Беларусь за 2019 год [Электронный ресурс] / Национальный научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова. – Минск, 2020. – Режим доступа: <http://www.oncology.by/statistika/>. – Дата доступа: 20.09.2023.
4. Статистические данные по диспансеризации населения в Республике Беларусь за 2019 год [Электронный ресурс] / Министерство здравоохранения Республики Беларусь. – Минск, 2020. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/statistika/>. – Дата доступа: 20.09.2023.

УДК 614.2-057.875:316.6

Н. В. Гапанович-Кайдалов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЖИЗНЕННЫЕ ЦЕЛИ И ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Введение

Изучение ценностей и ценностных ориентаций современной молодежи особенно актуально в современных условиях информационного общества, когда широко доступны различные источники информации. Кроме того, изменение социально-экономических условий жизни людей в Республике Беларусь и других странах приводит к трансформации социокультурных ориентиров. Например, «было выявлено существенное повышение значимости ощущения собственной безопасности: седьмая позиция по результатам исследования 2011 года и третья в 2021 году. Также, вступление в брак молодежь связывает с достижением экономической самостоятельности, необходимой для создания благополучной семьи» [1].

Ценности – это результат осмысления исторического опыта, обобщенные представления людей о жизненных приоритетах, целях и нормах поведения, которые выступают основой для принятия решений в профессиональной деятельности или быту.

Ценностные ориентации выступают в качестве элементов внутренней структуры личности, которые закреплены в ее жизненном опыте в процессе социализации. Они определяют устойчивое и избирательное отношение индивида к окружающей действительности и обуславливают те или иные модели социального поведения.

«Ценностные ориентации – оценочное отношение личности к совокупности материальных и духовных благ, которые рассматриваются как предметы (или их свойства), цели и средства для удовлетворения потребностей личности» [3, с. 163]. В предложенной В.А. Ядовым модели иерархической диспозиционной структуры личности ценностные ориентации представляют собой высший уровень диспозиций, которые определяют формирование целей жизни и выбор средств для их достижения [2].

Традиционно в психологии в структуре системы ценностных ориентаций личности выделяют терминальные ценности, связанные с идеалами и жизненными целями личности, и инструментальные ценности, направленные на достижение жизненных целей (М. Рокич, В. А. Ядов и др.).

Г. Е. Леевик среди ценностных ориентации личности выделяет цели жизни и ценностные ориентации – средства достижения целей жизни. Первая группа включает ценностные ориентации на труд, на общение, на познание, на общественно-политическую деятельность, на материальные ценности. Вторая группа – ценностные ориентации на развитие нравственных, деловых качеств, волевых качеств, моральных качеств.

Согласно Г.Е. Леевику, цели жизни включают в себя ценностные ориентации:

– на труд: приобретение профессионального опыта, знание своей специальности, получение удовлетворения от самого процесса труда, осознание его общественной ценности, добросовестное отношение к делу;

– на общение: удовлетворение потребности в общении, наличие коммуникативных качеств – жизнерадостность и чувство юмора и др., приоритет хороших отношений с товарищами по работе и друзьями;

СЕКЦИЯ Общественное здоровье и здравоохранение

– на познание: стремление к самосовершенствованию, расширению своего кругозора, образованию, повышению культурного и интеллектуального уровня;

– на общественно-политическую деятельность: пропаганда идей и знаний, общественная работа у себя в коллективе и по месту жительства, работа в выборных общественных органах;

– на материальные ценности: высокая заработная плата, благоустроенная квартира и личная автомашина, возможность одеваться по моде [4].

Ценностные ориентации в юности очень динамичны, потому что молодежь восприимчива к изменениям в обществе. Формирование ценностных ориентаций происходит только при активном участии в этом процессе семьи, общества, системы образования и государства.

Ценностные ориентации студентов имеют непосредственное отношение не только к профессиональному самоопределению, но и выступают важнейшим фактором освоения профессии и успешности последующей профессиональной деятельности (С. Д. Денисов, Р. Г. Заяц, Т. А. Совостюк, С. П. Ярошевич и др.).

Профессия врача относится к числу помогающих, она предъявляет особые требования как к профессиональной подготовке, так и к ценностным ориентациям будущих специалистов. Профессиональное становление врача непосредственно связано с самопознанием и формированием своего отношения не только к окружающему миру, но и к себе, пациентам, коллегам и т. п. (А. Е. Ключиков, Л. Э. Семенова, Е. В. Чубарова и др.).

Профессия врача непосредственно связана с такими ценностями, как «человек», «жизнь» и «здоровье», значимость которых для самоопределяющейся личности зависит условий семейного воспитания, социального окружения и т.п. Этим объясняется интерес исследователей к проблемам личностного развития студентов-медиков и формирования у них ценностных ориентаций. Так, большое внимание уделяется изучению профессиональной коммуникации в медицине (С. В. Масловская, М. В. Фомина), мотивационной сферы будущих врачей (Е. А. Захарова, Т. М. Сорокина, Е. А. Юдина), нравственной культуры и нравственного поведения (Т. С. Игнатьева, Е. В. Храмцова), профессионально важных качеств личности медицинского работника (В. М. Зайцева), ценностного самоопределения будущего врача (С. Г. Заболотная, Т. А. Совостюк) и др.

Цель

В исследовании мы стремились выявить особенности жизненных целей будущих медицинских работников – студентов медицинского университета.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 120 студентов 1–2 курсов учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет». Средний возраст составил – 19,8 лет. Гендерные различия в исследовании не учитывались.

Для изучения ценностных ориентаций студентов мы использовали опросник Г. Е. Леевика «Ценностные ориентации личности – 8» (ЦОЛ-8). Оценка ценностей производилась по 7-балльной шкале: 1 – совершенно не важно, есть у меня это качество или нет; 2 – скорее не важно, чем важно; 3 – не очень важно; 4 – важно в средней степени; 5 – скорее важно, чем не важно; 6 – очень важно; 7 – обладать этим качеством для меня самое главное в жизни [4].

Результаты исследования и их обсуждение

Нами были проанализированы суммы баллов по целям жизни для каждого участника исследования. В результате ранжирования по убыванию значимости были получены следующие средние значения для всей выборки: 1) общение – 32,3; 2) материаль-

СЕКЦИЯ

Общественное здоровье и здравоохранение

ные ценности – 31,8; 3) труд – 28,7; 4) познание – 28,5; 5) общественно-политическая деятельность – 20. Таким образом, можно констатировать, что студенты университета прежде всего ориентированы на общение, материальные ценности и, в меньшей степени, на участие в общественно-политической деятельности.

Также мы сравнили количество респондентов, которые максимально оценили (6–7 баллов) те или иные цели жизни – ценностные ориентации. Были получены следующие результаты: 1) познание – 21,7%; 2) труд – 16,7%; 3) общение – 5,8%; 4) материальные ценности – 1,7%; 5) общественно-политическая деятельность – 1,7%. Следовательно, для студентов медицинского университета младших курсов, очевидно, большую значимость имеют познание и труд. При этом большинство первокурсников материально зависимы от своих родителей и не имеют опыта общественной работы, чем объясняется малая значимость материальных ценностей и общественно-политической деятельности.

Заключение

Таким образом, обобщая изложенное выше, можно сделать следующие выводы: для студентов медицинского университета формирование ценностных ориентаций является важнейшей задачей профессионального становления; приоритетными жизненными ценностями для студентов младших курсов являются общение, материальные ценности и труд; значительная часть студентов ориентирована на познание и труд, что можно объяснить наличием учебной мотивации и стремлением овладеть профессией; также выявлена низкая заинтересованность студентов в общественно-политической деятельности, которая, очевидно, связана с недостаточной социальной активностью и отсутствием опыта общественной работы.

В ходе профессиональной подготовки в университете основным приоритетом должна стать подготовка будущего врача, ответственного за результаты своей профессиональной деятельности, нацеленной на сохранение жизни и здоровья пациента, улучшение качества его жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пилипенко, Е. Динамика ценностных ориентаций студенческой молодежи / Е. Пилипенко // *Беларуская думка*. – 2022. – № 4. – С. 86–90.
2. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности: диспозиционная концепция / В. А. Ядов [и др.]. – 2-е изд. – М. : ЦСПиМ, 2013. – 376 с.
3. Сурина, И. А. Ценностные ориентации / И. А. Сурина // *Знание. Понимание. Умение*. – 2005. – № 5. – С. 162–164.
4. Леевик, Г. Е. Руководство по методике изучения ценностных ориентаций личности / Г. Е. Леевик. – Л. : Знание, 1990. – 30 с.

УДК 616-005.863-056.7-036-092.17(476)

И. Е. Гурьянова¹, А. В. Любушкин¹, И. В. Овсяник², В. И. Лебедь²

¹Республиканский научно-практический центр детской онкологии,
гематологии и иммунологии,
г. Минск, Республика Беларусь

²Республиканское общественное объединение
«Помощь пациентам с наследственным ангиоотек»,
г. Гродно, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОГО АНГИОТЕКА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БЕЛОРУССКИХ ПАЦИЕНТОВ

Введение

Наследственный ангиоотек (НАО) – орфанное генетическое заболевание с ауто-сомно-доминантным типом наследования, сопровождающиеся рецидивирующими отеками в различных частях тела, включая конечности, лицо и гортань [1]. В среднем, от появления первых симптомов до постановки диагноза у пациентов с НАО проходит 10-13 лет, что способствует снижению качества жизни пациентов, развитию тяжелых осложнений и летальности [2]. Приступы НАО оказывают разностороннее влияние на физическое и психологическое здоровье пациентов, на уровень независимости и социальные отношения [3].

В данной патологии не существует корреляции между типом генетического нарушения или его локализацией в гене и клиническим фенотипом течения заболевания, кроме того, даже среди пациентов из одной семьи, т.е. с одним и тем же генетическим нарушением, возраст дебюта, локализация атак и тяжесть течения заболевания может значительно колебаться, варьируя от бессимптомных случаев до пациентов, страдающих от еженедельных тяжелых и угрожающих жизни приступов [4]. Известны триггерные факторы, которые наиболее часто могут привести к возникновению приступа НАО (чувство тревоги, стресс, хирургические вмешательства, стоматологические процедуры, травмы, сдавливание конечностей, беременность, менструация, овуляция, прием лекарственных препаратов, содержащие эстрогенные гормоны и др.), но также приступы могут возникать и без видимой причины [5]. Кроме того, фактически, одна и та же причина не всегда может спровоцировать приступ у отдельного пациента, либо характерные триггеры со временем могут изменяться. Привычная пациенту локализация и частота приступов может изменяться на протяжении жизни пациента под воздействие внешних факторов или по необъяснимым причинам [4].

Для корректного осуществления клинического мониторинга и обеспечения пациентов необходимым количеством эффективных терапевтических препаратов, медицинским работникам необходимо ежегодно получать сведения о течения заболевания от каждого пациента с НАО. За последние годы в мировой практике достигнуты значительные успехи в расширении возможностей терапии как острого приступа, так и профилактического лечения пациентов с НАО, часть из которых поставляется и в Беларусь. В этой статье представлена информация, которую важно учитывать при разработке соответствующего плана лечения пациента с НАО.

Цель

Оценить влияние наследственного ангиоотека на качество жизни белорусских пациентов.

СЕКЦИЯ
Общественное здоровье и здравоохранение

Материал и методы исследования

В исследование включены данные опроса, в котором приняло участие 42 белорусских пациента с аллельными вариантами в гене *SERPING1* и установленным диагнозом НАО тип I или тип II. 17 пациентов мужского пола и 25 женского (1:1,47). Все пациенты на момент проведения опроса имели клинические проявления заболевания. Опрос проводили в январе 2023 года сотрудники белорусского Республиканского общественного объединения «Помощь пациентам с наследственным ангиоотеком». Согласие на обработку персональных данных получено у всех пациентов и/или их официальных опекунов. Статистический анализ данных выполняли в программах Microsoft Excel и Statistica 8.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди пациентов, принявших участие в опросе, 35 (83,3%) были в возрасте 18 лет и старше. Медиана возраста пациентов на момент проведения опроса составила 33,5 лет (диапазон: 3 – 72 года), медиана возраста на момент первых клинических проявлений НАО – 8,5 лет (диапазон: до года – 60 лет). Медиана отсрочки постановки точного диагноза от начала первых симптомов составила 9 лет.

За последние 12 месяцев зафиксировано 660 приступов (включая отеки рук, ног, лица, а так же отеки внутренних органов) у 41/42 пациентов, медиана – 15 (диапазон: 0–70), среди которых 13,9% составили отеки лица или шеи, 51,5% – отеки внутренних органов, 34,6% – отеки рук или ног. За анализируемый период времени у 11 пациентов произошел отек гортани, всего в количестве 22 приступов, с частотой от 1 до 7 приступов в зависимости от пациента. Кроме этого, 23 пациента отметили возраст на момент первого приступа гортани, данные представлены на рисунке 1.

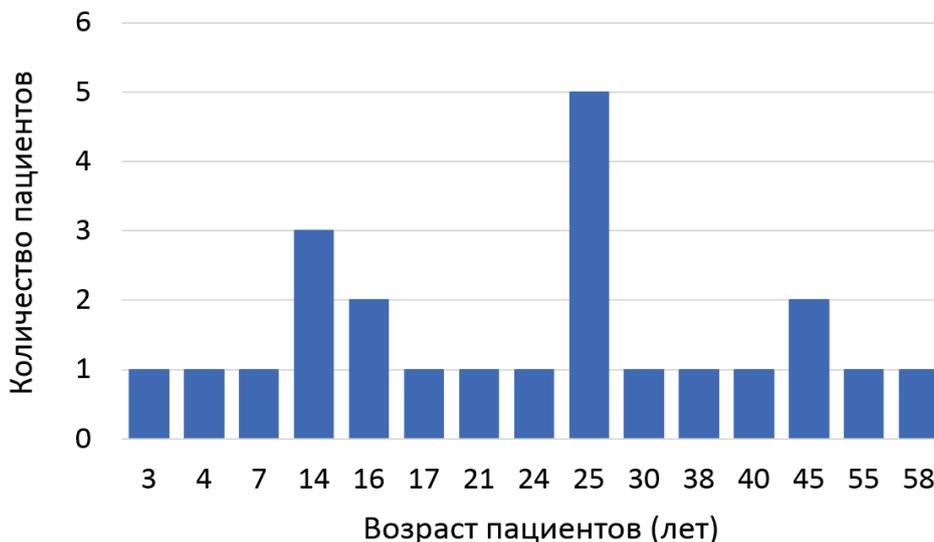


Рисунок 1 – Графическое изображение данных, полученных от 23 пациентов об их возрасте на момент первого отека гортани

За последние 12 месяцев отмечено 69 госпитализаций из-за острого приступа НАО, в том числе 16,0% (n=11) в отделение реанимации и интенсивной терапии. При анализе данных опроса отмечено, что несмотря на наличие установленного диагноза НАО, за последние 12 месяцев пациенты 6 раз подвергались хирургическим вмешательствам по причине отека внутренних органов. 73,8% пациентов (n=31) отметили

пропуск рабочих или учебных дней из-за приступов НАО за последние 12 месяцев, в общем количестве 474 дней. 55,6% пациентов (n=25) отметили, что за последние 12 месяцев по причине приступа НАО они вынужденно пропускали запланированные мероприятия и/или поездки, количество которых событий составило 106. Кроме этого, зафиксировано 102 пропуска запланированного события или дней работы/учебы среди родственников и близких пациентов, по причине осуществления ухода и оказания помощи во время острого приступа НАО у пациента. Только 17/42 пациентов (40,5%) отметили, что за последние 12 месяцев для купирования ангиоотека применялись препараты, одобренные в качестве терапии острого приступа НАО.

Заключение. Без установленного диагноза, пациенты с НАО имеют повышенный риск развития более тяжелой формы отека и смерти, поскольку отеки могут ошибочно принимать за аллергическую реакцию и применять не эффективное терапевтическое лечение. Однако, даже после постановки диагноза, без наличия доступа к эффективной терапии, пациенты и их родственники продолжают испытывать бремя заболевания, остаются незащищенными от развития тяжелых приступов и жизнеугрожающих ситуаций. Настораживает факт, что 59,5% пациентов, участвующих в опросе, отметили, что для купирования приступов им применялись антифибринолитики, кортикостероиды, андрогены, анаболические стероиды, гормоны, которые не рекомендованы для использования при остром приступе НАО [5].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Classification, diagnosis, and approach to treatment for angioedema: consensus report from the Hereditary Angioedema International Working Group / M. Cicardi [et al.] // Allergy. – 2014. – Vol. 69, № 5. – P. 602–616.
2. Improvement in diagnostic delays over time in patients with hereditary angioedema: findings from the Icatibant Outcome Survey / A. Zanichelli [et al.] // Clin. and Transl. Allergy. – 2018. – Vol. 8. – doi: 10.1186/s13601-018-0229-4.
3. The Angioedema Quality of Life Questionnaire (AE-QoL) - assessment of sensitivity to change and minimal clinically important difference / K. Weller [et al.] // Allergy. – 2016. – Vol. 71, № 8. – P. 1203-1209. – doi: 10.1111/all.12900.
4. Bork, K. Overview of hereditary angioedema caused by C1-inhibitor deficiency: assessment and clinical management / K. Bork, M. Davis-Lorton // Eur Ann Allergy Clin Immunol. – 2013. – Vol. 45. – P. 7–16.
5. The international WAO/EAACI guideline for the management of hereditary angioedema – The 2021 revision and update / M. Maurer [et al.] // Allergy. – 2022. – Vol. 77, iss. 7. – P. 1961–1990.

УДК 614.2:614.8.086.5

В. М. Мицура, К. Н. Буздалкин

Государственное учреждение

*«Республиканский научно-практический центр радиационной медицины
и экологии человека»,*

г. Гомель, Республика Беларусь

ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРИЕМУ И ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАДИАЦИОННЫХ АВАРИЙ

Введение

В случае аварии на Белорусской АЭС или на радиационно опасных объектах сопредельных государств население Беларуси может подвергнуться многокомпонентно-

СЕКЦИЯ Общественное здоровье и здравоохранение

му и пролонгированному действию ионизирующего излучения в сочетании с другими факторами. Опыт медицинского реагирования в случае аварии на Чернобыльской АЭС показал, что имеется ряд проблем, решение которых остается актуальным. В частности, требует совершенствования обеспечение готовности медицинской службы к реагированию на радиационные аварии, в том числе в части планирования и подготовки к медицинскому реагированию, организации приема и оказания медицинской помощи пострадавшим на базе местных и специализированных организаций здравоохранения. А.Н. Гребенюк с соавт. (2018) указывают, что «неправильная оценка радиационной обстановки, неудачная и несвоевременная организация первоочередных защитных и медицинских мер могут привести в дальнейшем к значительным негативным последствиям для здоровья персонала аварийных объектов, специалистов аварийно-спасательных формирований и населения» [1].

Цель

Обосновать необходимость организационных мероприятий по приему и оказанию медицинской помощи пострадавшим в результате радиационных аварий.

Материал и методы исследования

Изучение нормативных документов и литературных источников, опубликованных в Республике Беларусь и за рубежом.

Результаты исследования и их обсуждение

Всемирная организация здравоохранения (далее – ВОЗ) и Международное агентство по атомной энергии (далее – МАГАТЭ) подтвердили, что при радиационных авариях тяжесть медицинских последствий можно значительно снизить за счет эффективного медицинского реагирования. Общие требования безопасности МАГАТЭ «Готовность и реагирование в случае ядерной и радиологической аварийной ситуации» (2016) содержат раздел «Управление медицинским реагированием в случае ядерной или радиологической аварийной ситуации» (Требование 12), где указано, что «Должны быть осуществлены мероприятия, с тем чтобы медицинский персонал был информирован о клинических симптомах радиационного облучения и надлежащих процедурах оповещения и других мерах аварийного реагирования, которые необходимо принять в случае возникновения или предположительного возникновения ядерной или радиологической аварийной ситуации. Должны быть осуществлены мероприятия, с тем чтобы в случае ядерной или радиологической аварийной ситуации лицам, которые, возможно, подверглись радиоактивному загрязнению, могла быть оперативно оказана соответствующая медицинская помощь» [2, с. 46].

Исследователи из Кореи ссылаются на необходимость разработки подробных процедур экстренного медицинского реагирования при радиационной аварии, включая четко описанные методы классификации пострадавших, проведения процедуры дезактивации, первоначального лечения и транспортировки в специализированные больницы, вместе с разработкой планов по обеспечению необходимым оборудованием и закупки расходных материалов [3,4]. В Иране готовность персонала отделений неотложной помощи к приему пострадавших в результате радиационных аварий изучалась с помощью специально разработанного опросника [5].

Постановлениями Совета Министров Республики Беларусь от 10 апреля 2001 г. № 495 «О Государственной системе предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций» и от 22 марта 2018 г. № 211 «Об утверждении плана защитных мероприятий при радиационной аварии на Белорусской атомной электростанции (внешнего ава-

СЕКЦИЯ Общественное здоровье и здравоохранение

рийного плана)» на Министерство здравоохранения возложена задача обеспечения и оказания медицинской помощи пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций, в частности, радиационных аварий, и конкретно – при аварии на Белорусской АЭС. Основные задачи, структура и функции отраслевой подсистемы Государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций Министерства здравоохранения изложены в Положении об отраслевой подсистеме Государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций, утвержденном постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 декабря 2021 г. № 124. Однако, в законодательной или нормативно-технической документации, регламентирующей реагирование системы здравоохранения в случае радиационных аварий, недостаточно полно определены мероприятия на уровне организаций здравоохранения, направленные на безопасное и эффективное оказание медицинской помощи пострадавшим, предотвращение радиационного поражения медицинских работников и загрязнение помещений организаций здравоохранения.

Заключение

Выполнение необходимых мер по защите здоровья медицинских работников и населения, включая осведомленность медицинского персонала о медицинских симптомах радиационного поражения и соответствующих процедурах лечения, организационных действиях на рабочих местах в случае радиационной аварии, позволит повысить эффективность медицинского реагирования организаций здравоохранения Республики Беларусь. Необходимо разработать алгоритм действий организаций здравоохранения Республики Беларусь в случае радиационных аварий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Современная стратегия защитных и медицинских мероприятий при радиационных авариях / А. Н. Гребенюк [et al.] // Радиационная гигиена. – 2018. – Т. 11, № 4. – С. 80–88. doi: 10.21514/1998-426X-2018-11-4-80-88.
2. Готовность и реагирование в случае ядерной или радиологической аварийной ситуации. Общие требования безопасности. – No GSR. – Part 7. – Вена : Международное агентство по атомной энергии, 2016. – 120 с.
3. The Current Safety Regulation for Radiation Emergency Medicine in Korea / Y. Y. Choi [et al.] // Int. J. Environ. Res. Public Health. – 2021. – Vol 18. – Art. 12434. – doi: 10.3390/ijerph182312434.
4. Sustainable medical preparedness and response system for radiation emergencies in the Republic of Korea / M. Cho [et al.] // Radiat. Prot. Dosimetry. – 2018. – Vol. 182, № 1. – P. 20–24. doi: 10.1093/rpd/ncy134.
5. Design and validation of a hospital emergency department preparedness questionnaire for radiation accidents, nuclear accidents, and nuclear terrorism in Iran / M. A. Marzaleh [et al.] // Am. J. Disaster Med. – 2020. – Vol. 15, № 4. – P. 283–292. – doi: 10.5055/ajdm.2020.0377.

УДК 616.98:578.834.1]-052-06-036.82

О. Л. Никифорова¹, Е. В. Воропаев¹, Н. В. Галиновская¹, Н. Н. Спода²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

²Гомельская университетская клиника –

Областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной Войны,

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФЕКЦИЮ COVID-19, ПО ДАННЫМ ОПРОСНИКА SF-36

Введение

Несмотря на периодически возникающие спорадические вспышки заболеваемости инфекцией COVID-19, 5 мая 2023 года Всемирная организация здравоохранения объявила об окончании пандемии данной инфекции. По данным Center for Systems Science and Engineering at Johns Hopkins University (JHU CSSE) число пациентов, перенесших инфекцию COVID-19, составляет более шестисот шестидесяти миллионов человек в мире и более девятисот восьмидесяти тысяч человек в Республике Беларусь [1].

Вне зависимости от степени тяжести перенесенной инфекции COVID-19 у ряда пациентов на протяжении длительного периода сохраняются разнообразные симптомы и жалобы, которые влияют на их повседневное функционирование и качество жизни [2, 3]. Эти пациенты в дальнейшем нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий и восстановлению в социальной сфере.

Качество жизни, связанное со здоровьем, представляет собой оценку пациентом влияния заболевания и проводимого лечения на его физическое, психологическое, эмоциональное и социальное функционирование. Определение качества жизни пациентов, связанного со здоровьем, очень важно для практикующих врачей, так как позволяет оценить эффективность лечения, нуждаемость в медицинской, социальной, профессиональной реабилитации.

Основными инструментами для изучения качества жизни пациентов являются стандартизированные опросники, отражающие такие сферы, как физическое здоровье, психическое здоровье и социальные функции. Одним из наиболее часто используемых опросников является опросник SF-36 (Item Short Health Status Survey). Разработанный еще в 1992 году, он соответствует психометрическим стандартам и предназначен для изучения всех компонентов качества жизни и не является специфичным [4]

Цель

Изучить качество жизни по шкалам физического и психического компонентов у пациентов, перенесших инфекцию COVID-19 в легкой и среднетяжелой формах.

Материал и методы исследования

На базе государственного учреждения здравоохранения «Гомельская центральная городская клиническая поликлиника» филиал №12 в период с апреля 2021 по апрель 2022 г. проведено проспективное одноцентровое когортное исследование 134 пациентов. Исследование проведено с разрешения этического комитета учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» в рамках научной

СЕКЦИЯ Общественное здоровье и здравоохранение

работы «Разработать алгоритм прогнозирования пост-COVID-19 ассоциированной патологии на основании изучения клинико-лабораторных и функциональных показателей 2022–2024 гг.».

Критериями включения в исследование были перенесенная инфекция COVID-19 в легкой и средней степени тяжести форме в течение последних 7 месяцев (Me 3 мес., sd 1,05), возраст ≥ 18 лет, подписанное пациентом информированное согласие об участии в исследовании. Критерии исключения – возраст < 18 лет, невозможность читать и интерпретировать вопросы, отсутствие хотя бы одного критерия включения.

Участие в исследовании было добровольным и не предусматривало вознаграждения.

В наблюдаемой когорте пациентов женщин – 69% (93), мужчин – 31% (41). Медиана возраста для женщин составила 53 года (sd 8,9), для мужчин – 49 лет (sd 9,89). Половозрастная структура исследуемой когорты пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение пациентов, перенесших инфекцию COVID-19 в легкой и средней степени тяжести формах, по возрасту и полу

Возраст, годы	Всего, человек		Гендерный состав (% от объема выборки)	
	число респондентов	% от объема выборки	мужчины	женщины
18–44	23	17,2	9 (22)	14 (15)
45–59	88	65,6	26 (63,4)	62 (66,7)
60–74	23	17,2	6 (14,6)	17 (18,3)
Итого	134	100	41 (100)	93 (100)

Диагноз инфекции COVID-19 пациентам методом полимеразной цепной реакцией был установлен у 97,8% пациента; методом иммунохроматографического анализа – 2,2% пациентов.

Инфекция COVID-19 у большинства опрошенных – 93,3% пациентов протекала в легкой форме, у 6,7% в форме средней степени тяжести, ассоциированной с вирусной пневмонией.

Качество жизни, связанное со здоровьем, в исследуемой когорте пациентов оценивалось с помощью опросника The Short Form-36 (SF-36). Он представлен 8 шкалами, которые составляют показатели «физического компонента здоровья» и «психологического компонента здоровья». [5].

Физический компонент здоровья включает в себя: физическое функционирование (Physical Functioning – PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP), интенсивность боли (Bodily pain – BP) и общее состояние здоровья (General Health – GH). Психологический компонент здоровья представлен жизненной активностью (Vitality – VT), социальным функционированием (Social Functioning – SF), ролевым функционированием, обусловленным эмоциональным состоянием (RoleEmotional – RE) и психическим здоровьем (Mental Health – MH) [5].

Результаты по каждому вопросу из 8 шкал выражались в баллах, которые заключались в шкалу со значениями от 0 до 100. При этом числовые показатели суммы баллов близкие к 100 указывали на высокое качество жизни, а ближе к 0 – низкие [5].

Полученные в результате исследования данные о качестве жизни пациентов заносились в электронную базу и обрабатывались с помощью пакета прикладных про-

СЕКЦИЯ Общественное здоровье и здравоохранение

грамм «STATISTICA» 10.0. и Excel, а также с помощью онлайн-калькулятора, разработанного для расчета показателей шкал опросника SF-36. Нормальность распределения показателей оценивали с помощью критерия Шапиро-Уилка. Данные, не соответствующие нормальному распределению, были представлены в виде медианы (Me) и нижнего-верхнего квартилей (LQ–UQ).

Результаты исследования и их обсуждение

Медиана «физического компонента здоровья» у мужчин составила 50,5 баллов [45; 54], у женщин – 46 баллов [37; 50,25]. Медиана «психологического компонента здоровья» у мужчин составила 49,5 баллов [42,25; 53,75], у женщин – 45 баллов [37,75; 52,25]. Авторами были проанализированы как возрастные особенности показателей качества жизни у пациентов, перенесших инфекцию COVID-19, так и различия по полу. Данные распределения показателей физического и психологического компонентов здоровья в зависимости от возраста и пола представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Показатели физического и психологического компонентов здоровья в зависимости от возраста и пола пациентов, перенесших инфекцию COVID-19 в легкой и средней степени тяжести формах

Возраст, годы	Мужчины		Женщины	
	Физический компонент здоровья, (Me; LQ–UQ)	Психологический компонент здоровья, (Me; LQ–UQ)	Физический компонент здоровья, (Me; LQ–UQ)	Психологический компонент здоровья, (Me; LQ–UQ)
18–44	54 [50; 57]	43 [39; 53]	46,5 [42,5; 54,3]	41,5 [32,8; 49,8]
45–59	50 [44; 53]	48,5 [42,8; 53,3]	46 [40; 50]*	45,5 [39; 53]
60–74	51 [43; 53,5]	50,5 [34,8; 60,3]	36 [32; 50,5]	46 [37,5; 53]

Примечание: * – $p < 0,05$

Как видно из представленной таблицы показатели качества жизни у пациентов мужского пола как по физическому, так и по психологическому компонентам здоровья выше, чем у женского. Наибольшие гендерные различия присутствовали по физическому компоненту здоровья качества жизни у пациентов пожилого возраста.

Медиана показателей физического компонента здоровья мужчин с возрастом не изменялась, в то время как у женщин пожилого возраста наблюдается снижение качества жизни за счет физического его компонента.

С возрастом как у мужчин, так и у женщин присутствует тенденция превалирования показателей психологического компонента здоровья качества жизни.

Среди исследованных нами возрастных групп максимально высокие значения физического компонента здоровья качества жизни наблюдались у пациентов мужского пола молодого возраста и женского пола молодого и среднего возраста, низкие – у пациентов пожилого возраста. По психологическому компоненту здоровья самые высокие показатели у мужчин и женщин пожилого возраста, низкие – у мужчин и женщин молодого возраста.

Заключение

С возрастом у пациентов мужского и женского пола, перенесших инфекцию COVID-19 в легкой и средней степени тяжести формах, наблюдается снижение показателей качества жизни за счет физического компонента здоровья, обусловленное преоб-

ладанием дегенеративных процессов, наличием коморбидных заболеваний и снижением физической активности в данной когорте.

Проведенный анализ параметров качества жизни разных групп пациентов, перенесших инфекцию COVID-19, указывает о более низких показателях психологического компонента здоровья у пациентов молодого возраста как мужского, так и женского пола. Выявленные изменения параметров качества жизни у пациентов, перенесших инфекцию COVID-19 в легкой и средней степени тяжести формах, не однозначны и субъективны. Все пациенты, которые перенесли инфекцию COVID-19 нуждаются в дальнейшем динамическом наблюдении для своевременной диагностики и лечения как соматических заболеваний, так и постковидного синдрома.

Параметры качества жизни пациентов, перенесших инфекцию COVID-19, являются дополнительными показателями для более качественной оценки за состоянием пациентов, контроля эффективности лечения, осуществлении медицинской и социальной реабилитации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. JHU: Онлайн статистика по пациентам с COVID-19 Университета Johns Hopkins University. – Режим доступа: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. – Дата доступа: 20.09.2023.
2. Антонович, Ж. В. Длительный COVID и постковидный синдром как междисциплинарная проблема / Ж. В. Антонович // Рецепт. – 2022. – Vol. 25, № 4. – С. 5-42.
3. Montani, D Post-COVID-19 syndrome. / D. Montani [et al.] // The European Respiratory Review. – 2022. – Vol. 163, № 31. – Art. 210185.
4. Мороз, И. Н. Инструменты оценки качества жизни, связанного со здоровьем / И. Н. Мороз // Военная медицина. – 2019. – № 4. – С. 78-85.
5. Качество жизни больных перенесших Ковид-19 / Р. М. Жумамбаева [et al.] // Астана медицинский журнал. – 2021. – № 4. – С. 29-36.

УДК: 616.89-008.454:616.89-008.441.13(476)

В. М. Писарик¹, С. С. Бычков², А. А. Александров³

*¹Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения,
г. Минск, Республика Беларусь*

*Всемирная организация здравоохранения, Европейский офис ВОЗ
по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними,
г. Москва, Россия*

*Минский областной клинический центр
«Психиатрия-наркология»,
г. Минск, Беларусь*

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ И ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ В РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Введение

В настоящее время широкая распространенность хронических неинфекционных заболеваний (НИЗ), а также факторов риска их возникновения (потребление

СЕКЦИЯ Общественное здоровье и здравоохранение

алкоголя и табака, нездоровое питание, гиподинамия и др.) приводят к преждевременной смертности и инвалидизация населения, оказывая негативное воздействие на социально-экономическое развитие многих стран. Для изучения распространенности факторов риска НИЗ специалистами ВОЗ разработан простой, стандартизированный, поэтапный метод сбора, анализа и распространения данных – STEPS. STEPS-исследование включает в себя три этапа: анкетирование (интервьюер задаёт респонденту вопросы об употреблении табака, алкоголя, рационе питания, физической активности и др.); антропометрические обследования (измерение длины и массы тела, окружности талии и др.) и – биохимический анализ биологических жидкостей (определение уровня глюкозы и холестерина в крови, натрия и креатинина в моче и др.). В Республике Беларусь STEPS-исследование было проведено дважды – в 2016 и в 2020 году [1], и в последнее время был добавлен модуль о распространенности депрессивной симптоматики, результаты которого легли в основу настоящей работы.

В современной медицине именно депрессия является расстройством, оказывающим наибольшее влияние на здоровье и жизнь населения. В последние десятилетия депрессивные расстройства поражают в мире большее количество людей, чем, в частности, злокачественные новообразования или сахарный диабет. По данным ВОЗ, депрессию испытывает 3,8% населения, в том числе 5% взрослых людей (4% мужчин и 6% женщин) и 5,7% людей в возрасте старше 60 лет [2]. По результатам STEPS-2020 около 12% взрослого населения Беларуси находятся в депрессивном состоянии [1], при этом число зарегистрированных врачами-психиатрами-наркологами пациентов с диагнозами депрессивных расстройств в 2020 году составило всего 0,08% от численности населения [3]. Такая гиподиагностика связана, на наш взгляд, с тремя основными причинами: стигматизация психических расстройств, недостаточная информированность населения и медиков о частоте, проявлениях и методах лечения депрессии, а также опасения, связанные с обращением за психиатрической помощью. Нераспознанная и нелеченая депрессия является одним из факторов риска формирования проблемного потребления алкоголя и вследствие этого, а также сама по себе, может существенно влиять на бремя НИЗ, ухудшая течение и прогноз болезней системы кровообращения, диабета, онкологических и других заболеваний [4].

Цель

По результатам STEPS-2020 провести сравнительный анализ уровня потребления алкоголя и распространённости депрессивных состояний в регионах Республики Беларусь.

Материал и методы исследования

Для участия в STEPS-2020 методом вероятностного многоступенчатого кластерного отбора было выбрано 5760 человек в возрасте 18–69 лет, эквивалентно распределённых по возрасту, полу и регионам страны. Фактически обследовано 5328 респондентов (отклик составил 92%), что сделало исследование репрезентативным и позволило экстраполировать результаты на всё взрослое население страны. Наличие депрессивного состояния оценивалось по алгоритму WHS (World Health Survey – Всемирное Исследование Здоровья) [1]. Объём потребления алкоголя населением в возрасте старше 15 лет в пересчёте на абсолютный спирт приводится в литрах по данным Национального статистического комитета Республики Беларусь (Белстат) за 2020 год [5]. Обработка и статистический анализ данных выполнен с использованием средств программной среды R и пакета Microsoft Office. При расчёте средних значений показателей вычислен 95% доверительный интервал (95% ДИ).

СЕКЦИЯ
Общественное здоровье и здравоохранение

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 представлено сравнение показателя, взятого из результатов STEPS-2020, «Доля респондентов с симптомами депрессии (оба пола, %)» [1] и объёма потребления алкоголя по регионам (данные Белстата) [5].

Таблица 1 – Распространённость симптомов депрессии и объём потребления алкоголя по регионам страны

Регион	Доля респондентов с симптомами депрессии (оба пола, %) (95% ДИ)	Объём потребления алкоголя, л
Брестская область	14,1 (9,9–18,4)	11,4
Город Минск	25,9 (20,8–30,9)	11,5
Гомельская область	11,6 (8,1–15,1)	11,2
Гродненская область	9,1 (4,1–14)	11,7
Минская область	6,4 (3,7–9,1)	12,1
Могилёвская область	8,5 (3,7–13,3)	12,8
Витебская область	6,3 (3,7–8,8)	12,8
Корреляция	-0,56	

Как показывают представленные в таблице 1 данные, связь доли респондентов с симптомами депрессии и объёмом потребления алкоголя является обратно пропорциональной (коэффициент корреляции – -0,56), то есть чем выше потребление алкоголя в регионе, тем ниже уровень распространённости депрессивных состояний либо, наоборот, чем ниже потребление алкоголя в регионе, тем больше распространённость депрессивных состояний. Корреляционный анализ, к сожалению, не позволяет установить причину и следствие среди взаимосвязанных показателей.

В таблице 2 показано распределение жителей регионов по статусу потребления алкоголя.

Таблица 2 – Статус потребления алкоголя по регионам страны (оба пола), % [1]

Регион	Доля выпивавших в течение последних 30 дней (95% ДИ)	Доля непьющих сейчас, но выпивавших в течение последних 12 месяцев (95% ДИ)	Доля непьющих на протяжении последних 12 месяцев (95% ДИ)	Доля непьющих на протяжении всей жизни (95% ДИ)
БрестОбл	48,2 (41,6–54,8)	33,1 (25,0–41,2)	8,5 (5,9–11,2)	10,2 (6,2–14,3)
г. Минск	58,9 (53,2–64,7)	25,5 (20,4–30,6)	10,2 (7,2–13,2)	5,4 (2,6–8,1)
ГомельОбл	57,9 (53,0–62,9)	23,7 (19,8–27,7)	13,8 (10,3–17,4)	4,5 (2,2–6,9)
ГроднОбл	57,1 (48,7–65,4)	28,5 (21,7–35,3)	10,1 (6,8–13,4)	4,4 (0,3–8,5)
МинскОбл	54,2 (49,9–58,5)	27,4 (23,3–31,5)	9,7 (6,6–12,8)	8,7 (5,0–12,3)
МогилёвОбл	48,4 (38,1–58,8)	31,0 (22,3–39,7)	10,7 (5,4–15,9)	9,9 (3,9–16,0)
ВитебскОбл	55,8 (46,0–65,6)	34,0 (23,5–44,5)	8,9 (4,6–13,2)	1,3 (0,3–2,2)

Сопоставление данных о доле выпивавших в течение последних 30 дней и доле населения с симптомами депрессии представлено в табл.3 и на рисунке.

СЕКЦИЯ
Общественное здоровье и здравоохранение

Таблица 3 – Корреляционный анализ между долей потребляющих алкоголь и долей находящихся в депрессивном состоянии

Регион	Доля выпивавших в течение последних 30 дней (оба пола, %)	Доля респондентов с симптомами депрессии (оба пола, %)	корреляция
Брестская область	48,2	14,1	
Могилёвская область	48,4	8,5	
Минская область	54,2	6,4	
Витебская область	55,8	6,3	-0,78462
Гродненская область	57,1	9,1	
Гомельская область	57,9	11,6	
Город Минск	58,9	25,9	
корреляция	0,300401		0,948859

Как показывает корреляционный анализ (графа 2 в таблице 3), связь между количеством респондентов, потребляющих алкоголь и находящихся в депрессии, есть, но слабой силы (коэффициент корреляции – +0,30).

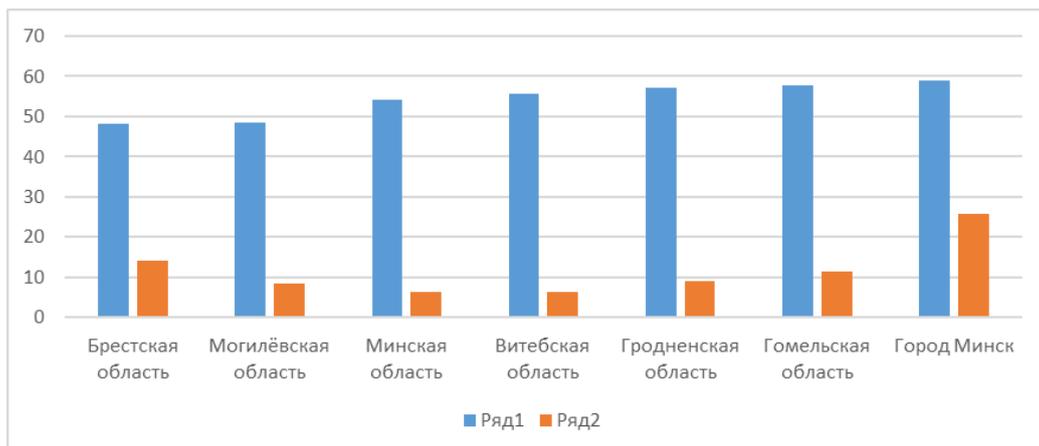


Рисунок – Доли респондентов, потребляющих алкоголь (ряд 1) и находящихся в депрессивном состоянии (ряд 2), по регионам Республики Беларусь

Однако, из рисунка наглядно видно и соответствующие коэффициенты корреляции это подтверждают (графа 4 в табл.3), что при расположении регионов в порядке возрастания доли лиц, потребляющих алкоголь, доля лиц, находящихся в депрессивном состоянии, сначала убывает (коэффициент корреляции -0,78), потом возрастает (+0,95). Это указывает на параболический характер зависимости между этими показателями.

Заключение

Сравнительный анализ уровня потребления алкоголя и распространённости депрессивных состояний по регионам Республики Беларусь выявил, что между этими двумя социальными явлениями существует сложная взаимосвязь. Следует отметить, что депрессивные расстройства и алкогольная зависимость часто сочетаются. Такая коморбидность является дополнительным бременем для системы здравоохранения и общества повышая риск смерти не только от НИЗ, но и от суицида. В связи с этим, представляется весьма актуальным дополнение анкеты для выявления факторов риска

развития НИЗ в рамках проведения диспансеризации взрослого населения простыми скрининговыми вопросами на наличие депрессивной симптоматики и проблемного потребления алкоголя.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. STEPS: Распространённость факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь, 2020 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/358798>. – Дата доступа: 04.09.2023.
2. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx) [Электронный ресурс]. – Seattle: IHME, 2018. – Режим доступа: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>. – Дата доступа: 17.09.2023.
3. Психиатрическая помощь населению Республики Беларусь 2018–2020 годы: информ.-стат. сб. / М-во здравоохр. Респ. Беларусь, Респ. науч.-практ. центр псих. здоровья ; сост.: Т. В. Короткевич [и др.]. – Минск : Колорград, 2021. – 216 с.
4. Александров, А. А. Применение антидепрессантов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. – Кардиол. в Беларуси. – 2009. – № 1. – С. 75–83.
5. Официальный сайт Национального статистического комитета Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Минск, 2023. – Режим доступа: <https://www.belstat.gov.by/>. – Дата доступа: 17.09.2023.

УДК 615.37:[330.567.4:61] (476)

Н. Е. Хейфец, И. Н. Кожанова, М. М. Солтан, Е. Н. Хейфец, Ю. А. Левко
Государственное учреждение
«РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления
и экономики здравоохранения» (РНПЦ МТ),
г. Минск, Республика Беларусь

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКОГО АППАРАТА СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ ОТБОРА МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОГРАММЫ ВАКЦИНАЦИИ

Введение

В борьбе с инфекционными заболеваниями все большее значение приобретают методы специфической профилактики. Мировое сообщество признало вакцинацию наиболее доступным средством борьбы с инфекциями, а также методом достижения активного долголетия во всех социальных группах населения развитых и развивающихся стран [1].

В современном мире тема эффективности вакцинопрофилактики относится к числу наиболее актуальных. Особую важность этот вопрос приобретает, когда речь идет о вакцинопрофилактике как о массовом мероприятии, поскольку к общепринятым показателям иммунологической или клинической эффективности и показателям эпидемиологической или полевой эффективности присоединяются еще и вопросы экономичности [2].

В соответствии с разработанными Стратегической консультативной группой экспертов по иммунизации Всемирной организации здравоохранения (СКГЭ ВОЗ) рекомендациями (руководящими принципами), выбор, сделанный в сфере профилактики,

СЕКЦИЯ Общественное здоровье и здравоохранение

относительно медицинских технологий (далее – МТ), касающихся вакцинации, должен основываться на четких и надежных общих критериях, доказательных данных, ответственном и скоординированном с остальными компонентами системы здравоохранения процессе принятия решений, планирования и определения приоритетов [3].

Методологические подходы системы оценки медицинских технологий (далее – ОМТ) соответствуют вышеупомянутым задачам и могут представлять собой наилучший подход к решению этого вопроса, так как ОМТ позволяет использовать прагматический (базирующийся на практике как критерии истины и смысловой значимости) прецедентный подход и выполнять анализ программ вакцинации, отталкиваясь от локальных особенностей эпидемиологического процесса и уже имеющихся в национальном здравоохранении программ, а не общих рекомендаций ВОЗ и/или задач реализации глобальных целей и стратегий [4].

Все вышеперечисленное послужило основанием для проведения научно-исследовательской работы (НИР) «Разработать порядок оценки экономической эффективности иммунизации населения» [5].

Цель

Целью настоящего исследования являлась разработка порядка отбора медицинских технологий в программы вакцинации в здравоохранении Республики Беларусь на основе принципов и методологического аппарата системы оценки медицинских технологий.

Материал и методы исследования

Материалом для исследования стали нормативно-правовая база и практический опыт проведения вакцинации в странах ближнего и дальнего зарубежья и в Республике Беларусь. В работе использованы формально-логический; сравнительно-правовой; исторический; формально-юридический, системный методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение.

В ходе выполнения НИР изучены современные подходы и основные модели создания программ вакцинации. Для адаптации общих принципов ОМТ для экономической оценки программ вакцинации предлагается использовать следующие термины и определения:

альтернативная программа вакцинации – программа вакцинации, уже включенная в бюджетное финансирование и используемая для профилактики инфекционного заболевания, для которого предлагается новая программа вакцинации;

оригинальная программа вакцинации – предлагаемая программа вакцинации в случае, если инфекционное заболевание, для профилактики которого предлагается вакцина, не входит в Национальный календарь профилактических прививок, вакцина не включена в Республиканский формуляр лекарственных средств и в перечень основных лекарственных средств;

программа вакцинации неоригинальная – гибридная – предлагаемая программа вакцинации, сравнимая по функциональному назначению, но отличающаяся по техническим характеристикам (механизм действия новой вакцины отличается от имеющейся, меняется время, схема включения в календарь, форма выпуска, потребность в холодовой цепи и т. д.) и способная заменить другую вакцину, включенную в Национальный календарь профилактических прививок с сопоставимой или различной эффективностью; на рынке медицинских услуг имеются аналоги; применение программы вакцинации приводит к сходному результату с уже имеющейся или имеются дополнительные преимущества в отношении критериев эффективности, на которые уже оказывается воздействие;

СЕКЦИЯ Общественное здоровье и здравоохранение

программа вакцинации неоригинальная – генерическая – предлагаемая программа вакцинации, сравнимая по функциональному назначению и техническим характеристикам и способная заменить включенную в Национальный календарь профилактических прививок с сопоставимой или различной эффективностью; на рынке медицинских услуг имеются аналоги; применение программы вакцинации приводит к сходному результату с уже имеющейся технологией или имеются дополнительные преимущества в отношении критериев эффективности, на которые уже оказывается воздействие; механизм действия новой технологии сходен с имеющейся;

имиджевая программа вакцинации – предлагаемая программа вакцинации (медицинская технология), влияющая на глобальные показатели в области здравоохранения, служащие для оценки качества работы системы здравоохранения и социального обеспечения со стороны ВОЗ, внутренний и внешний облик государства и его репутацию;

анализ «стоимость болезни» – метод изучения всех затрат, связанных с ведением пациентов с определенным заболеванием как на определенном этапе (отрезке времени), так и на всех этапах оказания медицинской помощи, а также с нетрудоспособностью и преждевременной смертностью; данный анализ не предполагает сравнения эффективности медицинских вмешательств;

анализ влияния на бюджет – метод экономического исследования, основной целью которого является оценка финансовых последствий внедрения и распространения при ограниченных общих ресурсах нового метода профилактики, диагностики, лечения или реабилитации на уровне системы здравоохранения в целом (с учетом целевой популяции) или конкретной организации здравоохранения;

анализ «затраты – эффективность» – тип клинико-экономического анализа, при котором проводят сравнительную оценку результатов и затрат при двух и более вмешательствах, эффективность которых различна, а результаты измеряются в одних и тех же единицах (количество умерших, госпитализаций и т.п.);

анализ «минимизации затрат» – частный случай анализа «затраты – эффективность», при котором проводят сравнительную оценку двух и более вмешательств, характеризующихся идентичной эффективностью и безопасностью, но разной стоимостью;

анализ «затраты – полезность (утилитарность)» – тип клинико-экономического анализа, при котором в качестве критерия эффективности медицинских вмешательств используется их «полезность» для пациентов и общества; результаты вмешательства оцениваются в единицах «полезности» с точки зрения потребителя медицинской помощи (например, годы жизни с поправкой на качество – QALY);

анализ «затраты – выгода» – тип клинико-экономического анализа, при котором как затраты, так и результаты представлены в денежном выражении, что дает возможность сравнивать экономическую эффективность различных вмешательств с результатами, выраженными в различных единицах;

анализ чувствительности – анализ, направленный на определение того, в какой степени будут меняться результаты исследования при изменении исходных параметров (колебаниях цен на лекарственные препараты, изменении показателей эффективности, частоты побочных эффектов и т.п.);

прямые медицинские затраты – затраты, включающие все издержки, понесенные системой здравоохранения (например, затраты на диагностические, лечебные, реабилитационные и профилактические медицинские услуги, манипуляции и процедуры, в том числе, оказываемые на дому (включая оплату рабочего времени медицинских работников); затраты на лекарственные препараты; затраты на содержание пациента

СЕКЦИЯ Общественное здоровье и здравоохранение

в организации здравоохранения; затраты на транспортировку пациента санитарным транспортом);

прямые немедицинские затраты – расходы пациентов (например, оплата сервисных услуг в ОЗ); затраты на немедицинские услуги, оказываемые пациентам на дому (например, услуги социальных служб); затраты на перемещение пациентов (личным транспортом, общественным – не санитарным) и т.п.);

непрямые затраты – затраты за период отсутствия пациента на его рабочем месте из-за болезни или выхода на инвалидность, включая затраты на оплату листков нетрудоспособности, пособия по инвалидности и иные социальные выплаты, предусмотренные действующим законодательством; «стоимость» времени отсутствия на работе членов его семьи или друзей, связанные с его болезнью; экономические потери от снижения производительности на месте работы; экономические потери от преждевременного наступления смерти;

целевая популяция – популяция пациентов (с указанием возраста, пола, профессии и т.д.), для которой с наибольшей вероятностью возможно получение клинко-экономического эффекта при проведении программы вакцинации.

В зависимости от факта наличия инфекционного заболевания в Национальном календаре профилактических прививок предлагается рассматривать программы вакцинации в качестве оригинальных, неоригинальных генерических; неоригинальных гибридных и имиджевых. Данная классификация используется для целей ОМТ и дифференцированно экономической оценки. Отнесение программы вакцинации в одну из групп классификации не является жестким и может быть пересмотрено с соответствующим обоснованием. В результате выполнения настоящего исследования разработан проект Инструкции о порядке оценки экономической эффективности иммунизации населения [5].

Заключение

Таким образом, в результате выполненной работы определены принципы оценки экономической эффективности программ вакцинации, предложена классификация программ вакцинации для целей ОМТ и дифференцированной экономической оценки, что позволит формализовать практику проведения эффективной научно обоснованной эпидемиологической и экономической политики иммунизации населения Республики Беларусь при подготовке рекомендаций по обеспечению эффективного использования иммунобиологических лекарственных препаратов, совершенствованию организации иммунизации населения и повышению ее эффективности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Доклад Генерального директора ВОЗ «Глобальный план действий в отношении вакцин. Проект концепции и стратегии иммунизации: Программа действий в области иммунизации на период до 2030 г.» [Электронный ресурс] // Сайт ВОЗ. – 2020. – Режим доступа: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_7-ru.pdf. – Дата доступа: 23.08.2023.
2. Организация и предоставление услуг вакцинации в Европейском Союзе [Электронный ресурс] // ВОЗ. – 2021. – Режим доступа: <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/4667564/1/9789289056113-rus.pdf>. – Дата доступа: 23.08.2023.
3. Принципы и соображения относительно включения вакцины в национальную программу иммунизации. От принятия решения до практической реализации и мониторинга [Электронный ресурс] // Сайт ВОЗ. – 2014. – Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/111548/9789244506899_rus.pdf?sequence=5. – Дата доступа: 23.08.2023.
4. Оценка медицинских технологий и формирование политики здравоохранения в странах Европы. Современное состояние, проблемы и перспективы / М. V. Garrido [и др.]; European network for HTA, Европ. обсерватория по системам и политике здравоохранения. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2010. – 228 с. – (Серия исследований Обсерватории; вып.14).
5. Разработать порядок оценки экономической эффективности иммунизации населения: отчет о НИР (заключительный) / РНПЦ МТ ; рук. Д. Ю. Рузанов ; исполн.: Н. Е. Хейфец [и др.]. – Минск, 2023. – 115 с. – № ГР 20230040.

СОДЕРЖАНИЕ

СЕКЦИЯ

Социально-гуманитарные дисциплины и физическое воспитание

Абраменко М. Е. Охрана здоровья матери и ребенка в БССР в 1919–1941 гг.: социальный аспект.....	3
О. П. Азимок, З. Г. Минковская, С. А. Орельская Сравнительный анализ показателей функционального состояния студенток основного отделения ГомГМУ	6
Бароўская І. А. Канцэпт ‘малітва’ ў беларускім паэтычным сусвецце.....	9
Берэзко Н. В. Специфика работы с лексическим материалом в процессе обучения языку специальности иностранных студентов-медиков	12
Бетанов И. О. Механизмы взаимодействия гражданского общества и государства	15
Бордак С. Н. Система йоги и здоровый образ жизни.....	18
Дорошко А. В., Максименко А. Ф. Субстантивные фразеологические единицы в английской литературе	22
Каплиев А. А. Сравнительный анализ развития здравоохранения БССР и Западной Беларуси в 1930-х гг.....	25
Карніеўская Т. А. Беларускі антрапанімікон пачатку ХХІ стагоддзя (на прыкладзе іменаслова студэнтаў ГДМУ)	28
Касьяненка С. Ю. Дыялектныя назвы некаторых хвароб у гаворках Віцебшчыны	31
Кириченко Е. А. Сравнительный анализ физической подготовленности студенток основного отделения в 2022–2023 учебном году.....	34
Козловская М. М. Словарь В. И. Даля как источник изучения истории медицины	36
Коленда А. Н. Цифровые технологии в сфере образования	39
Малявко О. А. Фразеология и магия в славянских представлениях о воде	41
Моисеенко И. Ю. Эффективные приемы построения речевых ситуаций на занятиях по иностранному языку	44

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ

Новик Г. В., Бондаренко К. К., Бондаренко А. Е. Влияние утомления на кинематику гребковых движений в плавании	46
Новик Г. В., Семенов К. С., Хорошко С. А. Определение уровня стрессоустойчивости у студентов 4 курса УО «ГомГМУ»	50
Новик Г. В., Хорошко С. А., Зиновьева Е. В. Анализ функционального состояния дыхательной системы студентов специального медицинского отделения УО «ГомГМУ».....	52
Орельская С. А., Минковская З. Г., Азимок О. П. Сравнительный анализ физической подготовленности девушек, занимающихся баскетолом и волейболом в ГомГМУ	55
Орлова И. И. Историко-идеологические аспекты становления геополитики	57
Петрачкова И. М. Вариативность имен собственных как значимый компонент ономапоэтической матрицы в драматургии Алексея Николаевича Арбузова.....	60
Петрачкова И. М. Суггестивность и интертекстуальность поэтонима как компоненты ономапоэтической матрицы (на материале пьесы А. Н. Арбузова «Жестокие игры»)	64
Петрачкова И. М. Значимость координативного перечисления прецедентных имен в трагедии Венедикта Ерофеева «Вальпургиева ночь, или Шаги Командора»	67
Поплавная Л. В. Семантические особенности фразеологизмов с компонентами-метеонимами в белорусском литературном языке.....	71
Портнова-Шаховская А. В. Наименование специалистов средней и высшей школы в контексте диалога «педагог – обучающиеся»	75
Раловец О. Т., Новик В. С., Чевелев А. В. Методика обучения плаванию кролем на груди детей младшего школьного возраста	78
Русаленко И. А., Сенчук М. Ю. Паронимия в современном английском языке: функциональный аспект	81
Сироткин А. А. Беларусь в конце XIX – начале XX в. Социальная база белорусского национального движения	84
Ситникова М. Г. Русские и хинди паремии о гостеприимстве в процессе обучения РКИ в целях поликультурного воспитания иностранных студентов-медиков	87
Трафимчик Ж. И. Общекультурные и профессиональные компетенции в медицинской профессии	90

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ

Трафимчик Ж. И. Роль и значение коммуникативной компетентности в медицинской профессии	94
Трафимчик Ж. И. Стрессоустойчивость врача как фактор успешной профессиональной деятельности ...	97
Усольцева Т. Н. Образ студента-медика в русской литературе второй половины XIX столетия	100
Чевелев А. В., Поливач А. Н., Кириченко Е. А. Специфика подготовки спортсменов медицинского вуза, специализирующихся в спринтерском беге.....	104
Чечетин Д. А., Дрозд Е. А., Никонович С. Н., Бондаренко А. Е. Адаптивная физическая культура в коррекции мышечной кривошеи у детей среднего школьного возраста	108
Чечетин Д. А., Нарскин Г. И., Макарчик А. В., Ядченко Н. М. Аутогенная тренировка при нарушениях осанки у детей среднего школьного возраста.....	110
Шиханцова А. А., Ёжикова А. К. Трудности перевода английских идиом	112

СЕКЦИЯ

Экологическая и профилактическая медицина

Абрамович А. В., Капралова К. В., Грищенко Г. А. О подходах к разработке методики исследований ацетальдегида в атмосферном воздухе.....	115
Аверин В. С., Цуриков А. Г., Цурикова Н. В., Грищенко И. В. Создание системы лишеномониторинга для оценки распределения неорганических поллютантов в зоне планирования срочных защитных мероприятий территории воздействия Белорусской АЭС	118
Атарик И. А., Тульженкова О. Н., Черненко Я. А. О реализации в Гомельской области государственного профилактического проекта «Здоровые города и поселки»	121
Власова Н. Г., Евтушкова Г. Н., Матарас А. Н., Эвентова Л. Н. Прогноз доз внутреннего облучения населения, проживающего на территориях радиоактивного загрязнения, на период 2031–2035 гг.	124
Гудзь Ю. В., Хоминец В. В., Барсукова И. М. Организация работы больниц скорой медицинской помощи, перепрофилированных и не перепрофилированных для приема пациентов с новой коронавирусной инфекцией	126
Гудзь Ю. В., Хоминец В. В., Барсукова И. М. Особенности работы стационара скорой помощи с перепрофилированными койками для пациентов инфекционного профиля (COVID-19).....	129

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ

- Колеснева С. А., Бордадын И. М., Пладунова О. В., Саварина С. А.**
О действиях госсаннадзора Гомельской области по выявлению
в обращении небезопасной пищевой продукции..... 131
- Курбаниязова М. О., Маденбаева Г. И., Мустанов А. Ю.**
Проблемы безопасного и доступного водоснабжения населения Узбекистана 134
- Мамчиц Л. П., Гандыш Е. В., Васильева О. В., Бейзерова А. А.**
Инфекционный контроль в организациях здравоохранения
Гомельской области 137
- Саварина С. А., Городецкая Т. Н., Буздалкина А. М., Янченкова Е. М.,
Журо О. Г., Бондаловская Т. В., Бутрим О. А.**
Об актуальных вопросах государственного санитарного надзора
за источниками неионизирующего излучения 141
- Савченко Т. В., Дραπεза И. А., Янченкова Е. М.**
Результаты проведенной оценки риска для здоровья населения,
обусловленного содержанием железа в коммунальных водопроводах
Гомельской области 145
- Соловьева И. В., Кравцов А. В., Арбузов И. В., Баслык А. Ю.**
Современные методические аспекты инструментальных измерений
магнитной индукции постоянного магнитного поля на рабочих местах 148
- Хоминец В.В., Гудзь Ю. В., Барсукова И. М.**
Анализ медико-статистических показателей работы больниц скорой помощи
разного профиля в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции..... 152
- Чайковская М. А., Атарик И. А., Янченкова Е. М.**
Концепция факторов риска здоровью в условиях городской среды 154
- Щетко И. П., Грамович В. И.**
Гигиена молочно-товарных ферм как условие качества молочных продуктов 156
- Янченкова Е. М., Лукина Н. В.**
О состоянии заболеваемости населения Гомельской области, обусловленной
социально-гигиеническими факторами среды жизнедеятельности 159

СЕКЦИЯ

Общественное здоровье и здравоохранение

- Волчек В. С., Шаршакова Т. М., Тишкова Н. И., Грабарева Г. Л.,
Волковинский Ю. А., Виракоон Ч. А. А. Д.**
Анализ влияния диспансеризации населения Гомельской области
на заболеваемость злокачественными новообразованиями..... 163
- Гапанович-Кайдалов Н. В.**
Жизненные цели и ценностные ориентации студентов медицинского университета..... 167
- Гурьянова И. Е., Любушкин А. В., Овсяник И. В., Лебедь В. И.**
Влияние наследственного ангиоотека на качество жизни белорусских пациентов ... 170

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ

Мицура В. М., Буздалкин К. Н.

Обоснование организационных мероприятий по приему и оказанию медицинской помощи пострадавшим в результате радиационных аварий 172

Никифорова О. Л., Воропаев Е. В., Галиновская Н. В., Спода Н. Н.

Оценка качества жизни у пациентов, перенесших инфекцию COVID-19, по данным опросника SF-36 175

Писарик В. М., Бычков С. С., Александров А. А.

Распространенность депрессивных состояний и потребление алкоголя в регионах Республики Беларусь..... 178

Хейфец Н. Е., Кожанова И. Н., Солтан М. М., Хейфец Е. Н., Левко Ю. А.

Использование принципов и методологического аппарата системы оценки медицинских технологий для отбора медицинских технологий в программы вакцинации 182

Научное издание

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
МЕДИЦИНЫ**

**Сборник научных статей
Республиканской научно-практической конференции
с международным участием
(Гомель, 10 ноября 2023 года)**

Основан в 2000 г.

В 3 томах

Том 3

В авторской редакции

Компьютерная верстка *Ж. И. Цырыкова*

Подписано в печать 08.11.2023.
Формат 60×84¹/₁₆, Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура Times New Roman.
Усл. печ. л. 11,04. Уч.-изд. л. 13,83. Тираж 11 экз. Заказ № 541.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.