

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

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОДВИЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

Сборник научных статей
IX Республиканской научно-практической конференции
с международным участием,
приуроченной к 30-летию кафедры общественного здоровья
и здравоохранения с курсом факультета повышения квалификации
и переподготовки
(г. Гомель, 13 октября 2023 года)

Гомель
ГомГМУ
2023

УДК 614.2+005.745(06)

Сборник научных статей содержит рецензируемые материалы об актуальных проблемах современной системы здравоохранения, рисках и проблемах социально значимых болезней, технологиях формирования, сохранения и укрепления здоровья и психологическом благополучии личности.

Под редакцией И. О. Стомы – доктора медицинских наук, профессора, ректора;
Т. М. Шаршаковой – доктора медицинских наук, профессора, заведующего кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПКиП.

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

ISBN 978-985-588-310-5

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2023

УДК 616.8-085.851

Б. Э. Абрамов, И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПСИХОТЕРАПИЯ – ЭТО МОСТ, СОЕДИНЯЮЩИЙ НАУКУ И ХУДОЖЕСТВЕННОЕ ТВОРЧЕСТВО

Охрана психического здоровья вошла в число приоритетных социально-экономических задач цивилизованного мира. Существенно увеличивается финансирование этой области (до 10–12 процентов общего бюджета здравоохранения развитых стран). Постоянно растет число занятых специалистов – психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов [1]. В качестве стратегических ресурсов рассматриваются не только газ и нефть, а главным образом – граждане с их психическими ресурсами. Мы вступили в эпоху, когда психотерапия становится осознаваемой и необходимой частью общественной жизни. Параллельно с бурными социальными изменениями в мире происходят изменения в психотерапии, которая вышла за пределы медицины и перерастает в важную необходимую часть культуры современного мира [2].

Вместе с тем она занимает некое маргинальное положение. Не является однозначно понимаемой областью научных знаний и практических подходов, а имеет различные психологические, медицинские, антропологические, философские и иные концепции, модели, техники и приемы, частично взаимодействующие между собой. Проблема эффективности психотерапии остается во многом не решенной. В отличие от фармакотерапии при любом виде психотерапии и оценке ее эффективности необходим учет особенностей не только личности пациента, но и психотерапевта, его мастерства, основанного на личном практическом опыте. Ведь, по-гамбургскому счету психотерапевт лечит собой!

Стремление к стандартизации в диагностике и лечении больных является основной тенденцией современной медицины и здравоохранения. Эта тенденция определяется утилитарными и коммерческими соображениями. Дальнейшая автоматизация, компьютеризация, цифровизация, протоколизация и т. п. дегуманизируют медицину. Медицинскими услугами реализуется общий принцип – лечить болезнь, а не конкретного больного человека, как завещал Гиппократ. Именно этот принцип особенно важен в психотерапии, когда усилия врача направлены на оказание помощи страдающей личности пациента, являющейся уникальным, неповторимым созданием, требующим нестандартного подхода.

Практическая медицина в лице ее лучших представителей всегда воплощалась прежде всего во врачевании, которое является сугубо творческим индивидуализированным процессом и профессиональным мастерством, основанном на практическом опыте, включающем в себя и успехи, и неудачи. При врачевании одних медицинских знаний для эффективной помощи больному маловато. Академик А.Ф. Билибин указывал, что врачевание нельзя полностью свести к точным наукам. Необходим синтез научных рациональных знаний и эмоционального отношения к больному, понимание его переживаний и надежд. В постижении внутренней картины болезни должны участвовать интуиция и эмоции врача, а не только его научные познания [3]. Сопереживание в ситуации «врач-больной» обладает познавательной функцией. Многие выдающиеся

клиницисты демонстрировали примеры блестящей интуиции в диагностике, которая подтверждалась результатами инструментальных и лабораторных исследований. Творческая интуиция, при которой мысленно охватывается вся картина болезни, невозможна без художественной образованности. Подлинное врачевание – это врачебное искусство, соединяющее и медицинские естественно-научные знания, и гуманитарные знания из области психологии, этики, эстетики, педагогики, культурологии. В процессе психотерапевтического врачевания происходит постижение индивидуальных особенностей больного, и этот процесс является как свойством науки, так и искусства.

Любая психотерапия основывается на установлении психотерапевтического контакта. При этом спонтанная психологическая коммуникация между терапевтом и пациентом приобретает терапевтическую направленность. Большое значение в искусстве психотерапии, указывал В.Е. Рожнов, приобретает не только умение говорить самому, но и умение слушать больного, вызывать его на откровенный разговор, завоевывая его доверие [4]. Поэтому важным аргументом в пользу признания психотерапии искусством служит феномен эмпатии, лежащий в основе психотерапевтического контакта при разных видах психотерапии и в значительной степени определяющий ее эффективность. Великий Л.С. Выготский писал, что психология искусства «лучше всего объясняется выражением «вчувствование», в основании которого «находятся чувства субъекта, переносимые на объект» [5]. Что такое, по сути, психоанализ? Исповедь! Следующий аргумент в пользу понимания психотерапии как искусства – феномен инсайта, который возникает и играет важную роль как в процессе разных видов психотерапии, так и в процессе восприятия и постижения произведений искусства, в процессе художественного творчества.

Третий фактор, объединяющий психотерапию и искусство – феномен катарсиса. Это состояние находится в основе психологического механизма лечебного действия разных методов терапии духовной культурой, произведениями искусства и других психотерапевтических методов. Катарсис – это и эстетическая реакция со сложным преобразованием отрицательных переживаний и чувств в положительные, оказывающая очищающее, возвышающее и гармонизирующее влияние на личность пациента.

Сближает психотерапию и искусство – импровизация, экспромт, интерпретация как творческие акты, имеющие большое значение как в процессе разных вариантов эклектической психотерапии, так и в процессе театрального, музыкального, эстрадного и других видов искусства. Они не подлежат регламентации, планированию и научному обоснованию, но часто делают процесс психотерапии, как и процесс художественного творчества, более эффективным и результативным.

Г. И. Россолимо в работе «Врач и больной» писал, что врачебная профессия «демонстрирует счастливый симбиоз науки и искусства, опрокидывающий мнение об их несовместимости». Медицина, утверждал он, это «искусство, которому не суждено покидать идущую рука об руку и слившуюся с ней медицинскую науку».

Главным инструментом психотерапевта, помимо знаний и навыков является его собственная личность, ее духовный, культурный потенциал, внешний вид, манеры, мимика и пантомимика, тон и тембр голоса, стиль речи. Высота голоса, его тембр, эмоциональная окрашенность, разнообразие интонаций – важные элементы психотерапевтического воздействия. Голосовая и речевая культура является психотерапевтической ценностью, относящейся к значимым элементам психотерапевтического искусства.

Психотерапия с помощью средств искусства известна давно. Ее эффективность не вызывает сомнений. Основные способы познания в искусстве – понимание, интуиция и рефлексия. Союз науки и искусства, их синтез в психотерапии неизбежен и законо-

мерен. Это видно на примере метода «Терапии творческим самовыражением», который его автор М.Е. Бурно определил как «научное искусство».

Наука и искусство сосуществуют на правах дополнительности, исключающей их взаимозаменяемость. Проведение научного анализа личности только с применением шкал и опросников без погружения в ее внутренний субъективный мир приводит к «умерщвлению» живой ткани личности, абстракциям логического и количественного статистического анализа. Психотерапевтическое искусство почти не передается и не усваивается путем стандартизированного обучения.

Психотерапия не только медицинская, но и гуманитарная дисциплина. Союз медицины и искусства в области психотерапии является наиболее тесным и плодотворным по сравнению с другими медицинскими дисциплинами. Его необходимо и дальше творчески развивать как в теории, так и в практике.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Общая психопатология / И. М. Сквиря [и др.] ; под ред. И. М. Сквиря. – Гомель : ГомГМУ, 2023. – 163 с.
2. Макаров, В. Психотерапия нового века / В. Макаров. – М. : Академический проект, 2021. – 496 с.
3. Билибин, А. Методологические аспекты врачевания / А. Ф. Билибин. – М. : Медицина, этика, деонтология, 1983. – С. 137–151.
4. Рожнов, В. Е. Медицинская деонтология и психотерапия / В. Е. Рожнов // Руководство по психотерапии. – Ташкент : Медицина, 1979. – С. 43–58.
5. Выготский, Л. Психология искусства / Л. С. Выготский. – СПб. : Питер, 2017. – 320 с.

УДК 616.89-01

М. А. Акимова¹, С. И. Богданов², Е. И. Бабушкина², Л. Т. Баранская²

¹Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Областная наркологическая больница»,

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

*«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Екатеринбург, Российская Федерация*

ФОРМИРОВАНИЕ АМБУЛАТОРНЫХ ГРУПП РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ШКАЛЫ DRCS

Введение

В общемировой практике и в России, в частности, длительное злоупотребление алкоголем является одним из ведущих факторов риска инвалидизации и преждевременной смерти трудоспособного населения.

В настоящее время, благодаря пристальному вниманию со стороны государственных и общественных структур и проводимым ими медико-социальным мероприятиям, распространенность алкоголизма в когорте взрослого населения как в Российской Федерации в целом, так и в Свердловской области снижается. Но тем не менее уровень потребления алкоголя на душу населения в Российской Федерации превышает рекомендованный ВОЗом (2022 г. – 8,62 л).

С одной стороны, в 2016 году в стране завершена программа модернизации наркологической службы, благодаря чему было улучшено как кадровое обеспечение, так и материальная база специализированных государственных учреждений и подразделений, были разработаны и внедрены современные методы социальной, медицинской и психологической реабилитации пациентов, страдающих алкогольной зависимостью. Однако наряду с позитивными изменениями имеют место негативные моменты, которые существенно тормозят выход в работе наркологической службы на более высокий качественный уровень. Во-первых, как в целом по стране, так и в Свердловской области отмечается снижение обращаемости пациентов в государственные и муниципальные медицинские учреждения, осуществляющие полный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий больным алкоголизмом. Часть пациентов отказывается посещать государственные лечебно-профилактические учреждения и обращается за помощью в частные наркологические больницы и реабилитационные центры. Например, на сегодняшний день в Свердловской области работает частная наркологическая больница и более 30 коммерческих медицинских центров по оказанию специализированной наркологической помощи. Во-вторых, коммерческие центры ориентируют пациентов на краткосрочную помощь, формируя установку на необязательность длительного профессионального наблюдения бригадой специалистов (психиатров, психиатров-наркологов, медицинских психологов, специалистов по социальной работе) и участия в реабилитационных программах.

Прослеживается тенденция снижения числа пациентов, участвующих в наркологических реабилитационных программах. Так, в 2019 г. только 1,7 % пациентов от общего числа, госпитализированных в наркологические стационары, участвовали в программах стационарной реабилитации, тогда как в 2022 г. – 0,6 %. Столь же низкий процент наблюдается по включению в программы амбулаторной реабилитации пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением у врачей психиатров-наркологов (2019 г. – 4,6 %; 2020 г. – 3,8 %) [1].

Таким образом, актуальность настоящего исследования обусловлена проблемами неэффективности существующей в стране системы реабилитации пациентов, которые прошли стационарное, преимущественно медикаментозное лечение от алкогольной зависимости, однако не продолжили его в амбулаторной сети. Именно поэтому по выписке из стационара, примерно в 75 % случаев период ремиссии оказывается очень непродолжительным, и пациенты вновь госпитализируются в наркологические стационары [2, 3].

Цель

Обосновать использования модифицированной шкалы DRCS для формирования амбулаторных групп пациентов, больных алкоголизмом, как основы повышения качества реабилитационного процесса.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 76 пациентов с клинически верифицированным диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя» (F 10.2, F 10.3 по МКБ-10), обратившихся на амбулаторный прием к врачу психиатру-наркологу после выписки из стационара. Из них: 72 % – мужчины и 28 % - женщины. Возраст пациентов варьировал от 23 до 63 лет, средний возраст – $41,3 \pm 1,1$ года. Стаж систематического употребления алкоголя пациентами – от 2 до 36 лет, в среднем – $11,4 \pm 0,8$ года. Количество дней трезвости у пациентов на момент проведения исследования в среднем составило $19 \pm 0,3$ дня. Среднее значение показателя максимальной суточной толерантности к алкоголю – $24,0 \pm 1,2$ стандартные алкогольные единицы при размахе от 5,4 до 57,2 алкогольных

единиц. Указанное выше позволяет установить у большинства пациентов вторую стадию алкогольной зависимости.

В качестве инструмента обоснованного формирования амбулаторных групп реабилитации была выбрана Когнитивная шкала DRCS (Drinking Related Cognitions Scale), разработанная National Hospital Organization (Kanagawa, Japan) [4]. Согласно рекомендациям авторов методики, анализ результатов проводится по трем основным субшкалам: «ожидание и отставка», «восприятие внутреннего контроля над потреблением алкоголя», «восприятие проблем алкоголизма». Высокие суммарные баллы по шкале DRCS свидетельствуют о выраженном негативном отношении пациентов к употреблению алкоголя, сформированном внутреннем контроле над употреблением алкоголя и, в целом, позволяют предположить более высокую мотивацию на участие в амбулаторной группе реабилитации, что позволяет достичь более высокий результат [5].

Другим методом исследования была статистическая обработка объективных факторов, характеризующих медико-социальные особенности пациентов, включенных в группу исследования: пол, возраст, предпочитаемый алкогольный напиток, стаж употребления алкоголя, максимальная суточная толерантность к алкоголю и их соотношение со шкалами DRCS методом кластерного анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

Полученные данные позволили распределить пациентов на три однородных кластера в соответствии с наиболее выдающимися для каждого кластера признаками. Было выделено три наиболее статистически значимых признака: возраст, стаж злоупотребления алкоголем, максимальная суточная толерантность к алкоголю, которые были использованы для дальнейшего распределения пациентов по группам.

Группы статистически достоверно различались по возрасту ($p < 0,017$), обозначенные условно как группа 1 – тридцатилетних участников исследования, группа 2 – сорокалетних участников исследования, группа 3 - пятидесятилетних участников исследования.

Также межгрупповые различия выявлены по стажу злоупотребления алкоголем. У пациентов 1-й группы стаж составил 8,4 года; у пациентов 2-й группы – 10,2 года и у пациентов 3-й группы был самый длительный стаж – 17,2 года.

Пациенты, отнесенные к каждой из трех групп, достоверно отличались и по максимальной суточной толерантности к алкоголю. Самая высокая суточная толерантность к алкоголю обнаружена у пациентов 1-й группы, она составляет 32,0 ст. ал. ед. У пациентов 2-й группы – 24 ст. ал. ед. и у пациентов 3-й группы – 17,4 ст. ал. ед.

Суммарные баллы ответов участников исследования всех трех групп на вопросы шкалы DRCS по субшкале «Ожидание и отставка» не выявили значимых различий. Большинство обследуемых указали на типичную для них анозогнозию, отсутствие временных границ между стрессовыми факторами и алкоголизацией, отсутствие внутреннего контроля над желанием потребности в алкоголе наряду с вытеснением значимости алкоголя в их жизни.

По субшкале «Восприятие внутреннего контроля над потреблением алкоголя» пациенты всех трех групп существенно отличались по суммарным баллам и средним значением баллов. Максимальные баллы по ответам на вопросы субшкалы получили пациенты группы 1, минимальные – пациенты группы 3, что практически означает отсутствие у пациентов этой группы способов смысловой саморегуляции, позволяющей им самостоятельно справиться с пагубной привычкой, и, следовательно, ставит особые задачи при разработке реабилитационной программы. В то же время не получено достоверных различий между группами 2 и 3 по данной субшкале. Существенные различия по суммарному баллу субшкалы обнаружены между группами 1 и 3, 1 и 2.

По субтесту «Восприятие проблем алкоголизма» выявлены существенные различия при межгрупповых сравнениях между группами 1 и 3, 2 и 3. Самый высокий уровень восприятия проблем собственного алкоголизма характерен для пациентов группы 1, что объясняется относительной когнитивной сохранностью не только их познавательных процессов, но и достаточной рефлексией над собственной деятельностью. Закономерным является низкий уровень восприятия нарушенного контроля за потреблением алкоголя у пациентов группы 3, что отражает существенные изменения в уровне их когнитивного функционирования.

В соответствии с итоговыми баллами по шкале DRSC можно утверждать, что пациенты группы 1 имеют достаточно высокий когнитивный ресурс, и, следовательно, благоприятный прогноз амбулаторной реабилитации, опирающейся на их относительно сохраненные регуляторные аспекты внимания, памяти, мышления и речи, а также прочность и продолжительность удержания вербальной и невербальной личностно значимой информации.

У пациентов группы 2 когнитивный ресурс снижен за счет нарушений регуляторных аспектов всех познавательных процессов и выраженного нарушения синтеза информации, который необходим для наделения образов различной модальности определенным смыслом. Наиболее сохраненными у пациентов оказались психические функции (речь, письмо), имеющие длительную историю в процессе развития и упрочившиеся в ходе жизнедеятельности. Прогноз реабилитации таких пациентов в амбулаторных условиях оказывается чрезвычайно зависим от внешних побудительных факторов.

Пациенты группы 3 имеют низкий когнитивный ресурс, поскольку помимо нарушений когнитивного функционирования, вплоть до распада познавательных функций, для них характерны эмоциональные нарушения с признаками аффективного расстройства как более грубой патологии при алкогольной болезни. В процессе реабилитации в амбулаторном звене такие пациенты чаще будут демонстрировать неадаптивное поведение и неблагоприятный прогноз по результатам лечения и реабилитации.

Заключение

Таким образом, применение модифицированной шкалы DRCS позволяет быстро и эффективно выделить амбулаторные группы реабилитации больных алкоголизмом на основе объективных данных: возраста, максимальной суточной толерантности к алкоголю, среднему стажу злоупотребления алкоголем, а также нарушенного внутреннего контроля и смыслового восприятия проблем алкоголизма. Основой для разработки реабилитационных программ и прогнозирования результатов работы может стать уровень когнитивных ресурсов пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабушкина, Е. И. Наркологическая помощь в Свердловской области: состояние и оптимизация / Е. И. Бабушкина // Вестник Уральского государственного университета. – Вып. 1. – 2021. – С. 21–24.
2. Богданов, С. И. Тип потребления алкоголя у больных алкоголизмом, обратившихся за наркологической помощью / С. И. Богданов, М. А. Акимова, Ю. А. Абдиева // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2015. – № 3 (54). – С. 60–62.
3. Грязнов, А. Н. Динамика волевой сферы больных алкоголизмом при терциарной социализации / А. Н. Грязнов, В. И. Плешко // Казанский педагогический журнал. – 2017. – № 3. – С. 1–4.
4. Sawayama, T. The predictive validity of the Drinking-Related Cognitions Scale in alcohol-dependent patients under abstinence-oriented treatment / T. Sawayama, J. Yoneda, K. Tanaka // Substance Abuse Treatment Prevention and Policy. – 2012. – Vol. 7. – № 17.
5. Опыт использования модифицированной шкалы DRCS для определения уровня когнитивного ресурса у больных алкогольной зависимостью в амбулаторных условиях / Т. В. Клименко [и др.] // Вопросы наркологии. – 2019. – № 12 (183). – С. 55–65.

УДК 614.253.1:618.1/2

О. Г. Атаев¹, В. С. Ступак¹, С. П. Пахомов²

*¹Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Центральный научно-исследовательский институт организации
и информатизации здравоохранения»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Москва, Российская Федерация*

*²Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Курск, Российская Федерация*

РОЛЬ ВРАЧА ОБЩЕЙ (СЕМЕЙНОЙ) ПРАКТИКИ В ОКАЗАНИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Введение

Национальный проект «Демография» по своим масштабам не имеет аналогов в новейшей истории России [1], а охрана материнства и детства является одним из его ключевых направлений [2].

Сложившаяся в последние десятилетия в стране демографическая ситуация приобрела чрезвычайный характер вследствие количественного снижения демографического резерва и качественного снижения репродуктивного потенциала, что связано с проблемами охраны репродуктивного здоровья женщин. В этой связи в условиях проходящих социально-экономических преобразований, демографического кризиса и реформирования системы здравоохранения одной из важных задач государства должна являться охрана репродуктивного здоровья женщин [3].

Обоснованием необходимости модернизации службы родовспоможения являются ряд неблагоприятных тенденций репродуктивного здоровья населения России: рост гинекологической заболеваемости и снижение уровня здоровья беременных женщин, низкий удельный вес нормальных родов и достаточно высокие показатели перинатальных потерь [4, 5].

Как справедливо отметил В.В. Путин, наша задача – повысить доступность и качество медицинской помощи, сделать так, чтобы все граждане нашей большой страны видели здесь изменения к лучшему, позитивную динамику. Особенно это касается жителей малых городов, поселков, людей старшего поколения, семей с детьми. И тут наш безусловный приоритет – это обновление первичного звена здравоохранения: «хорошо понимаю, что нагрузка на сотрудников поликлиник, ФАПов очень большая – также как и ответственность, ведь именно вы ближе всего к людям, к вам они обращаются прежде всего, от вас зависит постановка диагноза и дальнейшее лечение [6].

Назревавшая необходимость перемен сформировала социальный заказ на создание в системе первичной медико-санитарной помощи общей врачебной практики/семейной медицины (ОВП/СМ). Реформирование амбулаторно-поликлинической помощи является ключевым моментом всей системы структурной реорганизации, поскольку она – самый массовый вид медицинской помощи. По существу, концепция реформиро-

вания ПМСП основана на переходе к системе единого ответственного лечащего врача, каким должен стать ВОП/СВ, способный проводить основные лечебные и диагностические мероприятия, владеть методами профилактической работы, разрабатывать и осуществлять мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья всех членов семьи [7].

Согласно приказу Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 года № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» врач общей практики (семейный врач) проводит анализ состояния здоровья прикрепленного контингента, профилактику заболеваний, мероприятия по укреплению здоровья населения, включая формирование здорового образа жизни, оказывает акушерскую помощь, осуществляет патронаж беременных женщин. Также при наличии необходимости врач общей практики направляет пациента гинекологического профиля или беременную в кабинет акушера–гинеколога для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, при этом представляет выписку из медицинской документации пациента с содержанием сведений о диагнозе, состоянии здоровья больного, проведенных диагностических манипуляциях и лечении с приложением результатов лабораторных, инструментальных и других видов исследований. Таким образом, врач общей практики в вопросах сохранения здоровья населения занимает ключевую роль в системе здравоохранения и является резервом повышения рождаемости и укрепления репродуктивного здоровья.

Цель

Оценить роль врача общей (семейной) практики при оказании акушерско-гинекологической помощи

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ ситуации на примере Белгородской области показал, что регион традиционно считается аграрным, так как удельный вес жителей сельской местности в общей численности населения намного превышает аналогичные усредненные показатели в ЦФО и по стране в целом. Внедрение в практику офисов врача общей (семейной) практики направленно на обеспечение населения доступной и качественной медицинской помощью. Данный механизм реализован в области в рамках реализации регионального проекта «Управление здоровьем» с 2016 по 2019 год.

В ходе реализации проекта обозначены основные принципы, на которых строятся партнерские взаимоотношения в рамках модели адресного взаимодействия «семейный врач – пациент – члены одной семьи». В проекте принимали участие медицинские организации 804 медицинских округов из 22 муниципалитетов региона. Улучшена материально-техническая база участковой службы. Разукрупнены участки врачей общей практики с 259 в 2016 году до 605 участков в 2019 году, т. е. на 355 офисов врачей общих практик стало больше, проведено доукомплектование кадрами и их профессиональная переподготовка.

Такую переподготовку в области семейной медицины за 3 года прошли 590 врачей и 616 средних медицинских работников. В дополнение к федеральным программам органы местного самоуправления области использовали для привлечения врачебных кадров в первичное звено здравоохранения собственные меры социальной поддержки. В результате количество врачей общей (семейной) практики в области увеличилось в 2,7 раза, количество акушеров–гинекологов сократилось на 4, 25 % (с 442 до 424), а количество акушерок – на 14,4 % (с 762 до 666).

Внедрены ключевые показатели эффективности (key performance indicators, KPI) объема и качества проделанной работы медицинских сотрудников, что на 15 % повысило уровень заработной платы врачей общей (семейной) практики в сравнении с иными врачами-специалистами. Это позволило осуществлять отбор кадров на конкурсной основе.

Анализ профилактической работы, проведенной в этот период, свидетельствует об увеличении доли беременных, взятых на диспансерный учет до 12 недель беременности с 93,1 % в 2017 году до 93,6 % в 2019 году, уменьшение доли женщин, поступивших на роды и не состоявших под наблюдением в медицинской организаций. Количество беременных женщин, осмотренных смежными специалистами, увеличилось с 92,7 до 93,2 %.

Учитывая сохраняющиеся проблемы с воспроизводством населения региона, необходимость в поиске резервов для улучшения показателей рождаемости и стало предпосылкой настоящего исследования по оценки роли врача общей врачебной (семейной) практики и определения его компетенций в вопросах акушерства и гинекологии.

С этой целью нами проведена оценка исходного уровня знаний в сфере акушерства и гинекологии у врачей общей (семейной) практики, работавших в медицинских организациях области, для корректировки образовательных программ обучения. Проведено анкетирование 185 врачей общей (семейной) практики. Вопросы были сформированы на знания нормальной анатомии и физиологии, клинической медицины, организационно-методической деятельности. Врачами общей практики в сумме набрано 2083 верных ответов, что составило 49,6 %. Медианное значение верных ответов составило 11,44. Два врача общей практики набрали по 15 % верных ответов, один врач общей практики из 185 (0,54 % протестированных) дал верный ответ на 3 вопроса из 20. Максимальное количество верных ответов (92,5 %) дал 1 врач, еще 2 врача дали 90 % правильных ответов.

По результатам исследования была сформирована новая программа подготовки врачей общей (семейной) практики, сформирована система непрерывного обучения, обеспечивающая повышение качества профессиональной подготовки не только врачей общей (семейной) практики, но и врачей участковой службы. Врачам общей практики в рамках обучения было необходимо: иметь представление о работе врача акушера-гинеколога в женской консультации и родильном доме; освоить практические навыки, которые необходимы для работы с беременными женщинами; овладение навыками соблюдения правил ведения медицинской документации; устранить учебные пробелы в отношении принципов организации помощи матери и ребенка в роддомах и учреждениях родовспоможения; ознакомиться с современными методами диагностики и лечения экстрагенитальных осложнений беременности и родов; уметь применить полученные знания в процессе обучения, во время проведения санитарно-просветительской работы с пациентами.

Немаловажно было обучить врачей, владеть современными инструментами поиска информации, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи, так как врач общей практики не может положиться на более опытного коллегу находясь дома у амбулаторного пациента.

Внедрение роботизированных манекенов для отработки навыков позволило формировать мануальные навыки по работе с женщинами.

Оценка остаточных знаний у врачей общей практики показал, что по окончании курсов по акушерству и гинекологии медианное значение уровня компетенций врачей увеличилось на 24,2 %, что составило 73,8 %. Помимо этого, сформирована система наставничества, определившая взаимодействие молодых врачей с их более опытными коллегами.

За годы реализации проекта изменилась структура причин обращения к врачам первичного звена: число обращений по причине заболевания снизилось на 17 %. Повысился уровень активного выявления заболеваний у женщин фертильного возраста (системы кровообращения – на 39 %, органов дыхания – на 6,9 %, сахарного диабета – на 4,3 %, новообразований – на 9,6 %). Доля лиц, находящихся под диспансерным наблюдением семейного врача, увеличилась на 13 %, количество вызовов бригады скорой медицинской помощи сократилось на 3,3 %. На 30 % снизилось число жалоб на специалистов, связанных с низким уровнем коммуникации между врачом и пациентом, и на 40 % увеличилось число удовлетворённости пациентов качеством медицинской помощи.

В ходе проведенных реформ в регионе удалось превратить семейных врачей в ключевую фигуру первичного звена здравоохранения, обладающую значительно более широким набором компетенций и полномочий, чем участковые врачи-терапевты.

Заключение

Исследование профессиональных компетенций врачей общей (семейной) практики выявили недостаточные знания и владение необходимыми практическими навыками по профилю акушерства и гинекологии. Оценка исходного уровня знаний и корректировка образовательных программ должна стать основой для непрерывного повышения квалификации у врачей общей (семейной) практики по обеспечению доступной и качественной помощи женщинам репродуктивного возраста.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Почкутова, Е. Н. Направления повышения эффективности реализации национального проекта «Демография» / Е. Н. Почкутова, Н. С. Науменко // Петербургский экономический журнал. – 2020. – № 2. – С. 23–29.
2. Ступак, В. С. Заболеваемость рожениц и родильниц в федеральных округах и субъектах Российской Федерации / В. С. Ступак, Т. А. Соколовская, В. А. Постоев // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24, № 9. – С. 17–23.
3. Кызаева, А. Д. Менеджмент воспалительных заболеваний органов малого таза в разных странах / А. Д. Кызаева, Г. Т. Кашафутдинова // Вестник КазНМУ. – 2016. – № 4. – С. 402–405.
4. Соколовская, Т. А. Заболеваемость беременных женщин в Российской Федерации: тенденции и прогнозы / Т. А. Соколовская, В. С. Ступак // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2022. – Т. 22, № 5. – С. 7–14. doi 10.17116/rosakush2022220517.
5. Бадоева, Э. А. Современные тенденции репродуктивного процесса и организации службы родовспоможения в республиках Северного Кавказа. / Э. А. Бадоева, С. З. Салбиева, З. И. Яхьяева // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2011. – № 1. – С. 115–118
6. Путин, В. В. Открытие объектов здравоохранения в регионах России [Электронный ресурс] / В. В. Путин // Президент России. – Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/68673>. – Дата доступа: 06.09.2022 г.
7. Таджикиев, И. Я. Развитие общей врачебной (семейной) практики в Российской Федерации / И. Я. Таджикиев, А. В. Белостоцкий, Н. Н. Камынина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26, № 1. – С. 20–25.

УДК 616.314-083+378.17:61

Г. И. Бездетко¹, Е. Ю. Шкатова¹, В. С. Ступак²

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

*«Ижевская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Ижевск, Российская Федерация*

*²Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Центральный научно-исследовательский институт организации
и информатизации здравоохранения»*

*Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Москва, Российская Федерация*

СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Введение

Одной из приоритетных задач в рамках программы «Здоровье нации» на территории Российской Федерации является улучшение состояния стоматологического здоровья граждан, которое непосредственно влияет на соматическое и психологическое благополучие. Охрана здоровья студенческой молодежи является наиболее первоочередной, учитывая, что, эта группа населения наиболее уязвима в социальном плане [3]. Смена ритма жизни, места проживания, высокие учебные нагрузки, частые стрессы оказывают существенное негативное влияние на здоровье в целом, вредные привычки, нерегулярное питание с преимущественным потреблением углеводистой пищи повышают риск развития болезней полости рта, слюнных желез и челюстей. Поэтому реализация ими принципов здорового образа жизни важны не только для сохранения их личного здоровья, но и для обеспечения поступательного развития общества страны в целом [5].

Несмотря на значительные достижения в стоматологической службе как в плане оказания медицинской помощи, так и в области профилактических работ, показатели стоматологической заболеваемости остаются высокими [2, 4]. Так, кариес зубов и болезни пародонта остаются по-прежнему наиболее распространенными заболеваниями полости рта в связи с наличием таких факторов, как плохая гигиена полости рта, недостаточная жевательная нагрузка, наличие аномалий и деформаций зубов, изменение характера питания и др. Согласно международным исследованиям, в большинстве стран уже у 60–90 % подростков имеется кариес зубов, у 40-50 % – гингивит и болезни пародонта [1].

Цель

Оценить состояние стоматологического здоровья и факторы риска развития болезней полости рта, слюнных желез и челюстей у студенческой молодежи медицинского вуза.

Материалы и методы исследования

В Удмуртской Республике на базе ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России проведено изучение состояния стоматоло-

гического здоровья у обучающихся методом анкетирования. Опрошено 103 студента третьего курса, большинство из них (61,5 %) – девушки, юношей – 38,5 %, возраст респондентов – от 19 до 23 лет.

Разработанная анкета «Факторы риска развития болезней полости рта, слюнных желез и челюстей» включала 25 вопросов: общее состояние полости рта, зубов и десен; наличие кариеса, пломб, удаленных зубов, кровоточивости десен, различных конструкций в полости рта; частота и причины обращения в стоматологические поликлиники (необходимость получения медицинской помощи при болезнях полости рта, слюнных желез и челюстей).

В ходе исследования нами проведена оценка интенсивности кариеса у студенческой молодежи по индексу КПУ, где К – количество кариозных, П – пломбированных, У – удаленных зубов, а КПУ – их сумма у одного человека. Средний показатель интенсивности кариеса рассчитывался по формуле: сумма индивидуальных показателей КПУ/Число людей, имеющих кариес, среди обследованных.

Социально-гигиенический опрос проведен с помощью онлайн-анкетирования через интернет. В данной работе использованы методы исследования: опрос в виде анкетирования, изучение и обобщение, анализ полученных результатов. Математический аппарат включал вычисление средних и относительных величин. В качестве программного обеспечения использовали Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования и их обсуждение

Величина индекса КПУ составила 9,3, что соответствовало высокому уровню интенсивности кариеса. Средний уровень интенсивности кариеса у данной возрастной группы, рассчитанный по формуле отношения числа людей с кариесом к общему количеству обследованных и умноженное на 100%, составил 72,0 %.

По данным полученного материала установлено, что лишь треть опрошенных (38,9 %) считали себя практически здоровыми. При анализе стоматологического здоровья методом самоанализа показано, что отличное и очень хорошее состояние отметили 33,4 и 61,1 % студентов соответственно (рисунок 1).

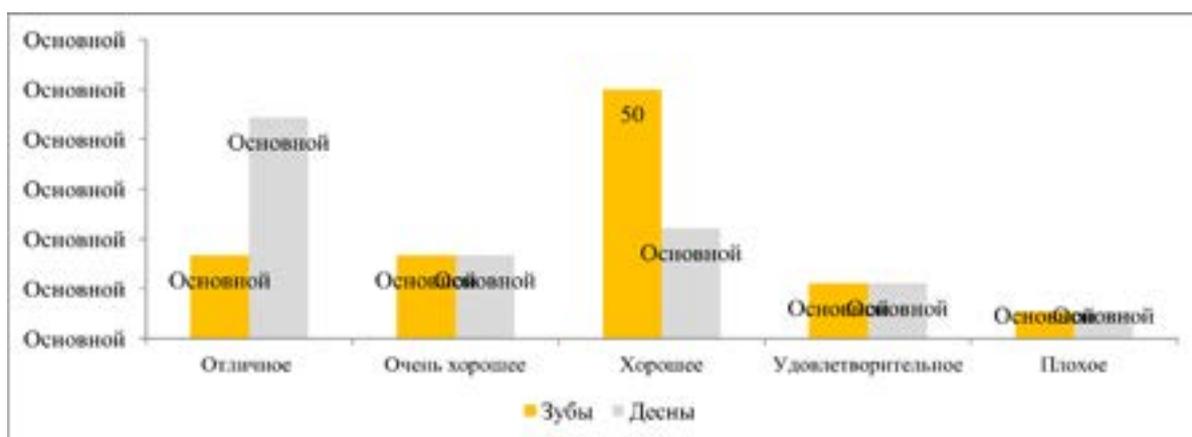


Рисунок 1 – Уровень самооценки студентами состояния зубов и десен, %

Кровоточивость десен отметили у себя 44,6 % опрошенных, указав такие причины: излишне жесткая щетка – 16,7 %, нерациональное питание – 11,1 %, недостаточная гигиена полости рта, наличие ортодонтальных конструкций, гормональные сбои (чаще

на фоне стрессовых ситуаций) – по 5,6 %, в течение года не имели жалоб на заболевания полости рта, слюнных желез и челюстей только 11,0 % опрошенных (рисунок 2).

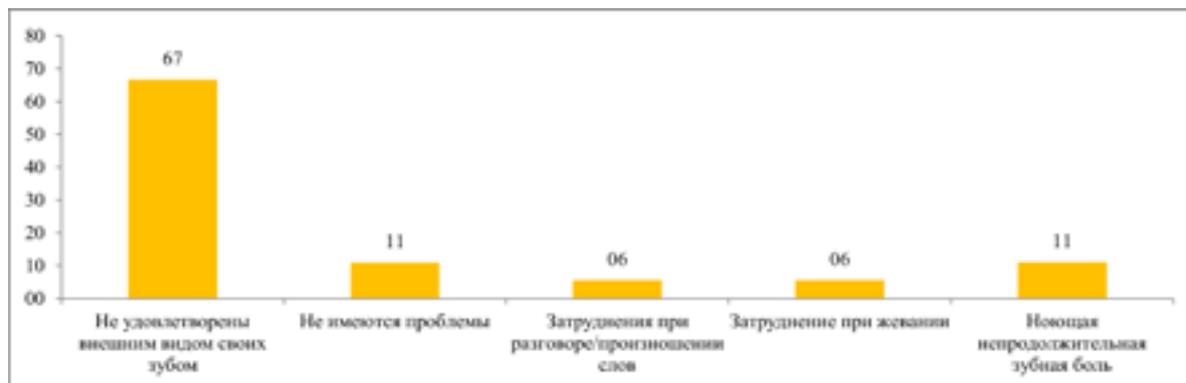


Рисунок 2 – Частота жалоб студентов на заболевания полости рта, слюнных желез и челюстей в течение года, %

Несмотря на то, что у 22,2 % опрошенных отсутствуют основные зубы, они не использовали такие методы восстановления зубочелюстной системы, как мостовидные протезы, имплантаты или съемные протезы. Каждый пятый опрошенный применял брекеты, ортодонтические пластинки или ретейнеры для исправления неправильного прикуса, что указывает на потребность в эстетической улыбке.

В ходе исследования нами выявлены такие социально-значимые факторы риска стоматологического здоровья, как «нездоровое питание», низкая медицинская активность и гигиеническая грамотность по уходу за полостью рта. Отмечено, что лишь 24,6 % опрошенных соблюдают режим питания, полноценный обед имели 37,7 %, при этом в качестве перекусов 65,6 % опрошенных используют так называемые «быстрые углеводы» (шоколад, сладкие газированные напитки, сладкую или мясосодержащую выпечку, кетчуп и майонез).

Чистят зубы два и более раза в день 94,4 % респондентов, при этом 27,8 % чистят их менее трех минут. Меняют зубную щетку один раз в три месяца только 61,1 %, при этом 11,1 % опрошенных вообще не контролируют ее замену. Это один из основных факторов образования зубной бляшки, на которой постепенно накапливается мягкий зубной налет и в дальнейшем распространяется по зубной эмали.

За последние двенадцать месяцев посещали врача-стоматолога один раз и более 72,3 % студентов, при этом 11,1 % не посещали его в текущем календарном году, а 16,6 % опрошенных отметили, что вообще некогда не ходили на прием к врачу-стоматологу. Необходимо отметить, что основным заболеванием зубов является кариес, а он зачастую незаметен и его может обнаружить только врач. Поэтому если своевременно ничего не предпринять, то можно потерять зуб. Несмотря на низкую медицинскую активность, 94,4 % респондентов планируют посетить врача в ближайшие 1–9 месяцев, 5,6 % студентов обратятся только лишь при появлении какой-то проблемы в полости рта.

Выводы

В результате проведенного исследования установлено, что, несмотря на молодой возраст, здоровыми со стороны болезней полости рта, слюнных желез и челюстей себя считали 38,9 %. Отличное и очень хорошее состояние зубов отмечено у каждого третьего, десен – у каждого второго. Индекс интенсивности кариеса среди опрошенных – высокий (9,3), распространенность кариеса соответствовала средне-

му уровню интенсивности кариеса (72,0 %). Кровоточивость десен отметил каждый второй респондент, основной причиной ее являлась неправильно подобранная жесткая зубная щетка. Обращает на себя внимание факт нуждаемости каждого пятого студента в применении зубозамещающих методов лечения. Соблюдали рациональный режим питания 24,6 %, «быстрые углеводы» использовали 65,6 % опрошенных. Треть (27,8 %) респондентов чистят зубы менее трех минут, 11,1 % опрошенных не контролируют замену зубной щетки. Медицинская активность у студентов-медиков на недостаточном уровне, так, 27,7 % из них ответили, что вообще не посещали врача-стоматолога в текущем календарном году, хотя 94,4 % отметили желание и необходимость его посетить.

Исследование показало неудовлетворительное состояние полости рта у студентов-медиков, необходимость дальнейшего изучения причин неприменения ими методов восстановления зубочелюстной системы и способов повышения их гигиенической грамотности и медицинской активности по вопросам первичной профилактики развития неинфекционных заболеваний.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амирова, М. Д. Изучение стоматологического статуса и качества проведения индивидуальной гигиены полости рта у студентов колледжа РОСТГМУ / М. Д. Амирова; В. А. Аветисян; Э. В. Харьковская // 74-я итоговая научная конференция студентов Ростовского государственного медицинского университета. – 2020. – С. 186–187.
2. Бездетко, Г. И. Оценка удовлетворенности качеством стоматологической помощи / Г. И. Бездетко, Е. Ю. Шкатова // Врач-аспирант. – 2017. – № 5 (84). – С. 64–69.
3. Мониторинг показателей стоматологического здоровья студентов / Л. Н. Казарина [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 6. – С. 115.
4. Общая заболеваемость подростков 15-17 лет с учетом классов болезней и регионального компонента в 2010-2018 годах на территории Российской Федерации / В. С. Ступак [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 4. – С. 397–409.
5. Шкатова, Е. Ю. Методические подходы к управлению профилактикой хронических неинфекционных заболеваний / Е. Ю. Шкатова; И. А. Кобыляцкая; Е. Г. Молчанова // Актуальные вопросы современного медицинского образования. – 2021. – С. 126–130.

УДК 159.99

О. В. Бубновская

*Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«Дальневосточный федеральный университет»
г. Владивосток, Российская Федерация*

ВОВЛЕЧЕННОСТЬ МОЛОДЕЖИ В ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ: ОЦЕНКА СВЯЗИ СО СКЛОННОСТЬЮ К РИСКУ

Введение

Здоровье и благополучие молодежи, одним из факторов которых может выступать вовлеченность в девиантное поведение [2], связаны как с положительными, так и отрицательными тенденциями развития молодых людей [1]. При этом наряду с соци-

ально-экономическими предикторами [3] необходимо учитывать и психологические, усиливающие либо смягчающие потенциальное влияние неблагоприятной среды [4]. Отдельного внимания заслуживают личностные характеристики, включая склонность и отношение к риску, которые могут способствовать выбору девиантных форм поведения [5].

Цель

Оценить связь склонности к риску и вовлеченности в девиантное поведение среди студенческой молодежи. Предполагается, что выраженная склонность к риску связана с ростом уровня вовлеченности в девиантное поведение среди молодежи.

Материалы и методы исследования

Для сбора данных ($n = 166$, студенты разных направлений подготовки и курсов, ДВФУ, Владивосток, средний возраст – 20,3 года, юноши – 44 %, девушки – 55 %, без указания пола – 1 %) использован онлайн опросник Safety Box, который включает демографические характеристики респондентов, вопросы о безопасности и благополучии, вовлеченности в девиантное поведение, а также оценку социального статуса и выраженности личностных черт. Для диагностики склонности к риску использован опросник General Risk Propensity Scale (GRiPS, 2018).

Для обработки данных использованы методы описательной статистики (распределение данных, SPSS), коэффициент альфа Кронбаха (внутренняя согласованность шкал, SPSS), корреляционный анализ, критерий Пирсона (связь переменных, интеркорреляции, SPSS), анализ главных компонент, PCA (факторная структура данных, SPSS), моделирование структурными уравнениями, SEM (соответствие факторной модели данным, пакет `semopy` для Python), методы регрессионного анализа, включая множественную линейную регрессию, MLR, «случайный лес», RF (оценка эффектов факторов на зависимые переменные, Python).

Результаты исследования и их обсуждение

Применение критерия альфа Кронбаха и анализ интеркорреляций показали высокую согласованность применяемых методик (для GRiPS $\alpha = 0.96$, $r = 0.73$, для вовлеченности в девиантное поведение в разные периоды жизни $\alpha = 0.96$, $r = 0.85$, для восприятия девиантного поведения $\alpha = 0.84$, $r = 0.53$, форм девиантного поведения $\alpha = 0.92$, $r = 0.44$).

Выраженность склонности к риску имеет невысокий уровень, характеризуясь низкими положительными значениями асимметрии данных. Молодые люди в большей степени согласны с утверждениями: «Рискуя, я делаю жизнь веселее» (2.97), «Риск скорее привлекает, чем пугает» (2.78), «Мои друзья сказали бы, что я склонен к риску» (2.72). Менее всего согласны с тем, что «Рисковать – важная часть жизни» (2.38), «Рисковал бы, даже если бы это означало, что я могу пострадать» (2.57), «Я обычно принимаю рискованные решения» (2.65).

Студенты в целом невысоко оценивают уровень своей вовлеченности в девиантное поведение (3.3–3.9 при $\max = 10$) в разные периоды жизни, признают негативные последствия форм девиантного поведения (2.98), не считая вовлеченность в девиантное поведение нормальным для себя и слабо выражая согласие с тем, что им нравится участие в девиантных активностях (2.14). При этом приемлемость девиантного поведения оценивается молодежью немного выше (2.37).

Среди присущих студентам форм девиантного поведения отмечаются чрезмерная увлеченность гаджетами, интернетом, компьютерными и/или азартными играми (2.93), учебное/рабочее рискованное поведение (2.66), злоупотребление алкоголем и курением

(1.99). Реже всего студенты выбирают вовлеченность в рискованные сексуальные действия (1.61), незаконное употребление наркотиков (1.65), вебкам и проявления агрессии в интернете (1.69).

Согласно оценке корреляций, склонность к риску положительно связана с вовлеченностью в девиантное поведение в настоящее время ($p \leq 0.01$, для утверждений «Мои друзья сказали бы, что я склонен к риску», «Мне нравится рисковать в большинстве аспектов моей жизни», «Я сторонник того, чтобы рисковать»). Эти связи имеют более тесный характер ($p \leq 0.001$) в эмоционально окрашенные периоды жизни (в лучший период, в пандемию, в связи с украинскими событиями). Отметим, что корреляции пункта: «Риск меня скорее привлекает, чем пугает» - с вовлеченностью в девиантное поведение в разные периоды жизни значимы на уровне $p \leq 0.01$ во время пандемии и в связи с украинскими событиями, $p \leq 0.05$ – в лучший период жизни и сейчас.

Связь склонности к риску с восприятием девиантного поведения имеет положительный характер по всем пунктам ($p \leq 0.001$). При более выраженной склонности к риску увеличивается вероятность более позитивного отношения к девиантному поведению. Утверждение: «Я с большей вероятностью испытаю негативные последствия участия в девиантной деятельности, чем позитивные» – положительно коррелирует на уровне $p \leq 0.01$ с пунктом: «Я сторонник того, чтобы рисковать» – и на уровне $p \leq 0.05$ с пунктами: «Я бы рискнул, даже если бы это означало, что я могу пострадать», «Я обычно принимаю рискованные решения», «Риск меня скорее привлекает, чем пугает».

Склонность к риску также положительно коррелирует на высоком уровне значимости ($p \leq 0.001$) с вовлеченностью почти во все виды девиантного поведения, кроме чрезмерной увлеченности гаджетами, интернетом, компьютерными и/или азартными играми. Увлеченность гаджетами также положительно связана с утверждениями на уровне $p \leq 0.01$: «Мне нравится рисковать в большинстве аспектов моей жизни» – и $p \leq 0.05$: «Рисковать – важная часть моей жизни», «Я обычно принимаю рискованные решения», «Риск меня скорее привлекает, чем пугает».

Признание того, что риск делает жизнь более веселой, положительно связано со злоупотреблением алкоголем и/или курением, с агрессивным и/или противоправным поведением, с экстремальными видами спорта и активностями, с рискованными сексуальными действиями ($p \leq 0.001$), а также с вовлеченностью в незаконное употребление наркотиков, неоправданно рискованное опасное для жизни поведение, с грубостью, дерзостью или агрессией по отношению к близким людям, с вебкамом и проявлениями агрессии в интернете, с действиями, отмеченными в ответе «другое» – драками, пренебрежением ношения маски во время пандемии ($p \leq 0.01$).

Все субшкалы склонности к риску можно рассматривать в качестве факторов вовлеченности в девиантное поведение, что подтвердили PCA и SEM. Проверка их эффектов на вовлеченность в девиантное поведение методами множественной линейной регрессии и «случайный лес» позволила выявить положительные эффекты с наилучшими критериями согласия на оценку частоты проявления девиантного поведения (MLR, $\beta = 0.4-0.5$, RMSEA = 0.455), на вероятность того, что респонденту нравится участие в девиантных активностях (MLR, $\beta = 0.4-0.6$, RMSEA = 0.453, RF, $R^2 = 0.306$, MAE = 0.648, MSE = 0.924, RMSE = 0.961), признание нормальности девиантного поведения (MLR, $\beta = 0.3-0.5$, RMSEA = 0.469), а также вовлеченность в девиации, которые респонденты отметили в ответе «другое», а именно участие в драках и пренебрежение ношению маски во время пандемии (RF, $R^2 = 0.073$, MAE = 0.648, MSE = 0.924, RMSE = 0.961).

Таким образом, склонность к риску связана с вовлеченностью в девиантное поведение, позитивным отношением к нему и признанием его приемлемости для личности среди молодежи. Однако, учитывая невысокий уровень выраженности этой склонности у молодых людей и их готовности рисковать, слабые эффекты склонности к риску на девиантное поведение, что подтверждают коэффициенты регрессий, роль этой характеристики в оценке факторов вовлеченности в девиантное поведение требует уточнения.

Выводы

На основе полученных результатов можно сделать вывод что склонность к риску является значимой личностной характеристикой для вовлеченности молодежи в девиантное поведение, в его разные формы. Причем этот фактор, вероятно, достаточно устойчив и не так зависим от внешних обстоятельств, на что указывает его положительная связь с девиантным поведением молодых людей в разные периоды жизни.

Оценка риска студенческой молодежью достаточно противоречива. С одной стороны, он оценивается позитивно, молодые люди считают риск привлекательным, а наполненную риском жизнь – веселой. С другой – готовность рисковать, признавать риск важной частью жизни у студентов невысока, особенно при угрозе страданий и лишений. Это означает, что склонность к риску может носить декларативный характер, и молодежь не всегда готова пойти на риск в реальной ситуации.

В целом, принимая во внимание установленную связь переменных, в практической работе с поведенческими факторами риска здоровья и благополучия молодежи стоит учитывать склонность личности к риску, повышающую вероятность позитивного отношения к девиациям и вовлеченности в различные формы девиантного поведения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. В поисках психологической помощи. Аналитический обзор. 22 ноября 2023 [Электронный ресурс] / Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ). – Режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/v-poiskakh-psikhologicheskoi-pomoshchi>. – Дата доступа: 01.06.2023.
2. Фурсова, В. В. Нормализация отношения к девиантному поведению в студенческом сообществе (на примере традиционных и новых девиаций) / В. В. Фурсова, Л. П. Маслова // Казанский социально-гуманитарный вестник. – 2021. – № 1 (48). – С. 84–89.
3. Chapman, M. V. Neighborhood quality and somatic complaints among American youth / M. V. Chapman // Journal of Adolescent Health. – 2005. – Vol. 36. – P. 244–252.
4. Pabayo, R. The Role of Neighborhood Income Inequality in Adolescent Aggression and Violence / R. Pabayo, B. E. Molnar, I. Kawachi // Journal of Adolescent Health. – 2014. – Vol. 7 – P. 1–9.
5. Personality heterogeneity in adolescents with disruptive behavior disorders: A conceptual replication study / G. Rivard [et al.] // Journal of Research in Personality. – 2022. – Vol. 99. – 104240. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2022.104240>.

УДК 616.12-006.6:004.738.5(470.62)

В. С. Волчек

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТИ ИНТЕРНЕТ-ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В ТЕМЕ СКРИНИНГЕ РАКА

Введение

Рак остается одной из ведущих причин смерти во всем мире. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), каждый год в мире выявляется миллионы новых случаев рака, и эта цифра продолжает расти [1]. Однако, раннее обнаружение раковых заболеваний может значительно повысить шансы на успешное лечение и выживание пациентов. В этом контексте скрининг рака играет важную роль, позволяя выявлять заболевание на ранних стадиях, когда еще нет выраженных симптомов заболевания [2].

С момента появления Интернета он существенно изменил нашу жизнь, став незаменимым источником информации и связи. Он оказал огромное влияние на различные аспекты нашего общества, включая сферу здравоохранения. В современном информационном обществе пользователи активно ищут информацию о своем здоровье, диагнозах и профилактике различных заболеваний, в том числе рака. Однако, не все пользователи интересуются здоровьем одинаково, и понимание заинтересованности интернет-пользователей в теме скрининга рака становится все более актуальным в контексте общественного здравоохранения [3].

Цель

Определить уровень заинтересованности интернет-пользователей Гомельской области в теме скрининга рака.

Материалы и методы исследования

Для анализа интереса пользователей сети Интернет к теме скрининга рака в Гомельской области были собраны данные о количестве поисковых запросов в поисковых системах «Яндекс» и «Google», содержащих слово «скрининг». Данные были предоставлены региональными поисковыми системами и аналитическими инструментами, которые позволяют анонимно собирать статистику по поисковым запросам.

Для оценки уровня заинтересованности были выбраны следующие критерии: количество показов в месяц – это абсолютное значение количества показов страниц по запросам из данного региона; относительное количество показов в месяц – абсолютное количество показов в месяц нормируется на количество показов результатов поиска за соответствующий период времени; региональная популярность (affinity index) – это доля, которую занимает регион в показах по данному слову, деленная на долю всех показов результатов поиска, пришедшихся на этот регион. Популярность поискового запроса, равная 100 %, означает, что данное слово в данном регионе ничем не выделено. Если популярность более 100 %, это означает, что в данном регионе существует повышенный интерес к этому слову, если меньше 100 % – пониженный.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ показал общую динамику поисковых запросов в поисковой системе «Яндекс» со словом «скрининг» в Гомельской области за последние два года. График на рисунке 1 показывает, как интерес пользователей к этой теме менялся в течение времени. Возможно выделить пик активности в январе-марте 2023 года, что может быть связано с информационными кампаниями, проводимыми в организациях здравоохранения, привлекающими общественное внимание к проблеме скрининга рака. На протяжении всего анализируемого периода времени наблюдается тенденция к увеличению количества поисковых запросов, касающихся скрининга.



Рисунок 1 – Динамика изменения количества поисковых запросов со словом «скрининг» в Гомельской области (по данным поисковой системы «Яндекс»)

По данным поисковой системы «Яндекс», как в Республике Беларусь в целом, так и во всех областях, в частности, отмечается пониженный интерес к теме скрининга, в Гомельской области отмечается наименьший уровень региональной популярности данного поискового запроса – 37 % (таблица 1).

Таблица 1 – Сравнительная характеристика региональной популярности и среднего количества показов поискового запроса «скрининг» в Республике Беларусь

Регион	Среднее количество показов в месяц	Региональная популярность
Брестская область	518	45 %
Витебская область	713	59 %
Гомельская область	536	37 %
Гродненская область	507	59 %
Могилёвская область	494	48 %
Минская область и г. Минск	2 121	58 %
Беларусь	4 889	52 %

Поисковая система «Google» позволяет проанализировать уровень интереса к теме по отношению к наиболее высокому показателю для определенного региона и периода времени. 100 баллов означают наивысший уровень популярности запроса, 50 – уровень популярности запроса, вдвое меньший по сравнению с первым случаем, 0 бал-

лов означает местоположение, по которому недостаточно данных о рассматриваемом запросе. На рисунке 2 приведен график изменения уровня интереса к теме скрининга среди пользователей поисковой системы «Google».

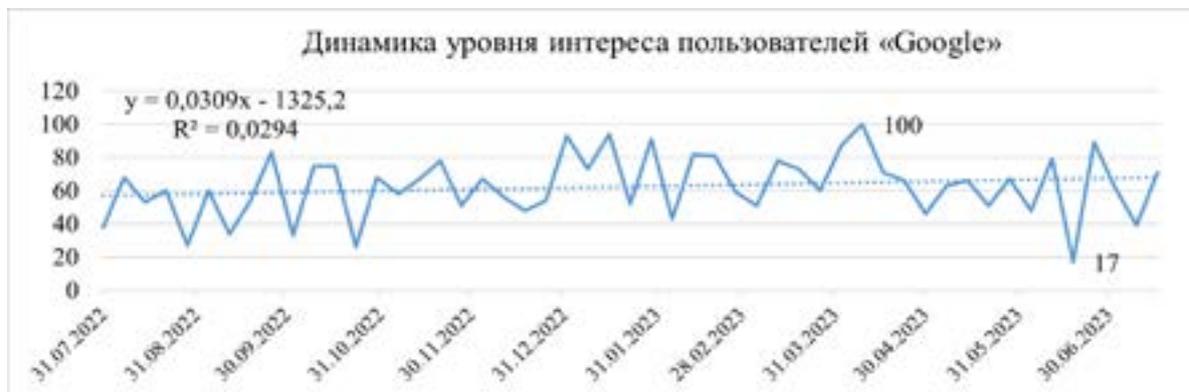


Рисунок 2 – Динамика изменения уровня интереса пользователей, производящих поиск слова «скрининг» в Гомельской области (по данным поисковой системы «Google»)

В поисковой системе «Google» наблюдается менее заметная тенденция к увеличению интереса пользователей темой скрининга, однако и в данной системе пик заинтересованности пользователей (100 баллов) приходится на март 2023 года. Кроме того, в соответствии с данными сервиса «Google Trends», Гомельская область находится на 4 месте среди всех областей Республики Беларусь, где чаще всего выполнялся поиск по запросу «скрининг» за прошедший год. Запросам присваиваются баллы от 0 до 100, где 100 баллов означают местоположение с наибольшей долей популярности запроса, 50 баллов – местоположение, уровень популярности запроса в котором вдвое ниже, чем в первом. Распределение областей Беларуси по популярности данного поискового запроса представлены на рисунке 3.



Рисунок 3 – Распределение областей Беларуси по популярности поискового запроса «скрининг»

Интерес пользователей к теме скрининга рака в Гомельской области проявляет колебания в течение года, что может быть связано с внешними факторами и информационными кампаниями.

Так, в Гомельской области показал свою эффективность профилактический проект «ProScreening», утвержденный приказом Главного управления по здравоохранению

Гомельского облисполкома от 07.02.2023 года № 142, в рамках которого в январе-апреле 2023 года было организовано анкетирование населения и медицинских работников Гомельской области по вопросам скрининга рака, утвержден план мероприятий на 2023 год (выездные информационно-консультативные группы, распространение информационно-образовательных и методических материалов, посвященных скринингу рака).

Кроме того, существуют региональные различия в интересе к теме скрининга рака, что предполагает необходимость персонализированного подхода к информационной работе в разных районах области.

Выводы

Интерес к теме скрининга рака демонстрирует изменчивую динамику, с отмеченными пиками активности, вероятно, связанными с информационными кампаниями и внешними факторами.

Обращает на себя внимание разница в интересе между разными поисковыми системами и регионами. Несмотря на повышенный интерес к скринингу в начале 2023 года в обеих системах, региональная популярность запроса в Гомельской области остается ниже в сравнении с другими регионами Беларуси. Это указывает на необходимость более тщательной информационной работы и адаптации стратегии в различных районах области.

Проект «ProScreening» в Гомельской области показал свою эффективность, подчеркивая потребность в проведении информационно-образовательных мероприятий и распространении материалов о скрининге рака. Результаты анализа также подчеркивают значимость адаптированного и персонализированного подхода в информационной работе для разных групп населения и регионов.

Данное исследование подчеркивает важность использования современных технологий и аналитических методов для оценки интереса пользователей к важным здоровью-сберегающим темам, таким как скрининг рака. Подобные исследования способствуют более точному определению потребностей и предпочтений населения, что может в свою очередь улучшить эффективность информационных кампаний и привлечение внимания к важным медицинским вопросам.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2022.
2. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening / Denise R Aberle [et al.] // The New England journal of medicine. – 2011. – Vol. 365 (5). – P. 395–409. doi.org/10.1056/NEJMoa1102873
3. Sinclair, J. Importance of a One Health approach in advancing global health security and the Sustainable Development / J. Sinclair // Goals. Rev Sci Tech. – 2019. – Vol. 38 (1). – P. 145–154. doi.org/10.20506/rst.38.1.2949.

УДК 614.2-057.875

Н. В. Гапанович-Кайдалов

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИИ ВЕДЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Профессиональное становление врача предполагает формирование у будущего специалиста соответствующего отношения к здоровому образу жизни. Будущие медицинские работники должны не только сами вести здоровый образ жизни, но и пропагандировать его у своих пациентов, мотивировать их беречь здоровье. Следовательно, актуальной задачей является формирование у студентов медицинского университета мотивации ведения здорового образа жизни.

Под здоровым образом жизни, как правило, понимается гигиенически обоснованное поведение; оптимальный режим труда; достаточная двигательная активность; рациональное питание; отказ от вредных привычек; отдых; полезные формы досуга [1].

Отношение индивида к здоровью определяется оценкой (самооценкой) собственного здоровья на основе знаний и ценностных ориентаций, сложившихся у человека в данный период жизни.

Структурными компонентами ценностного аспекта отношения к здоровью являются: когнитивный, эмоциональный, поведенческий [2].

Когнитивный компонент здоровья представляет собой знания о своем здоровье, понимание роли и значения здоровья в жизни человека, знание основных факторов, влияющих на здоровье. Этот компонент можно рассматривать как осведомленность или компетентность человека в области здоровья, а также знание основных факторов риска.

Эмоциональный компонент здоровья рассматривается как уровень тревожности, связанной со здоровьем, умение получать удовольствие от ощущения здоровья и хорошего самочувствия, соответствие самооценки человека физическому, психическому и социальному состоянию здоровья.

Поведенческий компонент здоровья определяет мотивацию здорового образа жизни, характеризует особенности поведения человека по отношению к своему здоровью, приверженность здоровому образу жизни.

Мотивация к здоровому образу жизни определяется как совокупность различных мотивов, побуждающих к деятельности по сохранению здоровья, и условий, способствующих реализации здоровьесберегающего поведения [3].

Мотивы ведения здорового образа жизни зависят от возраста, социального статуса, состояния здоровья и других факторов. Так, например, изучение мотивации девушек-студенток к занятиям физической культурой выявило следующие основные мотивы: укрепление здоровья, социальные мотивы, эмоциональные мотивы и мотивы иметь красивую фигуру [4].

Т. В. Карасева и Е. В. Руженская [3] выделили пять основных групп мотивов ведения здорового образа жизни:

1. Стремление вести здоровый образ жизни как необходимость, вытекающая из условий жизни и профессиональной деятельности (восстановление здоровья, имидж и престиж).

2. Ведение здорового образа жизни – это необходимое условие профессионального роста и саморазвития.

3. Ведение здорового образа жизни – это стандарты, принятые в социальном окружении, традиции.

4. Стремление к здоровому образу жизни – это прагматическое желание сэкономить на лекарствах, сигаретах и т. п.

5. Привлекательность здорового образа жизни определяется стремлением хорошо себя чувствовать, иметь хорошее настроение, победить свои слабости.

Исследования показывают, что существуют серьезные проблемы с приверженностью здоровому образу у медицинских работников [5]. Одним из главных мотивов ведения здорового образа жизни для врачей является необходимость сохранения профессионального здоровья в условиях повышенных рисков. При этом примерно половина медицинских работников (51,7 %) не считают собственный образ жизни здоровым. Для главных врачей основной причиной «нездорового» образа жизни является профессиональный стресс. Для всех категорий медицинских работников главными препятствиями для здорового образа жизни (недостатка физической активности, невозможности здорового питания и др.) являются лень, отсутствие желания или силы воли.

Таким образом, для будущих медицинских работников важнейшим приоритетом профессионального становления является формирование мотивации здорового образа жизни.

В нашем исследовании мы стремились проанализировать мотивацию ведения здорового образа жизни студентами медицинского университета.

В соответствии с выбранной моделью здорового образа жизни мы изучили основные мотивы студентов медицинского университета к ведению здорового образа жизни.

Выборку исследования составили студенты УО «Гомельский государственный медицинский университет». Всего было опрошено 120 человек. Средний возраст составил 19,8 года.

В исследовании было установлено, что приоритетными ценностями для студентов медицинского университета являются здоровье (83,5 %), саморазвитие, личностный рост, познание нового (76 %), материальное благополучие (75,2 %). На наш взгляд, необходимо акцентировать внимание именно на здоровье как высшей ценности.

Более половины респондентов (51,2 %) оценивают состояние своего здоровья как удовлетворительное, 38 % – хорошее. Вместе с тем, 43,8 % опрошенных отмечают, что их состояние здоровья ухудшается.

В качестве составляющих здорового образа жизни студенты выделили: отказ от курения, правильное питание, отказ от алкоголя, физическая активность, соблюдение режима дня. Только 45,4 % студентов отмечают, что в целом стараются вести здоровый образ жизни. Главными же препятствиями, которые мешают вести здоровый образ жизни, для студентов являются отсутствие времени и силы воли (59,5 %). Менее 30 % студентов указали, что у них нет обстоятельств и причин, мешающих вести здоровый образ жизни.

По итогам проведённого исследования мы пришли к следующим выводам:

- студенты медицинского университета считают здоровье своей основной жизненной ценностью;
- более половины респондентов считают состояние своего здоровья удовлетворительным и только около трети – хорошим;
- значительная часть опрошенных (более 40 %) уверена, что состояние их здоровья ухудшается;

– несмотря на ухудшение состояния здоровья, лишь менее 10 % ответили, что ведут здоровый образ жизни; около трети – в целом стараются следить за своим здоровьем;

– необходимо отметить, что около 30 % участников исследования указали, что у них нет никаких препятствий для того, чтобы вести здоровый образ жизни;

– главными препятствиями для того, чтобы вести здоровый образ жизни, по мнению студентов, являются недостаток времени и силы воли.

Таким образом, с одной стороны, большинство студентов понимают важность заботы о своем здоровье и приверженности здоровому образу жизни, с другой - многие из них не находят времени или возможности вести здоровый образ жизни. Следовательно, одной из основных целей высшего образования должна стать подготовка будущих врачей к работе с населением по пропаганде здорового образа жизни, в том числе и на своём примере.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горчак, С. И. К вопросу о дефиниции здорового образа жизни / С. И. Горчак // Здоровый образ жизни: социально-философские и медико-биологические проблемы : сб. науч. ст. – Кишинев : Штиинца. – 1991. – С. 19–39.

2. Клушина, Н. П. Исследование ценностного отношения к здоровью у студентов вузов / Н. П. Клушина, В. А. Соломонов // Вестник Северо-Кавказского государственного технического университета. – 2009. – № 2 (19). – С. 75–79.

3. Карасева, Т. В. Особенности мотивации ведения здорового образа жизни / Т. В. Карасева, Е. В. Руженская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 5. – С. 23–24.

4. Баламутова, Н. М. Исследования мотивации и эффективности оздоровительной тренировки для женщин, занимающихся в физкультурно-оздоровительных группах по плаванию / Н. М. Баламутова, Л. В. Шейко, И. П. Олейников // Физическое воспитание студентов творческих специальностей. – 2005. – № 1. – С. 79–85.

5. Толстов, С. Н. Развитие творческой готовности организатора здравоохранения к профессиональной деятельности: автореферат дис. доктора психологических наук: 19.00.13 / Рос. акад. гос. службы при Президенте РФ. – Москва, 2004. – 59 с.

УДК 613.64:004.7:616-053.4

И. В. Гинько

Открытое акционерное общество

«Нафтан»

г. Новополоцк, Республика Беларусь

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЕ АСПЕКТЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ НА ОАО «НАФТАН»

Введение

Здоровье работающих людей – экономически активной части населения является важной составляющей производительности и экономического развития страны. По данным ВОЗ, «большинство стран теряют от 4 до 6 % ВВП по причине проблем здоровья, связанных с работой». Риски для здоровья на рабочем месте, такие как опасные химические вещества, повышенная температура, шум, пыль, психологический стресс

и др., могут приводить к развитию профессиональных заболеваний и формированию коморбидных состояний.

Безопасные и благоприятные для здоровья условия труда играют важную роль, поскольку на работе трудоспособное население проводит существенную часть своей жизни. В связи с этим профессиональный отбор, своевременное выявление факторов риска на рабочих местах и болезней в ранних стадиях, их профилактика и лечение, поддержание трудоспособности и профессиональной пригодности являются важной задачей не только системы здравоохранения, но и требует принятия мер по межведомственному взаимодействию.

Высокая технологичность и рост темпов развития нефтехимического комплекса приводят к неизбежному возникновению и концентрации вредных факторов производственной среды на рабочих местах и, как следствие, увеличивают вероятность возникновения повреждения здоровья работников. Актуальность этой проблемы для ОАО «Нафтан» обусловлено тем, что около 70 % работников трудятся во вредных и опасных условиях труда.

Токсичность нефтепродуктов и выделяющихся из них газов определяется, главным образом, сочетанием углеводов, входящих в их состав. Тяжелые бензины являются более токсичными по сравнению с легкими, а токсичность смеси углеводов выше токсичности ее отдельных компонентов. Значительно возрастает токсичность нефтепродуктов при переработке сернистых нефтей. Наиболее вредной для организма человека является комбинация углеводорода и сероводорода. В этом случае токсичность проявляется быстрее, чем при изолированном их действии.

По характеру воздействия на человека токсиканты нефтепромышленности разделены на три вида: 1) нервные (тяжелые углеводороды, сероводород, меркаптаны, тетраэтилсвинец); 2) раздражающие (оксиды азота и серы); 3) кровяные (монооксид углерода, образующий стойкий карбоксигемоглобин).

С позиций токсиколога представляют интерес элементы лишь абиотические и биотические молекулы, обладающие биодоступностью, т. е. способные взаимодействовать немеханическим путем с живыми организмами. В нефтехимическом производстве эти соединения находятся в газообразном или жидком состоянии, реже – в форме водных растворов, в адсорбированном виде - на частицах почвы и различных поверхностях или в виде твердых веществ и в виде мелкодисперсной пыли (размер частиц менее 50 мкм).

Часть биодоступных соединений утилизируется организмами, участвуя в процессах их пластического и энергетического обмена с окружающей средой. Другие же, поступая в организм, не используются как источники энергии или пластический материал, но, действуя в достаточных дозах и концентрациях, способны существенно модифицировать течение нормальных физиологических процессов и переходят в разряд ксенобиотиков.

Цель

Создать систему межведомственного взаимодействия для сохранения здоровья работников ОАО «Нафтан».

Материалы и методы исследования

В связи с вышеизложенным, медицинской службой ОАО «Нафтан» предпринимаются меры по обоснованному допуску к работе как при трудоустройстве на предприятие, так и при проведении периодических обязательных медицинских осмотров работников. Также сотрудники медслужбы принимают активное участие в разработке межведомственных документов, разработке и внедрении инструкций для внутреннего

применения для профилактики и нивелирования действия производственных факторов с учетом специфики производства.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно статье 10 закона Республики Беларусь «О здравоохранении», поликлиника ОАО «Нафтан» относится к «другим организациям, которые наряду с основной деятельностью также осуществляют медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством».

В соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 июля 2019 г. № 74 «О проведении обязательных и внеочередных медицинских осмотров работающих» в поликлинике в совершенстве отработана система проведения профилактических медицинских осмотров, включающая в себя следующие этапы:

1. Формирование списка профессий. В целях совершенствования работы по профилактике профессиональной заболеваемости проведена большая работа, по комплексной оценке, условий труда по всем имеющимся профессиям, которая определила наличие вредных и опасных производственных факторов для каждой конкретной профессии. Над этим работает отдел охраны труда и промышленной безопасности ОАО «Нафтан». Ежегодно перед проведением периодического медицинского осмотра руководители производств, цехов и организаций составляют списки профессий (должностей) работников, подлежащих периодическому медицинскому осмотру, с учетом результатов комплексной гигиенической оценки условий труда и результатов аттестации рабочих мест. В поликлинике ОАО «Нафтан» налажена тесная преемственность со службой охраны труда, руководителями подразделений и отделом кадров по соблюдению трудового законодательства, графиков профилактических и предварительных осмотров.

2. Составление графика профилактических осмотров. Медицинскими работниками ежегодно составляется график прохождения периодических медицинских осмотров работающих, который утверждается специальным приказом генерального директора.

3. Составление списков работников, подлежащих профосмотру, и учет не прошедших осмотр. Заблаговременно, перед началом прохождения периодического медицинского осмотра руководителем производства (цеха) составляются пофамильные списки, которые являются основным документом для проверки полноты прохождения медицинского освидетельствования.

В поликлинике уже 15 лет функционирует госпитальная информационная система «е DOCTOR», что позволяет вести персональное наблюдение за всеми лицами, подлежащими обязательным медицинским осмотрам по всем параметрам наблюдения и на всех его этапах.

По результатам прохождения периодических медицинских осмотров определяется профессиональная пригодность каждого конкретного работника ОАО «Нафтан» к работе в показанных условиях труда, а также составляются заключительные акты по каждому цеху и заводу в целом. Списки лиц, не прошедших периодический медицинский осмотр, направляются руководителям и на основании их работники отстраняются от работы.

Организация прохождения медицинского осмотра строго согласована между поликлиникой и руководством производства (цеха), чтобы не страдал производственный процесс. При проведении обязательных и внеочередных медицинских осмотров учитывается информация из территориальных поликлиник, также сведения о результатах передаются в поликлиники по месту жительства (выписки из карт амбулаторного больного, ежеквартальный обмен сведениями о впервые выявленных заболеваниях).

Однако практика показала, что взаимодействия только с территориальными медицинскими учреждениями и производствами предприятия недостаточно для полного мониторинга состояния здоровья и сбора анамнеза заводчан. Для расширения возможностей и при содействии Белорусского государственного концерна по нефти и химии, а также администрации предприятия было налажено тесное взаимодействие по регистрации данных всех поступающих извне листков нетрудоспособности с последующим мониторингом причин, диагнозов и определением профессиональной пригодности. При необходимости работнику назначается внеочередной медицинский осмотр. Также с 2019 года для работающих в ОАО «Нафтан» был заключен договор добровольного медицинского страхования, благодаря которому по направлению врача ведомственной поликлиники пациенты получают медицинскую помощь в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь и результаты учитываются в медицинских документах заводской поликлиники. Налажена тесная связь с Министерством обороны Республики Беларусь по передаче сведений о состоянии здоровья, обследование которого проводилось по линии горвоенкоматов. Благодаря административному ресурсу, тесному взаимодействию с руководством предприятия, территориальными учреждениями здравоохранения, страховой компанией, на протяжении многих лет достигаются качество и полнота обследования работающих, что способствует своевременному выявлению заболеваний и факторов риска, а также противопоказаний к работе во вредных условиях труда и эффективному трудоустройству.

Но время идет вперед, появляются новые методы исследований, оценка состояния здоровья и методы охраны труда требуют совершенствования, и чтобы быть в тренде, поликлиника ОАО «Нафтан» наладила взаимодействие с РУП «Республиканский центр охраны труда Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь». Проведенные нами исследования, посвященные изучению различных аспектов состояния здоровья работников ОАО «Нафтан» с медико-гигиенических позиций, позволили выявить наиболее значимые проблемы в заболеваемости, акцентировать внимание на наиболее существенных с точки зрения здоровья факторах и условиях образа жизни, что дало возможность предложить, разработать и внедрить мероприятия, направленные на улучшение здоровья работников.

Состояние проблемы потребовало научного обоснования и внесения изменений в документы по оценке факторов трудового процесса и условий труда, предоставления компенсаций при работе во вредных и опасных условиях труда в химической/нефтехимической отраслях, а также разработки профилактических мероприятий.

Для достижения цели исследования проведено:

- изучение проблемы здоровья работников, занятых в основных профессиях химических производств, в странах ближнего зарубежья;
- оценка здоровья работников ОАО «Нафтан»;
- изучение риска возникновения цитогенетических нарушений;
- исследование совокупного влияния химических и физических факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса на здоровье работников основных профессий химических производств;
- анализ общей и заболеваемости с временной утратой трудоспособности и результатов обязательных и внеочередных медицинских осмотров работников ОАО «Нафтан»;
- изучена распространенность модифицируемых факторов развития неинфекционной патологии и проведена оценка влияния факторов с применением функциональных методов исследования.

В нозологическом спектре общей заболеваемости 46 % составляет артериальная гипертензия, 14 % – болезни щитовидной железы, по 12 % – онкология и болезни ЖКТ, 10 % приходится на сахарный диабет.

В связи с тем, что на предприятии работники имеют контакт с канцерогенами, такими как бензол, сера и ее производные, проведен анализ выявления онкологических заболеваний. Ежегодно первичная заболеваемость составляет 207 на 100 тыс. работающих. В ранних стадиях ежегодно выявляется 79 %, 4-я стадия – менее 4 %. Локализация опухолей: 1-е место занимает рак кожи – 18 %; 2-е место - желудочно-кишечный тракт – 15 %; 3-е место – рак мочевыделительной системы – 12 %.

С целью изучения влияния на здоровье различных производственных факторов были выделены две группы наблюдения: первая – работники ведущего производства, занятые во вредных условиях труда; вторая – работники административного подразделения, не контактирующие с вредными производственными факторами и территориально не находящиеся в промышленной зоне. Данные группы были сопоставимы по возрастному и половому составу и стажу, что позволило сравнивать их по клиническим, психофизиологическим показателям и наличию биологических маркеров воздействия химических факторов.

Итоги проведенного исследования стали доказательной базой о наличии достоверных специфических изменений в организме работников при воздействии факторов малой интенсивности при переработке нефти.

С целью прогнозирования влияния химических факторов малой интенсивности при переработке нефти далее в этих группах были проведены цитогенетические исследования, (микроядерный тест эпителиоцитов слизистых оболочек ротовой полости), оценка сосудистой жесткости, определены ранние маркеры повреждения органов и систем.

Результаты исследования показали, что средняя частота клеток с микроядрами в препаратах буккального эпителия у лиц, занятых в условиях воздействия химических веществ в воздухе рабочей зоны, достоверно выше по сравнению с контрольной группой, что также подтвердило влияние экзогенных негативных факторов на организм. В дальнейшем определение цитогенетического статуса может быть рекомендовано к использованию с целью раннего выявления нарушений здоровья и формирования групп риска, для проведения профилактических мероприятий в рамках добровольного страхового обеспечения работников.

Дальнейшие исследования в вышеуказанных группах были проведены с целью оценки состояния сосудов методом сфигмометрии. В результате установлено, что уровень систолического давления у работников ведущего производства и в группе сравнения имел статистически значимые различия как по общей выборке в целом, так и с группой сравнения и превышал уровни физиологических показателей. Аналогичная ситуация отмечалась и по показателям диастолического давления. Показатели в опытной группе достоверно превышали не только физиологическую норму, но и показатели в группе сравнения.

Таким образом, мы констатировали факт, что имеет место фактор повышенного уровня риска по БСК у категории работников, занятых во вредных условиях труда в сравнении с нормальными условиями.

Выводы

На основании анализа полученных данных были подготовлены проекты документов для внесения изменений в оценку факторов трудового процесса и условий труда, предоставления компенсаций при работе во вредных и опасных условиях труда в химической/нефтехимической отраслях, а также разработку профилактических мероприятий. Разработанный «Перечень комплекса химических веществ, влияющих на здоровье

работников, занятых в основных профессиях химических производств и не превышающих ПДК» был утвержден и внесен в документы, регламентирующие аттестацию рабочих мест. Разработан алгоритм для выявления причинно-следственных связей и обоснования причинной обусловленности отдельных форм заболеваний и алгоритм профилактики неинфекционной патологии с выделением персонифицированных рисков при проведении обязательных медицинских осмотров.

Трендом последних лет у руководителей предприятий становится экономическая и социальная целесообразность межведомственного взаимодействия в охране здоровья работающих. Объективизация отбор работников, сохранение и достоверный мониторинг состояния их здоровья, донозологическая диагностика и профилактика – залог отсутствия профессиональных заболеваний, сохранения стажированных опытных профессионалов на рабочих местах. Разработки, полученные в результате межведомственного организационного взаимодействия, позволяют повысить эффективность сохранения и укрепления здоровья экономически активной части населения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Профессиональный риск для здоровья работников : руководство / под ред. Н. Ф. Измерова, Э. И. Денисова. – М. : Тровант, 2003. – 448 с.
2. Health effects of particulate matter // World Health Organization. – 2013. – 20 p.
3. Сайт МОТ [Electronic resource]. – Mode of access: <https://ilostat.ilo.org/topics/safety-and-health-at-work/>. – Date of access: 05.05.2023.

УДК 316.444.34:616.89-008.441.44(476.2)»2019/2022»

С. Р. Григорьев, Т. М. Шаршакова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ ЗНАЧИМЫХ СОЦИАЛЬНЫХ КРИЗИСОВ НА СТРУКТУРУ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖИТЕЛЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2019–2022 ГГ.

Введение

В настоящее время ВОЗ рассматривает суицидальное поведения как широко-масштабную проблему, охватывающую все страны мира. По последним данным, завершенный суицид стоит на четвертом месте среди причин смертности в возрастной группе 15–29 лет [1]. Являющиеся прямым следствием психологических проблем, суицидальные попытки подвержены влиянию мировых кризисов, происходящих в последние годы. Специальная военная операция, а также пандемия COVID-19 имеют черты ярких травматичных для психики явлений. Это дает право предположить, что эти события способствуют повышению уровня стресса и появлению постстрессовых состояний в будущем [2, 3]. Как отмечали исследователи, одной из нерешенных проблем периода пандемии была сложность в снижении суицидального риска среди населения [4]. В связи с этим возникает необходимость в изучении структуры суицидальности для выявления закономерностей, способных расширить диапазон знаний, касающихся данной проблемы.

Цель

Выявить влияние глобальных кризисов на особенности суицидального поведения у населения Гомельской области.

Материалы и методы исследования

С целью изучения изменений динамики суицидальных попыток в качестве материалов были обработаны базы данных пациентов, поступивших в Гомельскую областную клиническую психиатрическую больницу (ГОКПБ) с парасуицидом за период 2019–2022 гг. Сравнительный анализ именно этого периода времени наиболее целесообразен, так как охватывает промежуток времени вне воздействия мировых кризисов: 2019 г., взятый в качестве контрольного, и непосредственно исследуемый период 2020–2022 гг. Для оценки были выбраны такие параметры, как гендерное соотношение парасуицидентов, общее их число, возрастные особенности, а также наличие диагноза из рубрики F-!0 МКБ «Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ» при поступлении в больницу.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ исследования показал, что отмечается рост поступления пациентов начиная с 2021 года, тогда как в год пандемии на территории Гомельской области происходит незначительное (6 %) снижение числа поступивших по сравнению с 2019 годом (таблица 1).

Данная ситуация может быть связана с тем, что нулевой пациент обнаружен на территории Гомельской области лишь в конце марта 2020 г., что не дает возможности оценить воздействие COVID-19 как внешнего фактора на суицидальность ввиду календарной нецелостности периода наблюдения, что отмечают исследователи и в иных регионах [5].

Таблица 1 – Общие количественные показатели поступлений пациентов с суицидальной попыткой в ГОКПБ за период 2018–2022 гг.

Год	2019	2020	2021	2022
Общее число	306	288	351	375

Следующим параметром для изучения стала половая принадлежность. В годы относительного спокойствия мировой обстановки среди парасуицидентов преобладают представители мужского пола. Однако в годы возникновения травматичных событий происходит увеличение количества поступлений женщин по сравнению с мужчинами, что особенно наглядно видно на примере 2022 года.

Таблица 2 – Половая характеристика пациентов с суицидальной попыткой в ГОКПБ за период 2018–2022 гг.

Пол	Год			
	2019	2020	2021	2022
М	166	140	183	179
Ж	140	148	168	196

Также заслуживающим внимание является параметр возрастных особенностей парасуицидентов. Наблюдается четкая тенденция на увеличение попыток само-

убийства среди лиц моложе 22 лет – на 8,47 % в 2020 году, с пиком, приходящимся на 2021 год – 18,8 %, в сравнении с 2019 годом (таблица 3). Другие возрастные группы не претерпели значительных изменений.

Таблица 3 – Возрастная характеристика пациентов с суицидальной попыткой в ГОКПБ за период 2018–2022 гг.

Год	Возрастные категории							
	до 13	14–17	18–21	22–35	36–60	60–75	75–90	90+
2019	0,00 %	8,82 %	4,58 %	33,99 %	40,52 %	8,17 %	3,92 %	0,00 %
2020	0,00 %	13,19 %	8,68 %	29,86 %	39,24 %	7,99 %	1,04 %	0,00 %
2021	1,42 %	18,52 %	13,68 %	27,64 %	31,91 %	5,41 %	1,42 %	0,00 %
2022	1,60 %	12,80 %	10,67 %	27,20 %	36,53 %	7,73 %	3,47 %	0,00 %

Подобную картину по ситуации, сложившейся в 2021 году, наблюдают и иные исследователи [4]. Однако вызывает интерес снижение парасуицидов этой возрастной категории в 2022 году – на 8,73 % по сравнению с 2021 годом.

Последним параметром, избранным для исследования, было наличие факта употребления ПАВ. Как отмечают исследователи, в период пандемии произошел рост употребления алкоголя среди населения [6], что в свою очередь не могло не повлиять на суицидальность (таблица 4).

Таблица 4 – Число диагнозов из рубрики F-10 МКБ среди лиц, поступивших с суицидальной попыткой в ГОКПБ за период 2018–2022 гг.

Год	2018	2019	2020	2021	2022
М	73,61 %	69,32 %	62,90 %	71,03 %	61,33 %
Ж	26,39 %	30,68 %	37,10 %	28,97 %	38,67 %
Общий процент	25,90 %	28,76 %	43,06 %	30,48 %	40,00 %

Наблюдается явная связь между глобальными кризисами и употреблением ПАВ совершившими суицидальную попытку. Начиная с 2020 года число парасуицидов, совершенных под воздействием ПАВ, увеличился на 14,3 % по сравнению с предыдущим годом и на 9,52 % в 2022 году в сравнении с 2021 годом. Также видна тенденция на увеличение употребления ПАВ женщинами в 2020 и 2022 году.

Заключение

Обнаруживаются значительные изменения в структуре суицидальности на фоне возникновения глобальных травмирующих психику событий:

1. Обнаруживается четкий рост попыток самоубийства начиная с 2021 года.
2. Происходит изменение гендерных особенностей явления – рост парасуицидов среди женщин.
3. Влиянию внешних факторов подвержены в большей мере пациенты в возрастных группах до 21 года включительно. Снижение парасуицидов в 2022 году среди молодежи, по-видимому, связано с низкой вовлеченностью в политическую обстановку.
4. Рост употребления алкоголя населением во время социально значимых событий приводит к росту суицидальности и в большей степени затрагивает представителей женского пола.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates. World Health Organization, 2019. – Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. – Дата доступа: 30.08.2023.
2. Психологическое состояние людей в период пандемии COVID-19 и мишени психологической работы / О. М. Бойко [и др.] // Психологические исследования. – 2020. – Т. 13, № 70:1.
3. Васильева, А. В. Психические нарушения, связанные с пандемией COVID-19 (международный опыт и подходы к терапии) / А. В. Васильева // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова – 2020. – Т. 120, № 9. – С. 121–129.
4. Щербакова, Е. Н. Выделение групп суицидального риска в целях организации оказания медицинской помощи этой категории населения / Е. Н. Щербакова // Проблемы здоровья и экологии. – 2021. – Т. 18 (3). – С. 15–22.
5. Влияние COVID-19 на суицидальные показатели в городе Рязани, Рязанском и Рыбновском районах области / А. С. Краморева [и др.] // Научно-практический журнал. doi.org/10.32878/suiciderus.22-13-02(47)-50-60
6. Позднякова, М. Е. Употребление алкоголя в России в условиях пандемии COVID-19 / М. Е. Позднякова, В. В. Брюно // Социальная наука и социальная практика. – 2022. – Т. 10, № 3. – С. 25–44.

УДК 378.6.091.32-057.87

Н. Л. Громыко, В. А. Мельник

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ: МНЕНИЕ СТУДЕНТОВ

Введение

Лекции – давно применяемая и устоявшаяся форма обучения, использование которой до недавнего времени не вызывало сомнений. Переход на дистанционные формы обучения, внедрение электронных учебно-методических комплексов привели к критическому осмыслению способов подачи лекционного материала и поиску новых [1].

Видеолекции, презентации лекций имеют ряд преимуществ: возможность неоднократного повторения просмотра лекции, удобное для студента время для изучения материала. Но при этом следует отметить недостаточность обратной связи «студент-преподаватель» при таком типе лекции и необходимость строгой самодисциплины и самоконтроля для обучающегося [1, 2].

Традиционная лекция позволяют сохранить компонент личности преподавателя в отличие от стандартного размещения презентаций лекций. Современные технологии позволяют использовать различные визуальные материалы, что повышает информативность, наглядность лекции. Видео лектора создает эффект присутствия и сближает его со студентами [1, 3].

Цель

Выяснить отношение к традиционным лекциям студентов учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет», обучающихся по специальности «Лечебное дело».

Материалы и методы исследования

Проведено анкетирование 1517 студентов 1–6-го курса, обучающихся по специальности «Лечебное дело» в учреждении образования «Гомельский государственный медицинский университет». Вопросы были разделены на блоки: 1-я часть – общая удовлетворенность лекциями, 2-я – практическое применение лекционного материала на занятиях, 3-я – техническое оснащение процесса представления лекций. Также студентам было предложено высказать свое мнение по поводу дистанционного формата лекций и видеолекций.

Результаты исследования и их обсуждение

Ответы студентов были проанализированы в зависимости от курса обучения. В анкетировании приняли участие 261 студент 1-го курса, 273 студента 2-го курса, 264 студента 3-го курса, 327 студентов 4-го курса, 244 студента 5-го курса, 148 студентов 6-го курса.

Наиболее критически настроенными оказались студенты старших курсов – 60–63 % из них высказали свою неудовлетворенность лекциями. Студенты младших курсов чаще используют лекционный материал для подготовки к занятиям по сравнению со старшими курсами (70 % против 35 %). По результатам опроса выяснилось, что для 80 % студентов лекционного материала недостаточно для подготовки к занятиям. Недостатком лекций также явилось строго фиксированное время их прочтения, что не всегда совпадает со временем проведения занятий по данной дисциплине. Также в качестве негативного компонента студенты отметили совпадение материала в лекциях с информацией в учебно-методических комплексах, предложенных на образовательном портале университета. 56 % студентов критически оценивают качество наглядного материала (презентации).

Наиболее удобным форматом лекции, по мнению студентов, являются размещение презентаций на сайте, за это высказались 58 %, видеолекции – 18 %, онлайн-лекции (ZOOM и др.) – 15 %. Современные студенты готовы самостоятельно осваивать новые объемы информации на основании методических рекомендаций кафедр, а наиболее приемлемый для себя формат лекций они видят в формате мастер-классов, обсуждения клинических случаев с возможностью интерактивного компонента. Полученные результаты свидетельствуют о новых требованиях к преподавателю, который для выполнения задачи воспитания и обучения студентов должен совмещать в себе ученого, воспитателя и оратора, т. е. быть готовым успешно читать лекции с учетом возросших требований к их качеству.

Заключение

Таким образом, успех современной лекции и уровень усвоения знаний студентами определяется не только высоким научным качеством ее чтения, но и тем, как организовано взаимодействие преподавателя и студентов. На данном этапе необходим поиск путей совершенствования лекций в новых образовательных условиях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ибрагимов, Г. И. Трансформация лекции в современной высшей школе России / Г. И. Ибрагимов, А. А. Калимуллина // Высшее образование в России. – 2022. – Т. 31, № 7. – С. 96–112.
2. Остроглазова, Н. А. Лекция-презентация как инструмент внедрения инноваций в вузе / Н. А. Остроглазова, Н. В. Старостина // Высшее образование в России. – 2021. – Т. 30, № 6. – С. 97–107.
3. Шарко, М. И. Интерактивная лекция «сюжет в сюжете» с использованием конструктора историй / М. И. Шарко // Вопросы методики преподавания в вузе. – 2023. – Т. 12, № 1. – С. 20–32.

УДК 613.955.373(476)

Е. О. Гузик¹, А. А. Малахова²

¹Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

²Государственное учреждение

«Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»

г. Минск, Республика Беларусь

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ПРОЕКТ «ШКОЛА – ТЕРРИТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ» – СЕМИЛЕТНИЙ ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Сохранение здоровья населения – приоритет государственной политики в Республике Беларусь. Каждый девятый житель нашей республики – это ребенок или подросток, который посещает учреждение общего среднего образования (УОСО). Школы и гимназии, как структурированные коллективы, являются наиболее массовыми образовательными учреждениями, которые имеют уникальную возможность решения задач сохранения здоровья детей и подростков. Через такие учреждения проходят все дети, обучение продолжается в течение одиннадцати лет, а учебные занятия составляют большую часть времени бодрствования каждого ребенка [3].

В последние годы, благодаря предпринимаемым органами государственного управления Республики Беларусь мерам, в организованных детских коллективах создаются благоприятные условия для обеспечения оптимального роста и развития детей и подростков: с учетом современных требований разрабатываются законодательные и нормативные правовые акты, определяющие требования к условиям в общеобразовательных учреждениях, нормируется учебная нагрузка, благоустраиваются учебные помещения, организовано горячее питание, нормируется рациональный режим труда и отдыха и т. д. В то же время для профилактики заболеваний целесообразна реализация единой здоровьесберегающей среды, направленная на улучшение состояния здоровья, повышение работоспособности и ускорение восстановительных процессов после тех или иных нагрузок, учитывающая как уровень УОСО, так и индивидуальный уровень [1]. В Республике Беларусь такой подход реализован в информационном профилактическом проекте «Школа – территория здоровья», который включен в Государственную программу «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021–2025 годы (п. 31 подпрограммы «Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний»), а также протокол от 9 октября 2019 г. № 1 заседания межведомственного совета по формированию здорового образа жизни, контролю за неинфекционными заболеваниями, предупреждению и профилактике пьянства, алкоголизма, наркомании и потребления табачного сырья и табачных изделий при Совете Министров Республики Беларусь. Данный проект реализуется в нашей республике на протяжении семи лет и соответствует международному проекту по созданию здоровьесберегающей среды «Школа здоровья» (School for health in Europe – SHE <https://www.schoolsforhealth.org>), который реализовывался в Европе с 1991 г. под эгидой Европейской комиссии, Совета Европы и Европейского регионального бюро ВОЗ [3].

Цель

Представить семилетний опыт реализации в Республике Беларусь информационного профилактического проекта «Школа – территория здоровья».

Материалы и методы исследования

В соответствии с поручением заместителя Министра-Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь А.А. Тарасенко «О школах здоровья» в апреле-мае ежегодно (в 2017-2023 гг.) специалистами центров гигиены и эпидемиологии (ЦГЭ) совместно с медицинскими работниками, оказывающими медицинскую помощь учащимся, специалистами отделов образования, спорта и туризма исполкомов проводится экспертиза УОСО республики для оценки реализации проекта «Школа – территория здоровья» в соответствии с установленными критериями [2].

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ материалов, представленных специалистами ЦГЭ в 2022/2023 учебном году (от 13.03.2023 № 7-25/5180) свидетельствует, что в Республике Беларусь в 2022/2023 учебном году проект «Школа – территория здоровья» реализуется 2128 УО (2020/2021 учебный год – 1837 УО; 2021/2022 учебный год – 2005 УОСО), что составляет 78,9 % от всех УОСО республики. Наиболее высокий удельный вес УОСО, участвующих в реализации проекта, в Гродненской (96,8 %), Брестской (95,8 %) областях и г. Минске (87,9 %).

В УОСО, где реализуется проект «Школа – территория здоровья», обучается 900171 учащихся (2020/2021 учебный год – 764496 учащихся; 2021/2022 учебный год – 849667 учащихся;), что составляет 84,6 % от общего количества учащихся в УОСО республики.

Результаты оценки УОСО республики, реализующих проект «Школа – территория здоровья», по ступеням функционирования свидетельствуют (рисунок):

I ступень – «Школа, пропагандирующая здоровье» – 27 УОСО (1,0 %) с охватом 2799 учащихся (0,3 %);

II ступень – «Школа, содействующая укреплению здоровья» – 655 УОСО (24,3 %), с охватом 227159 учащихся (21,4 %);

III ступень – «Школа здоровья» – 1446 УОСО (53,6 %) с охватом 670213 учащихся (63,0 %).

За семь лет реализации в Республике Беларусь проекта «Школа – территория здоровья» удельный вес УОСО, реализующих комплексный подход к здоровьесбережению, т.е. функционирующих на III ступени («Школа здоровья»), увеличился в 16,1 раза (с 90 УОСО в 2016/2017 учебном году до 1446 УОСО в 2022/2023 учебном году) (рисунок 1).

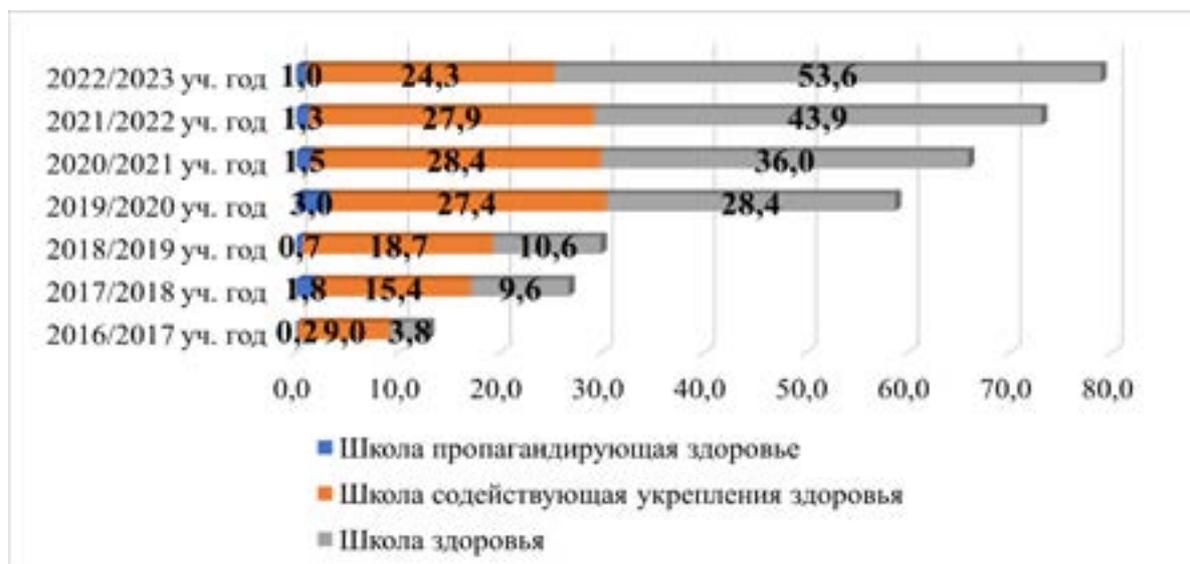


Рисунок 1 – Распределение УОСО Республики Беларусь, реализующих проект «Школа – территория здоровья» по уровням функционирования в 2016/2017 – 2022/2023 уч. гг (%)

Выше среднереспубликанских данных охват учащихся деятельностью по здоровьесбережению в Гродненской (98,4 %, 118056 человек), Брестской (98,2 %, 168945 человек), Витебской областях (91,5 %, 105682 человека) и г. Минске (88,1 %, 192534 человека). Меньше по сравнению с другими регионами удельный вес УОСО, а также число учащихся, участвующих в реализации проекта «Школа – территория здоровья», в Могилевской области (207 УОСО (61,8 %), охвачено 72011 учащихся (62,6 %)). Вместе с тем за последние 4 года на данной административной территории существенно активизирована деятельность по вовлечению УОСО в мероприятия по здоровьесбережению. Так, в 2022/2023 учебном году удельный вес УОСО Могилевской области, реализующих проект, по сравнению с 2019/2020 учебным годом увеличился в 4,2 раза (2019/2020 учебный год – 49 УОСО, 13198 учащихся; 2020/2021 учебный год – 74 УОСО, 20874 учащихся; 2021/2022 учебный год – 168 УОСО, 60575 учащихся).

Анализ материалов, представленных специалистами ЦГЭ республики, свидетельствует, что в ходе продвижения проекта «Школа – территория здоровья» в УОСО создана здоровьесберегающая среда, которая способствует положительной мотивации к сохранению и укреплению здоровья учащихся, реализуются мероприятия, направленные на профилактику возникновения нарушений зрения, опорно-двигательного аппарата, переутомления учащихся; организацию рационального питания, повышение двигательной активности детей, привитие навыков личной гигиены, проводится работа с родителями по организации правильного режима дня и питания детей в домашних условиях.

Для повышения двигательной активности учащихся в УОСО проводятся физкультминутки на уроках, подвижные перемены, гимнастика перед началом занятий, организованы физкультурно-оздоровительные и спортивно-массовые мероприятия (спортландии, спартакиады, дни здоровья, спортивные праздники, работают различные спортивные секции, организованы занятия в бассейнах и др.). В ряде УОСО стало традицией проведение активных динамических перемен, в том числе танцевально-музыкальных активных перемен, прогулок и игр на открытом воздухе.

В целях профилактики нарушений осанки и зрения предпринимаются меры, обеспечивающие естественное левостороннее освещение при рассаживании учащихся. Предусмотрено цветовое оформление отдельных элементов мебели. Педагогами совместно с медицинскими работниками УОСО организован систематический контроль за правильной рассадкой учащихся и соответствием мебели росту учащихся, правильной позой ребенка во время занятий, за рациональной организацией образовательного процесса, в том числе соблюдением гигиенических нормативов объема учебной, внеучебной нагрузки и домашних заданий, организацией учебной деятельности на уроках, проведением разминок для глаз, упражнений для сохранения осанки и пр. В практике ряда школ используются короткие звонки в середине урока, напоминающие учителю о смене деятельности. Проводится работа по коррекции в домашних условиях объема и режима учебной деятельности, зрительных внеучебных нагрузок детей (телевизор, компьютер). У учащихся целенаправленно формируют привычку чередовать работу за компьютером с выполнением несложных упражнений, направленных на снятие утомления и профилактику близорукости.

В УОСО проводятся мероприятия по обеспечению благоприятного социально-психологического климата, формированию навыков и умений устойчивой мотивации к здоровому образу жизни. В тематику классных и информационных часов в УОСО включены вопросы профилактики заболеваний и вредных привычек. Учащиеся являются организаторами познавательных минуток безопасности и тематических

перерывов, на которых демонстрируются видеоролики по вопросам здорового образа жизни, проводятся интерактивные игры и выступление агитбригад. В УОСО, реализующих проект, проводятся тематические занятия с психологом и тренинги, направленные на эмоциональное и личностное развитие учащихся, развитие коммуникативных умений, обучение снятию психоэмоционального напряжения и преодолению стресса, предупреждению суицидального поведения. Проводятся мероприятия по информированию учащихся о факторах риска, влияющих на здоровье. УОСО широко используют возможности информационных стендов, кинолекториев, ЖК-мониторов, официальных сообществ в социальных сетях («В Контакте» и «Инстаграм»). Так, в УОСО имеются информационные стенды «Уголок правовых знаний», «В стране здоровья», «Профилактика коронавирусной инфекции», «Как сохранить правильную осанку», «Рациональное питание – залог здоровья» и др. Работа по формированию здорового образа жизни в школах проводится в тесном сотрудничестве с родителями в рамках просвещения самих родителей и активизация родительской помощи в проведении совместных мероприятий. Для родителей проводятся родительские собрания с участием специалистов территориальных ЦГЭ, социально-психологической службой и медицинских работников, разработаны информационные материалы.

Заключение

Семилетний опыт реализации информационного профилактического проекта «Школа – территория здоровья» соответствует международному опыту продвижения здоровьесберегающих мероприятий среди детей школьного возраста и свидетельствует о достаточной его эффективности. Целесообразна его дальнейшая реализация в УОСО республики, продвижение мероприятий по профилактике заболеваний, что будет способствовать обмену передовым опытом, знаниями и навыками в вопросах сохранения здоровья учащихся, более эффективному использованию ресурсов направленных на охрану здоровья на основе межведомственного взаимодействия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гузик, Е. О. Здоровье учащихся Республики Беларусь и пути минимизации факторов риска его формирующих : монография / Белорус. мед. акад. последиплом. образования ; Е. О. Гузик. – Минск : БелМАПО, 2020. – 334 с.
2. Гузик, Е. О. Организация ресурсных центров сохранения здоровья в учреждениях общего среднего образования [Электронный ресурс] : инструкция по применению № 018-1215 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 21.03.2016 / Е. О. Гузик, Н. А. Гресь // Современные методы оказания медицинской помощи (диагностики, лечения и медицинской профилактики заболеваний, медицинской реабилитации пациентов, протезирования) : науч. полнотекстовая база данных инструктив.-метод. док. – Минск, 2016. – Режим доступа: <http://med.by/methods/pdf/018-1215.pdf>. – Дата доступа: 09.07.2023.
3. Инвестируя в будущее детей. Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков, 2015–2020 гг. [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/253776/64wd12_Rus_InvestCANstrategy_140440.pdf?ua=1. – Дата доступа: 09.07.2023

УДК: 614.2+613.6.01

С. Н. Дехнич, Д. А. Артемьева, А. С. Александров

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Смоленский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Смоленск, Российская Федерация*

СРАВНЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РИСКОВ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ И НЕМЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Введение

Важнейшей чертой, характеризующей отношение человека к своему здоровью, является наличие вредных привычек или их отсутствие [3]. Они характерны для любой социальной группы. Однако студенты меньше других заботятся о своем здоровье, не подозревая о последствиях [1, 2]. Важно отметить, что опасность присутствует не только в употреблении алкогольных напитков и курении, но и в повседневных действиях, о которых мало кто задумывается – несоблюдение режима дня, малоактивный образ жизни, неправильное питание и т. д.

Но обучающиеся в медицинских университетах знают намного больше о данной проблеме, так как изучают ее в ходе образовательного процесса на различных кафедрах. Влияют ли эти знания на их образ жизни?

Цель

Сравнить частоту подверженности поведенческим рискам у студентов медицинских и немедицинских вузов.

Материалы и методы исследования

В работе использовались социологический, статистический, аналитический методы исследования. Для проведения опроса был разработан оригинальный опросник, включающий 5 блоков вопросов о сне, физической активности, курении, употреблении спиртных напитков, погрешностях в питании. Исследование проведено в 2023 году на базе вузов двух городов – Смоленска и Иваново. Объем исследования составил 506 человек, из них – 173 студента медицинской подготовки, остальные 333 – университетов других направлений (гуманитарное, техническое, физической культуры).

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенное исследование позволило выявить наиболее распространенные поведенческие риски (недосыпание, недостаточная физическая активность, нездоровое питание, привычные интоксикации – курение, употребление спиртных напитков) среди будущих специалистов медицинских и немедицинских специальностей.

Известно, что для высокой работоспособности человеку нужен сон продолжительностью более 7,5 часа. Большинство опрошенных из немедицинских вузов спят меньше вышеуказанного времени – 68,5 %, из медицинских – 76 %, т. е. студенты-медики меньше времени уделяют сну по сравнению со студентами других вузов.

Физическая активность у будущих врачей в среднем выше, чем у остальных респондентов (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение приверженности здоровым привычкам и спорту у студентов медицинского и немедицинского профиля

Направление подготовки в вузе	Здоровые привычки и спорт									
	«Регулярно делаю зарядку»		«Закаливаюсь»		«Предпочитаю активный отдых на выходных»		«Занимаюсь в спортивных секциях»		«Профессионально занимаюсь спортом (имею разряд)»	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Медицинское	32	16,5	18	9	86	44	46	23,5	14	
Немедицинское	84	22	45	11,5	141	36,5	85	22	30	8

Обращает на себя внимание то, что 44 % опрошенных из медицинских вузов выбирают активный отдых на выходных, что на 7,5 % больше, чем у респондентов других вузов. Однако удивительно, что студенты из немедицинских вузов чаще (на 5,5 %) делают зарядку, чем студенты-медики. Другие показатели в таблице 1 не имеют достоверных отличий между разными группами участников анкетирования.

Особое внимание стоит обратить на показатели продолжительности времени ходьбы за сутки (таблица 2).

Таблица 2 – Распределение времени ходьбы за сутки студентов медицинского и немедицинского направления подготовки

Направление подготовки в вузе	Количество времени, затрачиваемое на ходьбу в день (минуты)									
	Менее 15		15–30		30–45		45–60		Более 60	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Медицинское	0	0	10	6	25	14,5	34	19,5	104	60
Немедицинское	3	1	21	6,5	77	23	61	18,5	170	51

Студенты медицинского профиля имеют явный перевес во времени, уделяемому ходьбе. Так, более часа в день ходят 60 % опрошенных, а обучающиеся в других университетах – 51 %.

Здоровое питание – важный аспект жизни людей, тем более студентов.

Почти половина (47,5 %) респондентов из немедицинских вузов не придерживаются правильного питания, что на 13,5 % больше, чем у студентов-медиков. Но интересно, что опрошенные из медицинских университетов за время обучения стали питаться хуже (57,5 %), чем другая группа респондентов (43,5 %).

Распределение мнения обучающихся на вопрос: «Почему вы имеете погрешности в питании?» представлено в таблице 3.

Таблица 3. Причины неправильного питания у студентов различных направлений подготовки

Направление подготовки в вузе	Распределение ответов на вопрос о погрешности в питании					
	«Наслаждаюсь вкусом вредной пищи»		«Снимаю стресс вредной едой»		«Сложно соблюдать принципы здорового питания во время учебы»	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Медицинское	73	28	50	19	139	53
Немедицинское	168	37	74	16,5	211	46,5

При сравнении отношения к курению установлено, что курят 30 % студентов-медиков, а этот показатель на 20 % меньше, чем у других опрошенных, причем учащиеся на медицинских направлениях больше отдают предпочтение электронным сигаретам, чем обычным, в соотношении 2:1, а у студентов других специальностей это соотношение 1:1. Респонденты из медицинских вузов курят реже, чем из немедицинских: всего 1 раз в день курит 21 %, в отличие от 7,5 % у студентов немедицинской специальности. Курят более 20 раз в день всего 6 % студентов-медиков, что на 8 % меньше, чем аналогичный показатель обучающихся на других направлениях. Также выявлено, что для снятия стресса курят больше на 13 % опрошенные медицинского профиля (46,5 %).

В таблице 4 представлены ответы студентов на вопрос: «Почему вы не бросаете курить?».

Таблица 4 – Распределение ответов на вопрос о причинах невозможности отказа от курения

Направление подготовки в вузе	Распределение ответов на вопрос о причинах невозможности отказа от курения							
	«Пока не чувствую влияния на здоровье»		«Считаю, что вред курения переоценен»		«Привык(ла) и не пытался(лась) бросить»		«Были попытки, но уже развилась зависимость»	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Медицинское	19	36,5	2	4	18	34,5	13	25
Не медицинское	54	32,5	24	14,5	49	29,5	39	23,5

Большая часть студентов (60 %), независимо от профиля подготовки, употребляют алкогольные напитки менее 1 раза в неделю или только по праздникам. Но если рассматривать более частый прием алкоголя (2–5 раз в неделю), то установлено следующее: студенты немедицинского профиля – 22,5 %, медицинского – 10,5 %. Не употребляют алкоголь 30 % будущих медиков, что на 14 % больше, чем показатель у других опрошенных. По причинам употребления алкоголя различия между разными группами респондентов отсутствуют. Большинство употребляют в компании друзей, родственников и знакомых (55–56 %), далее ответы распределились следующим образом: «нравится вкус алкоголя» – 19–19,5 %, «избавляюсь от стресса» – 16–17 %, «алкоголь полезен в малых количествах» – 6–7 %, «развитие зависимости» – 2–2,5 %.

Распределение мнения обучающихся на вопрос: «Почему вы не сокращаете прием алкогольных напитков?» – представлено в таблице 5.

Таблица 5 – Распределение ответов студентов о причинах невозможности сокращения приема спиртных напитков

Направление подготовки в вузе	Ответы на вопрос: «Почему вы не сокращаете прием алкогольных напитков?»							
	«Пока не чувствую влияния на здоровье, но если оно ухудшится, то ограничу»		«Считаю, что вред алкоголя переоценен»		«Привык(ла) и не пытался(ась) перестать употреблять»		«Были попытки, но уже развилась зависимость»	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Медицинское	80	82,5	4	4	13	13,5	0	0
Не медицинское	186	72	36	14	35	13,5	1	0,5

Обращает на себя внимание то, что только 4 % студентов из медицинских вузов считают, что вред алкоголя переоценен, в отличие от студентов немедицинских университетов – 14 %.

Заключение

Таким образом, студенты, независимо от профиля подготовки, предрасположены к поведенческим факторам риска. При этом среди обучающихся в медицинских университетах имеются более низкие показатели по подверженности к нездоровому питанию, недостаточной физической активности, а также к привычным интоксикациям – курению, употреблению спиртных напитков, чем среди студентов других вузов. Исключение составляет недосыпание, которое чаще характерно для студентов медицинского профиля.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Власова, П. О. Отношение студентов-медиков к здоровому образу жизни [Электронный ресурс]. / П. О. Власова, А. А. Берюхова, Е. В. Ермолаева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т. 6, № 1. – С. 82. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-studentov-medikov-k-zdorovomu-obrazu-zhizni/viewer>. – Дата доступа: 15.8.2023.
2. Хажгириев, М. Р. Влияние вредных привычек на здоровье молодежи [Электронный ресурс] / М. Р. Хажгириев, И. И. Медведев. – Режим доступа: <https://medconfer.com/node/11864> – Дата доступа: 15.08.2023.
3. Червоненко, Д. В. Вредные привычки [Электронный ресурс] // Бюллетень медицинских интернет-конференций / Д. В. Червоненко, А. Н. Шелудько, Е. В. Ермолаева. – 2016. – Том 6, № 1. – С. 81. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/vrednye-privyichki-1/viewer>. – Дата доступа: 13.08.2023.

УДК 614.2

М. Р. Игольницын

*Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«Первый Московский государственный медицинский университет
имени И. М. Сеченова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский университет)
г. Москва, Российская Федерация*

СИСТЕМА ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ КАНДИДАТОВ НА СЛУЖБУ В МВД РОССИИ

Введение

Приоритетной задачей повышения результатов работы и службы органов внутренней службы Российской Федерации является оптимизация кадрового состава и активная работа по профессиональному психологическому отбору кандидатов на службу. Положение о профессиональном психологическом отборе на службу в органы внутренних дел Российской Федерации, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 06.12.2012 [1], определяет личностные и профессиональные качества граждан, способных выполнять служебные обязанности сотрудников полиции. В целях повышения качества отбора кандидатов на службу ведомственный нормативный правовой акт [2] определяет методики и критерии, необходимые для диагностики личностно-профессиональных качеств кандидатов на службу медицинскими экспертами системы МВД России, включая факторы риска девиантного (общественно опасного) поведения: злоупотребление алкоголем и потребление наркотических средств и токсических и психотропных веществ, склонности к совершению суицидальных действий.

На протяжении нескольких десятилетий Центры психофизиологической диагностики являются профильными структурными подразделениями медицинских организаций МВД России по диагностике кандидатов, поступающих на службу в органы внутренних дел Российской Федерации (ОВД).

Цель

Проанализировать методики по выявлению лиц, склонных к девиантному поведению в МВД России и медицинских организациях гражданской системы здравоохранения.

Материалы и методы исследования

Для достижения цели исследования использовались аналитический и логический методы изучения нормативных правовых актов Российской Федерации, регламентирующих диагностику, профилактику отклоняющегося поведения.

Результаты исследования и их обсуждение

Служба в ОВД относится к психологически крайне сложной профессиональной деятельности, сопровождающейся стрессовыми и экстремальными нагрузками и предъявляющей повышенные требования к адапционным резервам личности. В то же время недостаточная укомплектованность и дефицит качественного пополнения, от-

сутствие в ОВД конкурсной системы приема на службу, несовершенство государственной системы наркологического и психиатрического учета, ограниченность методической базы, увеличение числа негативных социальных факторов, определяющих рост различных форм девиантного поведения среди населения, оказали серьезное влияние на возможности профессионального психологического отбора (ППО).

Стоит отметить, что между количеством пациентов, взятых под наблюдение психоневрологическими и наркологическими диспансерами, и фактической распространенностью психических расстройств и расстройств поведения среди населения имеются значительные расхождения. Прежде всего это связано с тем, что учёт психической заболеваемости ведется на основании обращаемости больных за медицинской помощью, тогда как часто психические больные избегают обращения к психиатру или скрывают своё заболевание. Кроме того, многие психические расстройства длительное время протекают скрыто, незаметно для окружающих и самого человека. Нередко в течение длительного времени субклинические признаки протекают лишь как проявление негативных черт характера. Отмечаемый во всех высокоразвитых странах рост психических расстройств происходит преимущественно за счет увеличения именно стертых, клинически маловыраженных форм. Таким образом, справка из психоневрологического и наркологического диспансеров, которую предъявляют поступающие на службу в ОВД, свидетельствует лишь о том, что данный человек именно не состоит на учёте, но не является залогом его психического здоровья.

Данные обстоятельства способствовали выделению при ППО «факторов риска» как прогностически возможных нарушений адаптации у кандидатов на службу в ОВД [3]. Комплексная оценка резервов личности, факторов риска девиантного поведения, функциональных возможностей организма у кандидатов на службу в ОВД, включая многоэтапные психодиагностические процедуры изучения психофизиологических качеств в сопоставлении с необходимым уровнем возможностей к адаптации является одной из эффективных систем прогнозирования профессиональной пригодности.

Факторы риска девиантного поведения не предназначены для отражения точной нозологической принадлежности к какому-либо заболеванию, а представляют собой методический инструментарий выявления «слабого» звена в наследственных и биографических данных, в личностной структуре обследуемого, механизмах регуляции его деятельности и поведения, ограничивающих его адаптационные возможности, на основе которого выносятся экспертные решения.

Источниками получения экспертной информации при определении факторов риска девиантного поведения являются [4]:

- унифицированный набор основных психологических методов и методик (стандартизованный метод исследования личности, краткий отборочный тест, восьми цветовой тест М. Люшера, 16-факторный личностный опросник Кеттелла, прогрессивные матрицы Равена, тест Эббингауза и др.);
- психофизиологические методы исследования профессионально важных качеств, направленные на изучение психомоторных, сенсорных, вегетативных реакций и психических функций (внимание, память, мышление, нервно-психическая устойчивость, уровень адаптации к физическим нагрузкам, вестибулярная устойчивость и др.);
- объективные методы исследования профессионально важных качеств на основе методов функциональной диагностики (антропометрические измерения, функциональные исследования сердечно-сосудистой системы в покое и при нагрузке);
- специальное психофизиологическое исследование с использованием полиграфа;
- методы наблюдения и структурированного собеседования.

Результаты лабораторных методов исследования биологических сред человека могут быть также соотнесены с соответствующими факторами риска девиантного поведения.

Представленный в Правилах и Методиках комплексный подход к определению факторов риска девиантного поведения у кандидатов на службу в ОВД направлен на выявление и анализ трех основных групп факторов риска: «а» – злоупотребление алкоголем или токсическими веществами; «б» – потребление без назначения врача наркотических средств или психотропных веществ; «л» – склонность к совершению суицидальных действий.

Следует отметить, что постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» психические расстройства и расстройства поведения отнесены к социально значимым заболеваниям, что подчеркивает особую актуальность вопросов их диагностики [5]. Таким образом, это определяет необходимость как системной работы, ориентированной на использование всего арсенала профилактических, воспитательных, правоохранительных и медицинских мер, так и качественного совершенствования направлений в системе ППО кандидатов на службу в МВД России. В соответствии с пунктом 8 Правил методики выявления факторов риска девиантного поведения, а также критерии оценки результатов комплексного обследования, направленного на их выявление, согласуются Министерством здравоохранения Российской Федерации и тем самым не противоречат основным положениям приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

Заключение

Специфика деятельности в ОВД диктует повышенные требования к психическому здоровью как кандидатов на службу, так и действующих сотрудников. Совершенствование методов психодиагностического обследования в Центрах психофизиологической диагностики МВД России является основой для вынесения грамотного экспертного решения. Наряду с этим необходимо помнить, что все психодиагностические методы являются вспомогательными и при выявлении патопсихологического симптомокомплекса или пограничного психического расстройства и выработки окончательного экспертного решения необходимо клиническое обследование врачами-психиатрами (врачами-психиатрами-наркологами).

Сбалансированное применение методов психодиагностического обследования с учетом особенностей кандидатов на службу в ОВД позволяет Центрам психофизиологической диагностики МВД России вынести корректные заключения, способствующие повышению профессиональной надежности деятельности личного состава и уменьшению расходов на восстановление психического здоровья и социальную защиту сотрудников.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Об утверждении Правил профессионального психологического отбора на службу в органы внутренних дел Российской Федерации : постановление Правительства РФ от 06.12.2012 г., № 1259 // СЗ РФ. – 2012. – № 50 (ч. 6). – Ст. 7075.
2. Об утверждении методик выявления злоупотребления алкоголем или токсическими веществами, потребления без назначения врача наркотических средств или психотропных веществ, склонности к совершению суицидальных действий, а также критериев оценки результатов комплексного обследования, направленного на их выявление : приказ МВД России от 25.12.2014 г. № 1130дсп.

3. Мягких, Н. М. Профессиональный психологический отбор в органах внутренних дел Российской Федерации / Н. М. Мягких : автореф. дис. ... канд. псих. наук. – М., 2004. – 133 с.

4. Игольницын, М. Р. Динамика выявления лиц, склонных к употреблению психоактивных веществ, среди кандидатов на службу в органы внутренних дел и на учебу в образовательные организации МВД России / М. Р. Игольницын, В. Н. Трегубов, Е. Г. Ичитовкина // Медицинский вестник МВД. – 2023. – Т. 124, № 3 (124). – С. 74–76.

5. Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих : постановление Правительства РФ от 01.12.2004, № 715 // СЗ РФ. – 2004. – № 49 – Ст. 4916.

УДК 374.32

Л. В. Ковалевская

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский колледж»

г. Гомель, Республика Беларусь

О РЕАЛИЗАЦИИ МОЛОДЕЖНОГО ПРОЕКТА ПО ФОРМИРОВАНИЮ НАВЫКОВ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ «ТЫ НЕ ОДИН!»

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире из-за травм, полученных в результате ДТП, ожогов, падений или утоплений, происходит до 10 % всех случаев смерти и до 15 % всех случаев инвалидности. Травмы и увечья являются основной причиной гибели людей в возрасте от 15 до 45 лет и приводят к десяткам миллионов случаев обращений в больницы за неотложной помощью.

Бесспорно, что медицинскую помощь квалифицировано оказывают лишь медики. Но случаются ситуации, когда жизнь пострадавшего зависит от того, кто первым окажется рядом с человеком, попавшим в беду. И здесь речь идет не только о спасателях и сотрудниках милиции. Любой человек должен знать, как оказать необходимую первую экстренную помощь. Каждый человек, невзирая на панику, должен суметь оказать доврачебную помощь в рамках короткого промежутка времени, отсутствия необходимых материалов, медицинских работников [1].

Молодежный проект «Ты не один!» был создан с целью формирования у молодежи навыков здорового образа жизни и оказания первой помощи.

Основной задачей проекта является повышение осведомленности молодежи о возможных угрозах для здоровья и безопасности, а также научить их эффективным методам помощи пострадавшим. Каждый человек способен справиться с происходящим, если у него есть необходимые знания и умения.

Участники проекта не только получают новые знания и умения, но и становятся частью сообщества, способного откликнуться на угрозы жизни других людей.

«Ты не один!» – это не просто проект обучения навыкам оказания первой помощи. Это также возможность сформировать у молодежи чувство ответственности и эмпатии, способствующее развитию толерантности и взаимопомощи в нашем обществе.

Никто не застрахован от несчастных случаев, и завтра на месте пострадавшего может оказаться любой из нас. Данный проект – это не просто идея, это увлечение, стремление сделать позитивные изменения в каждом человеке и обществе в целом.

Участники данного проекта стремятся к тому, чтобы каждый мог получить доступ к знаниям о здоровье и умениям оказания первой помощи. Для этого надо рассказать, показать, обучить и дать возможность повторить навыки самостоятельно.

Начинается работа с того, что учащиеся колледжа, условно назовем их «инструкторы», рассказывают о важности здоровья и навыков оказания первой помощи. Делятся знаниями и информацией, которые могут спасти жизни людей. Рассказывают о том, как и для чего необходимо измерять артериальное давление, рассчитывать индекс массы тела, проводить сердечно-легочную реанимацию, накладывать повязки при различных видах кровотечения.

Но просто рассказать недостаточно. Далее происходит демонстрация на манекенах, статистах как практически использовать полученную информацию. Инструкторы показывают, как правильно измерить давление, как оценить индекс массы тела и как провести реанимационные мероприятия до приезда скорой помощи. Задают вопросы, наблюдают, как присутствующие видят и понимают каждый шаг.

Затем переходят к самому важному этапу – обучению. Дают возможность активно участвовать, практиковаться и усваивать навыки. Работа проводится в малых группах, обеспечивая персональное внимание и поддержку.

Далее каждому дается возможность повторить упражнения и отработать навыки самостоятельно, потому что практика – это ключ к уверенности и мастерству. И наконец, призывают участников использовать, в случае необходимости, полученные знания и навыки в повседневной жизни.

Учащиеся-инструкторы не просто передают знания о первой помощи, они вкладывают в каждое обучение частичку своего сердца. Ведь навыки, которым ребята обучают, могут стать реальным спасением чьей-то жизни и здоровья в критических ситуациях.

Проект охватывает разные социальные группы. Учащиеся-инструкторы работают на интерактивных площадках в школах, лицеях и гимназиях г. Гомеля и Гомельского района, в колледжах Гомеля, Добруша и Жлобина. Работают на площадках на ОАО «Коминтерн», СП ОАО «Спартак», ГУО «Гомельский областной институт развития образования». Традиционно интерактивные площадки проводятся в городе во время праздников и знаковых мероприятий. Всегда учащиеся-инструкторы собирают вокруг себя большое количество заинтересованных и желающих попробовать самостоятельно оказать помощь условному пострадавшему, а также обучиться правилам наложения повязок. Это подчеркивает актуальность такой формы работы и востребованность полученных знаний и навыков в разных сферах общества. Участники проекта считают, что владение навыками первой помощи важны для каждого, независимо от возраста и статуса.

Впервые в 2022 году проведена интерактивная площадка для несовершеннолетних учащихся, с которыми проводится индивидуальная профилактическая работа инспекцией по делам несовершеннолетних ОВД администрации Центрального района г. Гомеля. В июне 2023 года эксперимент был продолжен. Площадка была дополнена локацией по пеленанию младенца, что способствует формированию традиционных семейных ценностей. Замечено, что, когда молодежь обучает себе равных, это становится не просто актами обучения, но и обменом опытом, дружбой и взаимным вдохновением. Наши инструкторы – это не просто обучатели, это наставники и лидеры, которые вдохновляют сверстников стремиться к большему и развиваться. В каждом есть что-то ценное для передачи другим. Это создает атмосферу, где учиться интересно и вдохновляюще и где нет места для страха перед ошибками, так как они всего лишь часть пути к успеху.

В 2022 году в рамках акции «Здоровым быть здорово!», организованной ООО «КЛУБ ЛЬВОВ», учащиеся проводили мероприятия с воспитанниками дошкольных учреждений города. Программа включала в себя активные игры на свежем воздухе, беседы о здоровом образе жизни, загадки, эстафеты и, конечно же, обучение практическим навыкам. Малышей обучали правилам и способам транспортировки пострадавшего, способам остановки капиллярного кровотечения. Интересно, что к интерактиву с удовольствием подключались воспитатели.

Навыки оказания первой помощи не ограничиваются просто оказанием помощи в экстренных ситуациях. Они также способствуют формированию ответственного и заботливого отношения к окружающим, учат быть гражданами с активной позицией, готовыми помогать другим в различных ситуациях, в том числе и чрезвычайных. Дети и молодежь, прошедшие обучение на наших интерактивных площадках, не только обретают знания и навыки, но и развивают навыки командной работы и сотрудничества. Эти качества сегодня более актуальны, чем когда-либо, в мире, где важным является умение поддерживать и помогать другим.

Заключение

В заключение хочется сказать, что данный проект – это не просто идея. Это план действий, который воплощает в себе стремление к позитивным изменениям. Участники проекта верят, что знания и умение спасать жизни – это дар, который нужно передать дальше, и таким образом, создать цепь добра и заботы в нашем обществе.

Важно осознавать, что никто не застрахован от несчастных случаев. И завтра на месте пострадавшего может оказаться любой из нас. Поэтому важно в таких ситуациях, когда дорога каждая секунда, всем, кто стал их участником или очевидцем, не поддаваться панике, действовать быстро и решительно.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всемирный день оказания первой помощи. – Режим доступа: <https://gp3dzm.ru/poliklinika/arkhiv-novostej/104-vsemirnij-den-okazaniya-pervoj-pomoshchi.html/>. – Дата доступа. – 24.08.2023.

УДК 616.379-008.64-08-084

Д. В. Ковалевский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПУТИ И МЕТОДЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ БАРЬЕРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Введение

Сахарный диабет (СД) представляет собой серьезную медико-социальную проблему, что обусловлено его высокой распространенностью, тяжелым и прогрессирующим течением, развитием осложнений и высокой инвалидизацией, снижающей качество жизни. Многочисленные результаты исследований утверждают, что при сахарном диабете 2 типа через полгода лечения уровень приверженности к терапии значительно снижается и составляет в среднем около 50 %. Это приводит не только к отсутствию

ожидаемого результата лечения и ухудшению качества жизни пациентов, но и к выраженному росту затрат на ведение пациентов в связи с увеличением числа госпитализаций и повторных посещений врача [1, 3].

Тот факт, что более половины пациентов с сахарным диабетом 2 типа не достигают удовлетворительной компенсации заболевания, хорошего самочувствия и высокого качества жизни, несмотря на доступность эффективных методов терапии, явилось поводом для проведения данного исследования и работы программы по преодолению барьеров в профилактике и лечении сахарного диабета 2 типа [2, 4].

Цель

Разработать методы по преодолению барьеров в профилактике и лечении сахарного диабета.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования были пациенты с сахарным диабетом 2 типа и респонденты, имеющие факторы риска сахарного диабета. В исследовании приняли участие 815 человек. Средний возраст респондентов составил $53,1 \pm 12,6$ года. Следует отметить, что среди 815 опрошенных 42,8 % пациентов имели в анамнезе сахарный диабет 2 типа.

На основе разработанной анкеты, включающей несколько смысловых разделов, был установлен уровень образования, статус занятости респондентов, выяснены уровень информированности населения о распространенности поведенческих факторов риска, оценка собственного здоровья, а также мнение респондентов о барьерах, которые препятствуют соблюдению принципов здорового образа жизни, и факторах, оказывающих наибольшее влияние на собственное здоровье.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что большинство респондентов трудоспособного возраста оценивают свое состояние здоровья как «Среднее» (55,8 %), при этом удельный вес в данной категории лиц, соблюдающих принципы необходимой физической активности, составляет 68,9 %, употребляющих достаточное количество овощей – 41,2 %, некурящих – 75,0 %.

При анализе степени информированности респондентов только в 18,9 % случаев были получены правильные ответы на вопросы о том, что является вредным для их здоровья, 49,1 % респондентов имели хорошие знания о факторах риска сахарного диабета, 15,8 % – о мерах профилактики, симптомах (39,5 %) и осложнениях (40,8 %) сахарного диабета. Основным используемым на момент опроса источником информации о профилактике наиболее значимых заболеваний респонденты указали на СМИ (88,6 %), не знают и никогда ранее не обращались за помощью в отделы общественного здоровья ЦГЭ и ОЗ 75,2 % респондентов.

Результаты анализа свидетельствуют, что абсолютное большинство (76,8 %) хотели бы получать информацию о наиболее значимых заболеваниях при индивидуальном консультировании специалистами поликлиники; наибольшие препятствия для соблюдения принципов ЗОЖ им лично создает недостаточный уровень знаний (32,0 %), а населению, по их мнению, – финансовое положение (27,9 %).

Результаты проведенного исследования выявили основные барьеры в профилактике и лечении СД 2, среди них: низкий уровень осведомленности по вопросам сахарного диабета и его профилактики во всех возрастных группах; низкая самооценка и уверенность в собственных способностях; высокая распространенность и недооценка роли поведенческих факторов риска на здоровье; недостаточный уровень информиро-

вания населения со стороны медицинских работников о показаниях к медикаментозной терапии; недостаточная роль и значимость медицинских работников первичного звена и специалистов-валеологов отделов общественного здоровья ЦГЭ и ОЗ в профилактической работе среди населения.

В связи с тем, что более 50 % всех пациентов с СД 2 типа приходится на трудоспособный возраст, это явилось основанием для разработки предложений по активному внедрению в практику среди трудоспособного населения метода самостоятельного мониторинга уровня гликемии (СМУГ) в систему профилактики СД 2 типа.

Преимущество метода СМУГ:

- возможность контроля гликемии в обычном для пациента месте и обстановке;
- возможность регулярного и длительного контроля гликемии как на этапе диагностики, так и в ходе проведения лечения СД;
- активное включение пациента в процесс лечения, и повышение приверженности к приему препаратов;
- снижение частоты визитов пациентов к врачу для контроля уровня гликемии, соответственно, уменьшение расходов на обследование и лечение пациентов.

Применения метода самостоятельного контроля уровня гликемии позволит своевременно выявлять лиц с рисками развития СД 2 типа и своевременно направлять их в организации здравоохранения для клинико-диагностического исследования.

Результаты исследования о степени информированности населения в вопросах сахарного диабета свидетельствуют, что население недостаточно информировано о факторах риска, симптомах, осложнениях СД 2 типа и не предпринимает всех необходимых мер профилактики.

Для улучшения приверженности лечению, формирования стойкой мотивации к изменению образа жизни и самоконтролю, оптимизации системы информированности и обучения пациентов в вопросах СД 2 типа нами представляется индивидуально-дифференцированная программа с учетом наличия факторов риска, уровня глюкозы в крови и уровня знаний о СД 2 типа (рисунок 1).

Максимальный терапевтический эффект обучения может быть только в том случае, если оно проводится специалистами, которые получили необходимую подготовку:

- обучение врачей первичного звена навыкам психологического консультирования;
- проведение образовательных семинаров для медицинских работников по вопросам СД 2 типа;
- включение дополнительных занятий для врачей первичного звена по обучению пациентов самоконтролю;
- интеграция в процесс обучения и скрининга среднего медицинского персонала.

Для формирования групп риска необходимо проводить анкетирование с использованием шкалы «FINDRISC» среди лиц, обратившихся в организации здравоохранения. При высоком риске развития СД 2 типа направлять их к врачу общей практики или к врачу-эндокринологу для уточнения диагноза и определения тактики лечебно-профилактических мероприятий.

Для пациентов, у которых диагноз СД 2 типа установлен впервые, содержание обучающих программ должно соответствовать принятым стандартам диагностики и лечения СД. Программы должны иметь строго практическую направленность и адаптированность для пациентов разных социальных групп. Установлено, что при хронических заболеваниях через 6 месяцев лечения уровень приверженности к терапии значительно снижается и в среднем составляет 50 %. Для пациентов с длительностью СД 2

типа более одного года для формирования стойкой мотивации к изменению образа жизни и расширения знаний целесообразно организовывать повторное обучение в течение 6–12 месяцев, с обеспечением доступным информационным материалом (брошюры, листовки, памятки и т.д.) и с использованием электронных средств обучения.



Рисунок 1 – Программа по преодолению барьеров в профилактике и лечении сахарного диабета

Для повышения эффективности предпринимаемых профилактических мероприятий среди населения необходимо применять индивидуальное или групповое (5–7 человек) обучения.

Индивидуальное обучение целесообразно применять к особым категориям пациентов:

- для пациентов, у которых диагноз СД 2 типа установлен впервые;
- у детей и беременных женщин с СД 2 типа;
- с выраженными осложнениями СД 2 типа и тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Результаты проведенного анализа приверженности лечению респондентов свидетельствует, что более половины лиц, которым назначен постоянный прием лекарственных средств, их не принимают по разным причинам, основными из которых они указали боязнь побочных явлений и недостаток информации о пользе лекарств, что свидетельствует, в первую очередь, о недостаточном уровне информирования населения со стороны медицинских работников о показаниях к медикаментозной терапии.

В связи с тем, что большинство респондентов в качестве источника информации о профилактике СД 2 типа используют СМИ, для привлечения внимания общественности к проблеме сахарного диабета и повышения информированности населения целесообразно организовывать выступления специалистов в СМИ о проблемах СД 2 типа, размещение информации на интернет-ресурсах о факторах риска сахарного диабета, адаптированную для пациентов разных социальных групп, а также организовывать популяционные мероприятия с привлечением волонтеров.

Выводы

Результаты исследования позволили разработать предложения по преодолению основных барьеров в профилактике и лечении СД 2, в том числе: метод самостоятельного мониторинга уровня гликемии в системе профилактики СД 2 типа у трудоспособного населения, а также индивидуально-дифференцированный подход при работе с пациентами.

Для привлечения внимания общественности к проблеме сахарного диабета и повышения информированности населения целесообразно проводить публичные выступления эндокринологов о проблемах СД 2 типа, популяционные мероприятия с привлечением волонтеров, использовать электронные ресурсы для информированности пациентов.

Для врачей первичного звена и специалистов-валеологов отделов общественного здоровья ЦГЭ и ОЗ проводить образовательные семинары для повышения знаний и формирования компетенций по мотивации у пациентов с СД 2 типа к изменению образа жизни.

Для достижения эффективной профилактики и лечения сахарного диабета необходимо наблюдение пациентов мультидисциплинарной командой (врач общей практики, эндокринолог, психолог, помощник врача, медицинская сестра).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Основные барьеры, препятствующие достижению эффективности профилактики и лечения сахарного диабета второго типа: способы их преодоления / Д. В. Ковалевский, Т. М. Шаршакова, М. Г. Русаленко, А. В. Сачковская // Современные подходы к продвижению здоровья : сб. материалов VIII Междунар. науч.-практ. конф. Гомель, 27 мая 2021 г. / М-во здравоохран. Респ. Беларусь, Гомел. гос. мед. ун-т. – Гомель : ГомГМУ, 2021. – С. 33–35.
2. WHO, 2018 г. [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>. – Date of access: 12.09.2021. IDF Diabetes Atlas, 8th edition. Brussels: International Diabetes Federation; 2017. [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.idf.org/e-library/epidemiologyresearch/diabetesatlas/134-idf-diabetes-atlas-8th-edition.html>. – Date of access: 12.09.2021.
3. Эффективность обучения пациентов в школе диабета / М. Г. Русаленко [и др.]. Современные проблемы радиационной медицины: от теории к практике: материалы междунар. науч.-практ. конф., 26–27 апр. 2018 г. – Гомель, 2018. – 190–191 с.
4. Ковалевский, Д. В. Современное состояние проблемы распространенности поведенческих факторов риска среди населения разных социальных групп / Д. В. Ковалевский, Т. М. Шаршакова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2022. – № S1. – С. 25–28.

УДК 614.898

А. Г. Коледа

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

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ФИЗИЧЕСКИХ И ХИМИЧЕСКИХ ФИЛЬТРОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В СОЛНЦЕЗАЩИТНЫХ СРЕДСТВАХ

Введение

Все большее внимание в последнее время уделяется защите кожи от пагубного действия ультрафиолетового излучения (УФ-излучение). Так, острое воздействие проявляется в виде покраснения кожи и/или ожога, могут появиться невротические реакции, вялость, общее недомогание. Хроническое воздействие больших доз солнечного излучения угнетает защитные функции организма, вызывает нарушение обменных процессов, функций эндокринной системы. Избыточное воздействие УФ-излучения может привести к ослаблению иммунитета, раку кожи, доброкачественным аномалиям меланоцитов, фотостарению кожи и др. [1].

По результатам многочисленных исследований сделан вывод о том, что солнцезащитные средства снижают число немеланомных раков кожи, спровоцированных УФ-излучением на коже животных, уменьшают ожоги, вызванные УФ-излучением на коже людей. Однако при доказанной эффективности солнцезащитных средств в предотвращении рака кожи возникают опасения, связанные с возможностью попадания УФ-фильтров в организм человека и с негативным их влиянием на окружающую среду.

Цель

Дать гигиеническую оценку безопасности физических и химических фильтров, входящих в состав солнцезащитных средств.

Материалы и методы исследования

Материалом для анализа послужили источники литературы из библиографических баз PubMed, ELibrary.

Результаты исследования и их обсуждение

На рынке парфюмерно-косметической продукции можно встретить довольно большое количество средств, содержащих в своем составе фактор защиты от УФ-излучения – sun protection factor (SPF). В зависимости от спектра поглощения УФ-излучения данные солнцезащитные средства делятся на UVA-, UVB-фильтры и смешанного действия (broad-spectrum), защищающие кожу человека от УФ-лучей обоих типов.

На сегодняшний день распространено деление всех солнцезащитных кремов на органические (химические) и неорганические (физические, минеральные). Неорганические солнцезащитные фильтры (оксиды металлов (цинка, титана)) могут рассеивать, поглощать и отражать УФ-излучение. Органические солнцезащитные вещества содержат хромофорные группы, эффективно поглощающие свет ультрафиолетового диапазона.

Согласно Техническому регламенту Таможенного союза «О безопасности парфюмерно-косметической продукции», 009/2011 (далее ТР ТС), порядка 30 веществ, используемых в качестве УФ-фильтров, разрешены к использованию в парфюмерно-кос-

метической продукции, реализуемой и производимой на территории Таможенного союза. Среди них диоксид титана (в том числе в форме наночастиц), оксид цинка (в том числе в форме наночастиц), гомосолат, бензофенон-3 (оксибензон), бутил метоксибензолметан (авобензон), октокрилен, терефталилиден дикамфор сульфоновая кислота (экамсул), диэтилгексил бутамидо бриазон (искотризол), этилгексил салицилат (октисалат), метилен бисбензотриазолил тетраметилбутилфенол (бисоктризол, в том числе в форме наночастиц) и др.

В последнее время все большую озабоченность вызывает влияние химических и физических фильтров на здоровье человека и окружающую среду. Во-первых, производство оксибензона было практически прекращено из-за опасений по поводу его опасности для коралловых рифов. На 1 января 2021 года штат Гавайи запретил продажу и распространение солнцезащитных составов, содержащих либо оксибензон, либо октиноксат. Во-вторых, неорганические солнцезащитные кремы, содержащие диоксид титана и оксид цинка, все чаще продаются как более безопасная альтернатива химическим солнцезащитным средствам. Тем не менее заявления о безопасности продукта, по-видимому, игнорируют опасности, которые могут возникнуть в результате УФ-облучения оксидов металлов в этих продуктах, включая хорошо задокументированное образование активных форм кислорода (АФК) и деградацию органических соединений. Так, ЕС недавно классифицировал наночастицы TiO_2 как предполагаемый канцероген при вдыхании [2].

В 2019 году Dréno V. et al. был опубликован анализ безопасности использования TiO_2 в качестве УФ-фильтра. Данное соединение с целью защиты от солнца использовалось в форме микрочастиц в первых солнцезащитных кремах, но в таком виде его было трудно наносить, оставался белый след после нанесения. Появление в 1980-х годах бесцветных ультрадисперсных частиц TiO_2 размером от 1 до 150 нм позволило улучшить потребительские свойства солнцезащитных средств при сохранении их фотозащитной способности против лучей группы А и В. На сегодняшний день диоксид титана в форме наночастиц единственная форма, используемая в качестве УФ-фильтра [3].

Следует отметить, что нано- TiO_2 является фотореактивным веществом с последующим увеличением количества активных форм кислорода (АФК), известных своей причастностью к повреждению клеток. Эта проблема была решена путем покрытия наночастиц оксидом алюминия или кремнеземом, чтобы погасить перекисное окисление липидов. Кроме того, покрытие улучшает дисперсию наночастиц TiO_2 и их совместимость с другими материалами.

Поверхность нано- TiO_2 может быть модифицирована неорганическими оксидами металлов (например, оксидом алюминия и аморфным диоксидом кремния) и органическими молекулами (например, полиолы и диметикон) в соответствии с его будущим использованием.

Согласно исследованиям, посвященным проникновению нано- TiO_2 через кожу у здоровых людей, выполненным *in vitro*, *ex vivo* или *in vivo* на животных или у человека, нано- TiO_2 обычно остается на коже после нанесения солнцезащитного крема; только небольшая часть наночастиц, вероятно, проникает глубже в роговой слой и не достигает жизнеспособные клетки эпидермиса или дермы.

Следует отметить, что в ТР ТС указано, что продукция, содержащая нано- TiO_2 , не может использоваться в формах, которые могут привести при вдыхании к воздействию на легкие конечного потребителя. Обязательной является предупреждающая надпись «избегать контакта с губами или не наносить на губы», если в косметической продукции, предназначенной для нанесения на кожу лица, содержится нано- TiO_2 , покрытый смесью оксида алюминия и диоксида марганца.

Определенные ограничения в использовании есть и для солнцезащитных средств, содержащих ZnO и нано-ZnO. Так, данные соединения не могут использоваться в формах, которые могут привести к воздействию на легкие конечного потребителя при вдыхании. Нано-ZnO, кроме всего прочего, может использоваться без покрытия или может быть покрыт триэтокси каприлил силаном, диметиконом, метоксигруппой дифенил силана, триметоксикаприлила силаном, кросс-полимером или октил силаном.

Кроме того, все большее внимание мировое научное сообщество в последнее время обращает на такие химические фильтры, как авобензон, октокрилен, оксибензон и экамсул в связи с тем, что было выявлено негативное их влияние как на здоровье человека, так и на окружающую среду.

В исследовании, проведенном Matta M. K. et al. (2020) в отделении клинической фармакологии Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) по изучению применения солнцезащитного крема среди здоровых участников, было показано (таблица 1), что все 6 протестированных активных ингредиентов (авобензон, оксибензон, октокрилен, гомосалат, октисалат и октиноксат), введенных в 4 различных формах солнцезащитного крема (лосьон, аэрозольный спрей, неаэрозольный спрей и спрей с помпой), системно всасывались и имели концентрации в плазме, которые превышали порог, установленный FDA для потенциального отказа от некоторых дополнительных требований безопасности исследований солнцезащитных средств [4]. То есть, согласно рекомендациям FDA, активные ингредиенты солнцезащитного крема с системной абсорбцией более 0,5 нг/мл или с проблемами безопасности должны пройти доклиническую токсикологическую оценку, включая системную канцерогенность, а также дополнительные исследования развития и репродуктивной функции.

Таблица 1 – Уровень системной абсорбции авобензона, оксибензона, октокрилена, гомосалата, октисалата, октиноксата в плазме крови человека, нг/мл [4]

Показатель	Лосьон	Аэрозольный спрей	Неаэрозольный спрей	Спрей с помпой
Авобензон	7,1	3,5	3,5	3,3
Оксибензон	258,1	180,1	–	–
Октокрилен	7,8	6,6	6,6	–
Гомосалат	–	23,1	17,9	13,9
Октисалат	–	5,1	5,8	4,6
Октиноксат	–	–	7,9	5,2

В описываемом исследовании среднегеометрические максимальные концентрации всех 6 активных ингредиентов в плазме превышали 0,5 нг/мл, и этот порог был превышен на 1-й день после однократного применения всех активных ингредиентов. Обращают на себя внимание наибольшие значения концентрации в плазме крови оксибензона для аэрозольного спрея и лосьона (180,1 и 258,1 нг/мл соответственно).

В проведенном ранее этими же авторами исследовании [5] системной абсорбции авобензона, оксибензона, октокрилена и экамсула в 4 коммерческих солнцезащитных средствах (спрей 1, спрей 2, лосьон и крем) было установлено, что наибольшие концентрации исследуемых веществ также характерны для оксибензона (таблица 2), при этом концентрация экамсула оказалась минимальной (1,5 нг/мл).

Таблица 2 – Уровень системной абсорбции авобензона, оксибензона, октокрилена, экамсула в плазме крови, нг/мл [5]

Показатель	Спрей 1	Спрей 2	Лосьон	Крем
Авобензон	4,0	3,4	4,3	1,8
Оксибензон	209,6	194,9	169,3	–
Октокрилен	2,9	7,8	5,7	5,7
Экамсул	–	–	–	1,5

Показано, что системные концентрации выше 0,5 нг/мл были достигнуты для всех 4 продуктов после 4 применений в 1-й день.

При этом отмечены значительные периоды полувыведения данных веществ из организма испытуемых: для авобензона в среднем данный показатель составил 33–55 часов; оксибензона – 24–31 час; октокрилена – 24–31 час. Для экамсула данный показатель рассчитать не представлялось возможным, так как в 109 из 167 образцов его содержание было ниже предела количественного определения (0,2 нг/мл).

Выводы

На сегодняшний день нет исчерпывающей информации о безопасности химических и физических УФ-фильтров и продуктов их деградации для здоровья человека, и окружающей среды, что требует проведения углубленного изучения как влияния отдельных компонентов солнцезащитных средств, так и их смесей. Кроме того, необходима оценка безопасности новых соединений, обладающих свойствами УФ-фильтров, в особенности содержащих наноматериалы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Свиридова, А. А. Солнцезащитные средства. I. классификация и механизм действия органических УФ фильтров / А. А. Свиридова, А. А. Ищенко // Известия ВУЗов. Химия и химическая технология. – 2006. – Т. 49, Вып. 11. – С. 3–14.
2. Commission Delegated Regulation (EU). 2020/217 of 4 October 2019 amending, for the purposes of its adaptation to technical and scientific progress, Regulation (EC) No 1272/2008 of the European Parliament and of the Council on classification, labelling and packaging of substances and mixtures and correcting that Regulation // Official Journal of the European Union. http://data.europa.eu/eli/reg_del/2020/217/oj
3. Safety of titanium dioxide nanoparticles in cosmetics / B. Dréno [et al.] // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2019. – Suppl. 7. – P. 34–46.
4. Effect of Sunscreen Application on Plasma Concentration of Sunscreen Active Ingredients: A Randomized Clinical Trial / M. K. Matta [et al.] // JAMA. – 2020. – Vol. 323 (3). – P. 256–267.
5. Effect of Sunscreen Application Under Maximal Use Conditions on Plasma Concentration of Sunscreen Active Ingredients: A Randomized Clinical Trial / M. K. Matta [et al.] // JAMA. – 2019. – Vol. 321 (21). – P. 2082–2091.

УДК 616-036.22: 616.9: 616.97

М. М. Комарова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский колледж»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРЕСС-МЕРОПРИЯТИЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБРАЗОВАНИЯ КАК ЗНАЧИМЫЙ КОМПОНЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Введение

Глобальное распространение ВИЧ-инфекции – многофакторное социально обусловленное явление. Борьба с распространением вируса сочетает в себе не только медицинскую составляющую, но и образовательные, социальные, правовые аспекты, вопросы преодоления стигмы и недопущения дискриминации.

Координационный совет программы ЮНЭЙДС при участии более 10 тысяч заинтересованных сторон из 160 стран мира принял новую Глобальную стратегию по СПИДу на 2021–2026 годы, цель которой «Ликвидировать неравенство, покончить со СПИДом». ВОЗ одобрила Глобальную стратегию, в основе которой – права человека, гендерное равенство и достоинство, свобода от стигмы и дискриминации для всех людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). Разработаны стратегические приоритеты и действия, которые должны быть предприняты международными, региональными, национальными и местными партнерами в целях искоренения СПИДа.

Информационная стратегия по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь на 2019–2023 годы предполагает создание единого коммуникационного пространства, обучающего, воспитывающего толерантность, не допускающего стигматизацию и дискриминацию по признаку вирусоносительства, которые объединяют государственные, международные, общественные организации в проведении единой информационно-профилактической кампании в борьбе с ВИЧ-инфекцией.

Несмотря на значительные успехи мирового сообщества в обозначенных направлениях, для тотального искоренения СПИДа сделать еще предстоит очень многое. На сегодняшний день ВИЧ-положительный статус в мире имеют более 36 млн человек, в РБ – их более 24 тысяч, в Гомельской области – более 13 тысяч человек.

Цель

Проанализировать работу Пресс-центра по организации пресс-мероприятий, имеющих социальную значимость.

Материалы и методы исследования

В ходе исследования проводилась групповая работа, анкетирование с последующей аналитической обработкой материала.

Результаты исследования и их обсуждение

Усилия медицинского сообщества, системы образования, культуры, средств массовой информации должны быть направлены на просвещение населения по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, с акцентом на сохранение социальной ценности семьи и рождение здорового поколения, соблюдение прав человека, недопущение стигмы и дискриминации в отношении лиц, затронутых ВИЧ-инфекцией.

Задачи профилактики ВИЧ-инфекции на современном этапе:

- искоренение стигмы, дискриминации и формирование толерантного отношения в обществе к людям, живущим с ВИЧ;
- повышение базовой медицинской грамотности населения о путях передачи ВИЧ-инфекции;
- повышение уровня профессиональной грамотности и профессиональной готовности среди медицинских работников при работе с ключевыми группами населения;
- повышение уровня знаний подростков и молодежи по формированию безопасного поведения, поддержанию и укреплению репродуктивного здоровья.

Учреждения образования медицинского профиля, занимаясь профилактической деятельностью, способны эффективно содействовать выполнению поставленных задач.

Медицинские колледжи, медицинские вузы, с одной стороны, занимаются подготовкой профессионалов, которые непосредственно будут оказывать специализированную помощь ВИЧ-инфицированным пациентам, начиная с момента получения конфиденциального знания о ВИЧ-статусе и заканчивая сопровождением в процессе лечения. С другой стороны, создают информационно-образовательный продукт для широкого круга населения, участвуя в региональных информационных PR-кампаниях, Акциях здоровья, занимаясь тематической научно-исследовательской работой, волонтерской деятельностью, организовывая собственные общественно-просветительские мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции.

Гомельский государственный медицинский колледж на протяжении многих лет занимается просветительской деятельностью. В колледже создан и успешно работает Пресс-центр, оказывающий информационную поддержку мероприятиям, имеющим социальную значимость, организованным и проведенным в колледже и за его пределами. Прочное сотрудничество с региональными и республиканскими СМИ делают информационно-профилактическую работу гласной, доступной широкому кругу населения, а значит, максимально эффективной.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский колледж» уже несколько лет проводит активную работу по профилактике ВИЧ-инфекции. налажено эффективное сотрудничество с РОО «Люди ПЛЮС» и «Молодые люди +», в рамках которого продолжают исследования стигмы и дискриминации по отношению к ВИЧ-позитивным представителям нашего общества. Результаты исследований озвучиваются за «круглым столом», который ежегодно проводится в колледже: «Современный мир – движение от стигмы к толерантности». Для учащейся молодежи проводятся образовательные тренинги по развитию толерантности и осознанного отношения к проблемам ВИЧ-позитивных сверстников. Из числа активистов-волонтеров создаются инициативные группы учащихся, готовых обучаться для работы с ЛЖВ.

В марте 2020 года в рамках партнерских отношений и по предложению РОО «Люди ПЛЮС» была создана инициативная группа учащихся для работы в проекте «Создание благоприятных условий для сохранения здоровья и участия в социальной жизни молодежи и подростков, живущих с ВИЧ в условиях коронавируса». Инициативу поддержало отделение Детского Фонда ООН ЮНИСЕФ в РБ. Цель работы инициативной группы – принять участие в образовательном онлайн-курсе для молодежи. По итогам обучения в учреждении образования были организованы дискуссии в группах учащихся «Современный мир – разнообразный, толерантный, поддерживающий».

В марте 2022 года в рамках партнерских отношений, по предложению РОО «Люди ПЛЮС» и при инициативной поддержке РОО «Белорусская Ассоциация клубов ЮНЕСКО», психологом и волонтерами колледжа был организован образовательный

тренинг для подростков, живущих с ВИЧ, по развитию толерантности, эмпатии и ответственного поведения «Стань сильнее – мы вместе!». РОО «Белорусская Ассоциация клубов ЮНЕСКО» реализует Проект «Повышение качества и доступности услуг для подростков, живущих с ВИЧ». Целью проекта стало улучшение доступа подросткам, живущим с ВИЧ, к услугам в области профилактики, ухода, поддержки при ВИЧ-инфекции, включая формирование устойчивой приверженности к антиретровирусной терапии (АРВТ).

Действенным механизмом поддержки подростков и условием формирования юной личности является принцип «равный обучает равного». Такая форма работы способствует искренности, самораскрытию, общению без барьеров среди представителей молодежной среды. Именно поэтому для участия в тренинге было решено пригласить будущих медицинских работников, учащихся медицинского колледжа специальности «Лечебное дело». Что такое толерантность, как проявляется в поведении людей толерантность и интолерантность, что значит быть толерантной личностью – эти понятия рассматривали участники тренинга. Одним из открытий стало понимание того, что толерантность – это не только проявления намерений вовне, но и принятие самого себя. В ходе тренинга подростки познакомились с понятием эмпатии, овладевали навыками безоценочного восприятия других людей, умениями давать позитивную обратную связь, подхватывать инициативу друг друга, работать в команде, когда от умений каждого зависит групповой результат.

19 мая 2023 года в УО «Гомельский государственный медицинский колледж» был организован и проведен «круглый стол» «ВИЧ. Актуальные проблемы и пути решения». Мероприятие было организовано при поддержке «Мастерская инновационных технологий» и Гомельское ООО «Социальные проекты». Целью стало обучение учащейся молодежи, будущих медицинских специалистов, специалистов образования, социальных работников вопросам профилактики ВИЧ, пропаганда раннего тестирования на ВИЧ, профилактика стигмы среди будущих медицинских работников в отношении ЛЖВ и молодежи в целом.

Для участия в работе «круглого стола» были приглашены: Сергей Кручинин – председатель Экспертного совета Информационной стратегии по ВИЧ-инфекции (при МЗ), консультант по коммуникации офиса ЮНЭЙДС в Беларуси с выступлением на тему «Информационная стратегия по ВИЧ - особенности междисциплинарной коммуникации»; Денис Кебиков – врач-эпидемиолог, заведующий отделом эпидемиологии У «Гомельский городской центр гигиены и эпидемиологии», который рассказал об особенностях эпидситуации по ВИЧ-инфекции в Гомельской области; Елена Казначеева – врач-инфекционист, заведующий консультативно-диспансерным кабинетом по проблеме ВИЧ/СПИД У «Гомельская областная инфекционная клиническая больница», которая представила материал на тему «Современный ВИЧ – не приговор, а образ жизни».

Психологом колледжа при поддержке других специалистов колледжа был организован и проведен опрос среди ЛЖВ Гомельской области (35 человек) на тему «Некоторые аспекты взаимодействия с медицинскими работниками». Результаты опроса и предложения были представлены на «круглом столе», а затем использованы РОО «ЛЮДИ ПЛЮС» при составлении программной документации.

Результате опроса показали, что: 62,9 % респондентов сталкивались с трудностями при общении с медработниками в медучреждениях; 54,3 % отметили негативную реакцию при сообщении им о ВИЧ-статусе; у 25,7 % случались инциденты, когда о ВИЧ-статусе по вине медработника узнавали третьи лица; психоэмоциональная под-

держка со стороны медперсонала оказывалась всегда – так ответили 22,9 % респондентов, иногда – 45,7 %, никогда – 31,4 %.

ЛЖВ внесли следующие предложения по улучшению работы и взаимодействию с медработниками:

- создание СПИД-центра в Гомельской области со специалистами всех профилей, квалифицированно работающих с ВИЧ+;
- проведение регулярного обучения медработников по актуальным вопросам ВИЧ/СПИД;
- контролировать строгое соблюдение анонимности пациента с ВИЧ, не распространять сведения о диагнозе и пациенте коллегам;
- хочется, чтобы медработники проявляли эмпатию, умели поддержать, выслушать.

В заседании «круглого стола» приняли участие психологи, педагоги, социальные работники. Присутствующие – учащиеся выпускных групп медицинского колледжа специальностей «Лечебное дело», «Сестринское дело», «Медико-профилактическое дело». Для обеспечения информационного сопровождения были приглашены представители СМИ города Гомеля, Гомельской области, республики.

Заключение

Подобные пресс-мероприятия чрезвычайно полезны для всех участников процесса. Они укрепляют взаимодействие образовательных учреждений с общественными организациями Гомельской области и республики, помогают быть в курсе современных тенденций в сфере профилактической работы разных направлений, активно способствуют профилактике ВИЧ-инфекции, учат молодых людей осознанно относиться к своему здоровью и поведению в социальной группе, укрепляют приверженность к АРВТ. А будущим медработникам на практике помогают выработать профессионально грамотное, свободное от предвзятости, толерантное отношение ко всем без исключения людям, быть готовыми к борьбе с любыми проявлениями стигматизации и дискриминации на рабочем месте и в жизни.

Изучение опыта работы Гомельского государственного медицинского колледжа может быть полезно социальным педагогам, преподавателям, психологам, кураторам, администрации образовательных учреждений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Информационная стратегия по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь на 2019–2023 годы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://medvestnik.by/news/v-minske-obsudili-realizatsiyu-novoj-redaktsii-informatsionnoj-strategii-po-vich-infektsii-v-belarusi>. – Дата доступа: 24.08.2023.
2. Глобальная стратегия противодействия СПИДу на период 2021-2026 гг. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>. – Дата доступа: 24.08.2023.

УДК [614.21:614.4]:614.88-037(476.4)

*Е. Н. Кроткова¹, В. Е. Кратёнок², А. В. Семёнов², Т. В. Ясюля²,
Е. С. Игумнова², В. М. Хавратович², В. В. Кулинка²*

¹Министерство здравоохранения Республики Беларусь,

²Государственное учреждение

*«Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения»*

г. Минск, Республика Беларусь

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ КОЕК В ПЕРИОД ДО И ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ПРИМЕРЕ МОГИЛЕВСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

На сегодняшний день большое внимание уделяется поиску способов сокращения расходов в системе здравоохранения и рационального использования имеющихся кадровых, материально-технических ресурсов [1]. Важным социально значимым ресурсом системы здравоохранения является коечный фонд (КФ) организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях. Таким образом, актуально проведение оценки эффективности использования инфекционных коек (ИК) больничных организаций на различных уровнях оказания медицинской помощи и определение последующих шагов для оптимизации их числа и эффективного использования [2]. Выбор ИК обусловлен тем, что лечение на них проходят пациенты с социально значимыми заболеваниями, а деятельность инфекционной службы вносит существенный вклад в обеспечение эпидемиологического благополучия населения.

Цель

Проанализировать показатели использования КФ инфекционной службы на примере Могилевской области в различные с эпидемиологической точки зрения периоды.

Материалы и методы исследования

Проанализированы данные форм государственной статистической отчетности Министерства здравоохранения Республики Беларусь (1 – организация «Отчет организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях» и 1 – стационар «Отчет о деятельности организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях») за 2016–2022 гг. В работе использованы документальный, статистический, логический методы обработки информации, а также методы ситуационного анализа и организационного моделирования. Для расчета показателей деятельности КФ использована Инструкция по применению «Методика расчета планово-прогнозных показателей использования коечного фонда», утвержденная Министерством здравоохранения Республики Беларусь от 1 декабря 2017 г. № 102–1117 [3].

Результаты исследования и их обсуждение

В Республике Беларусь пациентам с инфекционными заболеваниями, которым требуется интенсивное оказание медицинской помощи и/или постоянное круглосуточное медицинское наблюдение, специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях на районном, городском, областном и республиканском уровнях (рисунок 1).

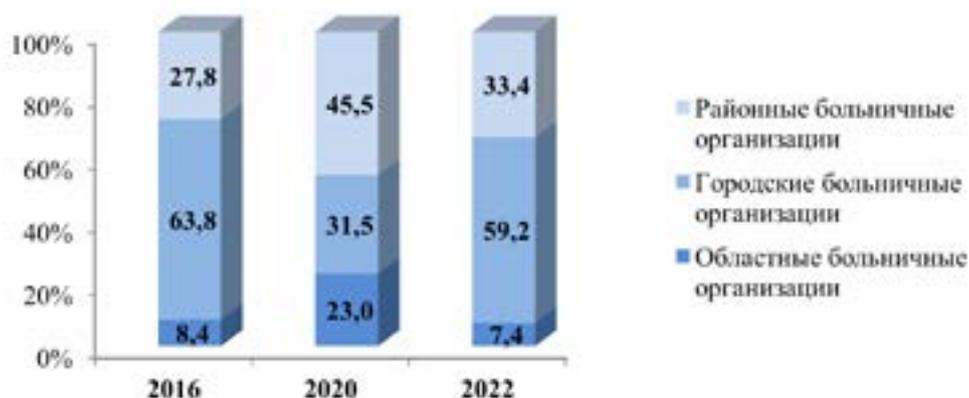


Рисунок 1 – Структура ИК по уровням оказания медицинской помощи в больничных организациях Могилевской области в 2016 г., 2020 г. и 2022 г. (%)

Основная доля ИК для взрослых и детей в Могилевской области была сконцентрирована в организациях здравоохранения городского уровня оказания медицинской помощи. Стоит отметить, что в 2020–2021 гг. в период неблагоприятной эпидемической ситуации по новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в Могилевской области дополнительно были развернуты ИК для взрослых на базе Могилевской областной клинической больницы, Могилевского областного госпиталя инвалидов ВОВ, Могилевского областного кожно-венерологического диспансера, Могилевского областного онкологического диспансера. Это привело к росту доли ИК областного уровня до 23,0 %.

При анализе структуры ИК в различные периоды имеются статистически значимые различия в распределении числа ИК по технологическим уровням оказания медицинской помощи в доэпидемический (2016 г.) и эпидемический (2020 г.) периоды ($\chi^2 = 149,569$; $p < 0,01$), в эпидемический (2020 г.) и постэпидемический (2022 г.) периоды ($\chi^2 = 126,234$; $p < 0,01$). Различия в распределении числа ИК по уровням в доэпидемический и постэпидемический периоды статистически не значимы ($\chi^2 = 3,57$; $p > 0,05$), распределение числа ИК по технологическим уровням возвращается к доэпидемическому уровню.

Во временном интервале 2016–2019 гг. обеспеченность ИК для взрослых имела умеренную тенденцию к снижению, $СТ_{уб\ 2016-2019}$ составил 2,3 %. В 2020 г. обеспеченность ИК выросла в 4,3 раза по сравнению с 2019 г. Показатель обеспеченности возрос на 300 % с 3,0 на 10 тыс. взрослого населения в 2016 г. до 12,0 в 2020 г., а в 2022 г. по мере снижения потребности в ИК уменьшился в 2,9 раза (по сравнению с 2020 г.) до значения 4,1 на 10 тыс. взрослого населения; $СТ_{уб\ 2020-2022}$ составил 41,6 %. Минимальный показатель обеспеченности населения ИК для взрослых за семь анализируемых лет отмечен в 2018–2019 гг. – 2,8 койки на 10 тыс. взрослого населения, максимальный в 2020 г. – 12,0 коек на 10 тыс. взрослого населения.

В Могилевской области за период 2016–2022 гг. обеспеченность населения ИК для взрослых возросла на 36,7 %. За весь анализируемый период этот показатель характеризовался выраженной тенденцией к росту, $СТ_{пр\ 2016-2022}$ – 5,3 %. Следует отметить, что рост обеспеченности ИК для взрослых в 2016–2022 гг. происходил на фоне общего снижения численности населения старше 18 лет на 5,9 %, или на 50 765 человек (2016 г. – 860 994 человека, 2022 г. – 810 229).

С 2016 по 2019 гг. фактическая среднегодовая занятость ИК для взрослых была стабильной, $СТ_{уб\ 2016-2019}$ составил 0,8 %. С 2020 по 2021 гг. этот показатель вырос на 21,0 %, далее на фоне снижения потребности в ИК для взрослых отмечалось снижение их занятости на 19,4 %. Вместе с тем фактическая среднегодовая занятость ИК для взрослых по области за весь анализируемый период снизилась на 7,2 % (2016 г. – 249,0 дней, 2022 г. – 231,0). Максимального значения среднегодовая занятость ИК для взрослых в Могилевской области достигла в 2021 г. – 286,5 дня, минимального – в 2022 г. (231,0 день). Фактическая среднегодовая занятость ИК для взрослых по области не достигала оптимальных значений на протяжении анализируемого периода. Средняя длительность лечения на ИК для взрослых в Могилевской области в период с 2016 г. по 2019 г. составила 6,4 дня, а в период с 2020 г. по 2022 г. – 8,7 дня.

В целом за период 2016-2022 гг. число среднегодовых ИК для взрослых в больничных организациях Могилевской области увеличилось на 31,8 %, или на 81 койку – с 255 коек в 2016 г. до 336 коек в 2022 г. Динамика числа среднегодовых ИК для взрослых за анализируемый период характеризовалась умеренной тенденцией к росту, $СТ$ пр 2016-2022 составил 4,7 %. Во временном интервале 2016-2019 гг. наблюдалась умеренная тенденция к снижению этого показателя, $СТ_{уб\ 2016-2019}$ – 2,4 %. В связи с пандемией COVID-19 в 2020 г. койки были перепрофилированы в инфекционные, отмечался резкий рост числа ИК для взрослых по сравнению с 2019 г. – в 4,1 раза. Затем в 2021 г. последовало сокращение их числа на 9,2 %, в 2022 г. – в 2,7 раза. В 2020–2022 гг. этот показатель характеризовался выраженной тенденцией к убыли, $СТ_{уб\ 2020-2022}$ – 41,5 %.

Расчет плано-прогнозного числа ИК для взрослых в целом по области за 2016–2022 гг. позволил определить условно избыточное число коек данного профиля (в 2020 г. фактически развернуто 982 койки, расчетное плано-прогнозное число – 739 коек, избыток – 243 койки, 2022 г. – 336 и 77 коек соответственно), что вызвано необходимостью создания резерва коечного фонда в условиях пандемии COVID-19. С учетом развития пандемии COVID-19 реальная потребность в ИК для взрослых в 2020 г. выросла в 3,5 раза, в 2021 г. – в 4,0 раза, данный избыток коек можно определить как резерв ИК для обеспечения доступности медицинской помощи при необходимости оперативного принятия соответствующих управленческих решений. Таким образом, недостаточное увеличение фактической среднегодовой занятости ИК для взрослых, начиная с 2020 г., одновременно с опережающим ростом числа этих коек не позволило в условиях COVID-19 достичь оптимальных (расчетных) показателей их использования.

В Могилевской области за период 2016–2022 гг. обеспеченность населения ИК для детей снизилась на 20,6 %. За весь анализируемый период этот показатель характеризовался умеренной тенденцией к убыли, $СТ_{уб\ 2016-2022}$ – 3,8 %. За период 2016–2022 гг. отмечено снижение числа среднегодовых ИК для детей в больничных организациях Могилевской области на 23,0 %, или на 48 коек (2016 г. – 209 коек – максимальное значение, 2022 г. – 161 койка – минимальное значение). Наибольший расчетный показатель дефицита числа ИК для детей зафиксирован в 2017 г. – 7 коек, а наибольший расчетный показатель избытка этих коек отмечен в 2020 г. – 123 койки. Фактическая среднегодовая занятость ИК для детей к 2022 г. снизилась на 31,0 % (2016 г. – 234,0 дня, 2022 г. – 161,5 дня), этот показатель характеризовался выраженной тенденцией к убыли, $СТ_{уб\ 2016-2022}$ – 6,0 %. С 2016 г. по 2019 г. имелась умеренная тенденция к снижению среднегодовой занятости койки, $СТ_{уб\ 2016-2019}$ составил 1,5 %. В 2020 г. показатель снизился на 46,6 % по сравнению с 2019 г., однако, фактическая среднегодовая занятость ИК для детей в 2020–2022 гг. имела тенденцию к выраженному росту, $СТ_{пр\ 2020-2022}$ – 16,2 %. Мак-

симальная среднегодовая занятость этих коек отмечена в 2017 г. – 237,6 дня, минимальная в 2020 г. – 119,6 дня. Средняя длительность лечения на ИК для детей в Могилевской области в период с 2016 г. по 2019 г. составила 5,2 дня, а в период с 2020 г. по 2022 г. – 5,3 дня. Среднегодовая занятость ИК для детей в целом по области, начиная с 2018 г., не достигала расчетных (планово-прогнозных) значений. При этом в Могилевской области отмечено снижение численности детского населения на 3,6 %, или на 7,4 тыс. (2016 г. – 205,0 тыс., 2022 г. – 197,6 тыс.).

В период до 2020 г. можно говорить о рациональном планировании и использовании ИК для детей, на что указывают данные сравнения расчетного (планово-прогнозного) числа с числом фактически действующих ИК для детей (2016 г. – 212 и 209 коек соответственно, 2020 г. – 195 и 205 коек), при условии незначительного снижения их среднегодовой занятости (2016 г. – 234,0 дня, 2019 г. – 223,9 дня). Начиная с 2020 г. число ИК для детей выросло, а их фактическая среднегодовая занятость снизилась до 119,6 дня, невостребованность этих коек в период пандемии COVID-19 предположительно была предопределена отсутствием у врачей ясного понимания особенностей протекания этой инфекции у детей. В ходе пандемии было установлено преобладание у подавляющего большинства детей легких форм этого заболевания. Также в связи с введением противоэпидемических мер закономерно снизилась обращаемость детей в организации здравоохранения, и как следствие, сократилась регистрация заболеваемости детей другими инфекциями.

Заключение

Пандемия COVID-19 внесла коррективы в планирование КФ инфекционной службы. Сохранение числа ИК для взрослых в период 2016-2019 гг. в организациях здравоохранения позволило сформировать условный избыток коек, который в период 2020-2021 гг. был востребован в полной мере, а в постэпидемический период требует дальнейшей оптимизации. Фактически же сформировавшийся избыток может быть расценен как необходимый резерв ИК в ситуации недостаточной изученности протекания COVID-19, для обеспечения необходимой медицинской помощи пациентам и эпидемиологической безопасности населения, в том числе детям. Вопрос создания такого резерва требует углубленного изучения и проработки по двум направлениям: 1) создание стабильного резерва, наличие которого обеспечит круглосуточную готовность при групповых и массовых поступлениях пациентов с инфекционными заболеваниями; 2) создание мобильного резерва в виде определенного количества ИК, которые будут разворачиваться по необходимости.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Оптимизация стационарной помощи с учетом европейского опыта / А. М. Вязьмин [и др.] // Здравоохранение. – 2018. – № 4. – С. 22–27.
2. Предпосылки и подходы к реструктуризации коечного фонда учреждений здравоохранения Республики Беларусь / И. И. Новик [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – Прил. – С. 66–68.
3. Методика расчета планово-прогнозных показателей использования коечного фонда : инструкция по применению: утв. Первым заместителем Министра здравоохранения Респ. Беларусь 1 дек. 2017 г.; регистрационный №102-1117 / организация-разработчик : ГУ РНПЦ МТ; авт.: А. В. Семёнов, И. И. Новик. – Минск, 2017. – 17 с.

УДК 796/616.711-007.55

М. Ю. Куликова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский колледж»

г. Гомель, Республика Беларусь

К ВОПРОСУ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ БУДУЩИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ: НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ И СКОЛИОЗ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ ГОМЕЛЬСКОГО МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Введение

Для каждого человека, как и для общества в целом, нет большей ценности, чем здоровье. Здоровье людей, развитие физической культуры и спорта провозглашено в нашей стране приоритетным направлением социальной политики [2]. Вопрос формирования, сохранения и укрепления индивидуального здоровья учащейся молодежи имеет особую социальную значимость, так как от состояния здоровья этой категории населения зависит здоровье и благополучие нации.

Интенсификация образовательного процесса в средних специальных учебных заведениях и в вузах отрицательно сказывается на показателях здоровья учащихся и студентов. Многочисленные исследования показывают, что очень высок процент учащихся и студентов, имеющих в анамнезе заболевания опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, заболевания органов зрения.

Цель

Провести анализ заболеваемости сколиозом среди учащихся УО «Гомельский государственный медицинский колледж» и изучить отношение к собственному здоровью учащихся, имеющих в анамнезе диагноз «Сколиоз».

Материалы и методы исследования

Проведен анализ научно-практической литературы по данной проблематике, изучены медицинские заключения (справки ВКК) о состоянии здоровья учащихся УО «Гомельский государственный медицинский колледж», проведено анкетирование среди учащихся с обработкой результатов.

Результаты исследования и их обсуждение

Многочисленные исследования показывают, что на протяжении ряда лет неизменно высоким остается процент учащихся и студентов вузов, имеющих достаточно серьезные отклонения в состоянии здоровья. Проведенный нами анализ медицинской документации учащихся за период с 2010 по 2022 г. полностью это подтверждает. Также было установлено, что в УО «Гомельский государственный медицинский колледж» среди учащихся наиболее распространены: заболевания опорно-двигательного аппарата (в частности позвоночника), патология органов зрения (миопия и периферическая дистрофия сетчатки - ПДС) и болезни системы кровообращения. Кроме того, следует отметить, что зачастую в анамнезе учащиеся имеют кроме основного 2-3 сопутствующих диагноза.

Нас интересовало количество учащихся, имеющих в анамнезе диагноз «Сколиоз» и отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе (СМГ),

подготовительной группе (ПГ), группе ЛФК и полностью освобожденных от занятий физической культурой. Полученные данные приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Анализ заболеваемости сколиозом учащихся УО «Гомельский государственный медицинский колледж»

Учебный год	Общее количество учащихся	Учащиеся с диагнозом «Сколиоз»			
		количество	% от общего количества учащихся	% от количества учащихся ПГ	% от количества учащихся СМГ
2010–2011	709	82	11,6	51,3	49,7
2011–2012	718	108	15,0	63,5	62,8
2012–2013	723	99	13,7	58,9	62,7
2013–2014	703	96	13,7	55,5	89,7
2014–2015	674	97	14,4	61,4	94,2
2015–2016	707	94	13,3	77,9	92,2
2016–2017	720	89	12,4	87,3	86,4
2017–2018	711	91	12,8	65,3	80,2
2018–2019	706	92	13,0	62,2	78,5
2019–2020	708	98	13,8	59,0	86,7
2020–2021	703	95	13,5	64,6	82,8
2021–2022	710	90	12,8	65,3	80,2

Полученные данные показывают, что удельный вес учащихся колледжа, имеющих в анамнезе диагноз «Сколиоз», на протяжении ряда лет достаточно высок – от 11,6 до 15 % от общего количества. Более половины учащихся, отнесенных по состоянию здоровья к ПГ и СМГ, – это учащиеся со сколиозом. Так, в 2021–2022 учебном году диагностирован сколиоз у 65,3 % учащихся ПГ и у 80,2 % учащихся СМГ.

В анкетировании приняли участие учащиеся медицинского колледжа, имеющие в анамнезе диагноз «Сколиоз».

Подавляющее большинство опрошенных знают факторы, оказывающие влияние на формирование правильной осанки и выделяют как положительные: активные занятия физкультурой и спортом, плавание, массаж и самомассаж, занятия ЛФК, рациональное питание, соблюдение режима дня, правильно организованное рабочее место.

87,5 % респондентов считают, что хорошая правильная осанка влияет на привлекательность человека. 51 % опрошенных считают, что нарушение осанки может быть опасным для здоровья и может оказать влияние на работу внутренних органов, возникновение сколиоза и других патологий. 69 % опрошенных знают особенности своего хронического заболевания, а 31 % – не знают. Эти знания 84 % респондентов получили от врача, 32 % – из специализированной литературы, 19 % – от родителей. Противопоказания при сколиозе знают 65,5 % опрошенных, не знают о противопоказаниях 20,5 % опрошенных, имеют только приблизительное представление 14 % респондентов. К сожалению, лишь 21,5 % опрошенных самостоятельно систематически выполняют упражнения ЛФК, рекомендованные при сколиозе и других нарушениях осанки, а 49 % не выполняют их вовсе, хотя и знают о пользе подобных занятий. Лишь 3,8 % опрошенных учащихся периодически делают массаж и самомассаж. Занимаются оздоровительным плаванием 12 % респондентов.

Руководство нашего колледжа и преподаватели физической культуры стремятся к тому, чтобы создать все условия для сохранения и укрепления здоровья учащихся, формирования положительного отношения к физической культуре, мотивации повышения двигательной активности, формирования стойких установок на ЗОЖ, вовлечения преподавателей, учащихся, сотрудников колледжа к организованным и самостоятельным занятиям физической культурой и спортом.

Для учащихся, имеющих проблемы с осанкой и диагностированным сколиозом, разработаны комплексы специальных упражнений, организованы дополнительные занятия. Они получают консультации по методике подбора упражнений и составления комплексов корригирующей гимнастики, правильной дозировке и грамотному выполнению упражнений.

Занятия в СМГ с такими учащимися проводятся систематически и направлены на укрепление опорно-двигательного аппарата, возможную коррекцию имеющихся проблем и развитие физической подготовленности в целом. Кроме того, хорошей практикой стало выполнение индивидуальных заданий – подготовка реферата и составление индивидуальных комплексов физических упражнений по профилю заболевания и с учетом физической подготовленности учащегося.

Выводы

В результате проведенного исследования мы можем сделать следующие выводы:

– на протяжении ряда лет в колледже остается высоким процент учащихся, с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (в частности позвоночника), с патологией органов зрения (миопия и ПДС), с болезнями системы кровообращения и отнесенных по состоянию здоровья к ПГ, СМГ, ЛФК и полностью освобожденных от занятий физической культурой;

– удельный вес учащихся колледжа, имеющих в анамнезе диагноз сколиоз на протяжении ряда лет достаточно высок – от 11,6 до 15 % от общего количества. Более половины учащихся, отнесенных по состоянию здоровья к ПГ и СМГ – это учащиеся со сколиозом;

– проведенное анкетирование учащихся с диагнозом сколиоз, показало, что 69 % опрошенных знают особенности своего хронического заболевания, 51 % считают, что нарушение осанки может быть опасным для здоровья, к сожалению, лишь 21,5 % опрошенных самостоятельно систематически выполняют упражнения ЛФК, рекомендованные при сколиозе и других нарушениях осанки;

– проведенное исследование выявило проблему несоответствия в понятиях «знаю» и «применяю на практике» относительно профилактики, основных показаний и противопоказаний при заболевании сколиоз среди учащихся медицинского колледжа.

Формирование осанки – процесс длительный, начинающийся с первого года жизни и завершающийся только к 20–25 годам. В связи с этим особое значение приобретают методы профилактики и лечения, дающие стойкий результат и не имеющие негативных побочных эффектов. Здоровый образ жизни, лечебная физкультура, плавание и массаж – это наиболее подходящие способы профилактики и коррекции нарушений осанки и возможность остановить прогрессирование сколиоза.

С целью привлечения внимания широкой аудитории к проблеме нарушений осанки и сколиоза в среде учащейся молодежи, профилактики возникновения нарушений осанки, популяризации ЗОЖ, вовлечения в активные занятия физической культурой и спортом учащиеся – члены научного общества представляют результаты проведенного исследования на научно-практических конференциях, выступают на кураторских часах, участвуют в проводимых колледжем акциях, направленных на формирование ЗОЖ жителей Гомельского региона.

Многолетняя практика показала, что данные мероприятия являются эффективной формой пропаганды физической культуры, организации активного отдыха и досуга, укрепления здоровья, повышения двигательной активности наших ребят, будущих медицинских работников, которые призваны личным примером пропагандировать здоровый образ жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бароненко, В. А. Здоровье и физическая культура студента : учеб. пособие / В. А. Бароненко. – М. : Альфа-М, ИНФРА-М, 2012. – 336 с.
2. Лукашенко, А. Г. Здоровье государства – это благополучие человека, согласие в обществе, целеустремленность нации. Послание Президента Республики Беларусь А. Г. Лукашенко белорусскому народу и Национальному собранию / А. Г. Лукашенко // Сов. Белоруссия. – 2008. – 30 апр. – № 82.
3. Фурманов, А. Г. Физическая рекреация как фактор укрепления и сохранения здоровья в структуре учебного и свободного времени студентов / А. Г. Фурманов, В. А. Горовой // Мир спорта. – 2009. – № 2. – С. 64–67.

УДК 61 (091)

О. А. Кульпанович

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

МЕДИЦИНА БЕЛАРУСИ. ГРОМКИЕ ИМЕНА И МИРОВОЕ ПРИЗНАНИЕ

Введение

Человек жив, пока его помнят. А что отбирает история? Сколько память живет? Кто заставляет ее жить? И зачем? Увековечивание имени является феноменом, достойным всестороннего глубокого изучения. Анализируем, какой была практика воплощения имен белорусских врачей, ученых-медиков в топонимике и памятных знаковых объектах в «золотую эпоху», как менялась в следующие века и почему вопросы оценки, легитимации и признания всегда актуальны.

Цели

1) Научное осмысление практик присвоения имен белорусских врачей, ученых-медиков в топонимике и памятным знаковым объектам; 2) актуализация успешного опыта профессиональной и общественной солидарности; 3) пропаганда ценностных ориентаций, осознанного выбора стратегического целеполагания в жизни.

Материалы и методы исследования

Использованы традиционные базовые научные методы: аксиоматический, анализ и синтез, индукция и дедукция, восхождение от абстрактного к конкретному. Также использованы специальные исторические методы исследования: историко-сравнительный, историко-типологический, историко-системный, диахронического анализа, исторической периодизации, ретроспективный.

Результаты исследования и их обсуждение

Нарративы, которые предоставляет историческая эволюция, можно использовать для максимального раскрытия человеческого потенциала. Изучение прошлого дает масштаб оценки и управления настоящим, помогает планировать будущее. Посредством онтологических принципов актуализируется картина современности здравоохранения. Опираясь на сформированный бэкграунд, можно осуществить эффективные и значимые изменения в мотивации кадровых ресурсов (самоидентификация, восприятие профессии, целостность, реализация). Мы исходим из того, что миссия любого субъекта – это не только удовлетворение монетарных-биологических-бытийных интересов и потребностей. Личность реализуется только при условии прогрессивного социально-ответственного поведения, гармоничного взаимодействия с окружающим миром через солидаризацию с интересами общества. Одной из сторон социализации является профессионализация. Становление профессионала является одним из аспектов развития личности. В природе человека заложена потребность в признании. Признание/память – это энергия, которую отдает мир в обмен на наш образ жизни в социуме. В конечном итоге это поможет человечеству стать лучше, поскольку делает общество гуманнее, здоровее в прямом и переносном смысле.

Прошлое не позади нас, оно вокруг нас. Духовная связь поколений является важнейшим условием развития общества. В преемственности заключается будущее страны. В каждом из нас имеется потребность соизмерять свою жизнь с жизнедеятельностью предшественников. История нужна для сохранения личности, самопознания, для того, чтобы понять себя сегодняшних (кто мы есть, где мы? и зачем?). Разрыв с прошлым и будущим, культивирование «вечного настоящего» является признаком незрелости, упрощенности личности, социума, что облегчает манипуляцию ими. Знание истоков формирует национальную, социальную, профессиональную идентичность. История – это возможность абстрагироваться и поменять точку отсчета – взглянуть на сегодняшнюю жизнь как общества, так и профессиональную, личную через призму накопленного бытия. Это дает ключ к пониманию смысла, цены и масштаба современных персон, событий.

Медицина Беларуси раскрывает нам огромный мир личностей и судеб великих, уникальных и драматичных. Белорусская земля дала немало врачей, свое существование которые посвятили служению людям. Ф. И. Пастернацкий, А. Ф. Недзведзский, И. К. Стржалко, И. У. Зданович и другие были нравственными камертонами общества. Они мотивировали людей жить и давали надежду. В коллективной памяти медики являются признанными классиками отечественного здравоохранения. Мыслители подвижники продуцировали идеи, задавали тон не только в медицине, но и в социально-культурной сфере. Врачи, ученые попадали в нерв времени и резонировали с настроениями и социальными проблемами общества. И потому эти личности пользуются благосклонностью времени. Они ушли из жизни, но остались в истории. Они не исчезли, не потерялись, а продолжают множить материальную природу. Их исследования и открытия на десятилетия вперед. Это современники любого времени. Поступками, трудами они максимально реализовали свои потенциалы и тем самым обеспечили «жизнь» после смерти (или личное социальное бессмертие) в памяти общества. По сути, это – пропуск в вечность. Труды, концепты, активности наших предшественников столь же вневременны и оригинальны, как и в тот момент, когда они были созданы. Они продолжают влиять на нашу жизнь, придавать ей новые смыслы, вдохновлять и подсказывать последствия и альтернативы решения проблем. Их труды определили появление новых научных направлений, идей. Их активности получили свои проекции в сегодняшнем

дне. Легендарные и знаковые личности продолжают удивлять и вдохновлять современных ученых, исследователей и генерировать новую волну интеллектуальной моды в виде научных знаний, школ, открытий. Врачи имели огромный авторитет у населения и признание коллег. Это подтверждает практика сохранения имен. Увековечивание является специфической формой социальной памяти.

Список памяти включает 128 белорусских врачей, ученых-медиков, которые увековечены в 355 мемориальных объектах и в топонимике (проспекты, улицы, набережные, учреждения, скульптуры, стипендии, почтовые марки и т. д.). Фамилии некоторых врачей и ученых увековечены многократно.

Из 355 наименований различных объектов (проспектов, улиц, набережных, учреждений, скульптур и т. д.), в которых увековечены имена врачей Беларуси 125 увековечений (названия проспектов, улиц, марок, растений и т. д.) приходится на 39 профессоров. Остальные 230 увековечиваний посвящены врачам практикующим.

- 180 наименований объектов (50,7 %) – находятся в пределах Беларуси.
- 89 наименований (25,0 %) - это проспекты, улицы, переулки, набережные.
- 64 наименования (18,0 %) – мемориальные доски.
- 27 наименований (7,6 %) – скульптуры.
- 64 наименования (18,0 %) – учреждения (больницы, институты, библиотеки, гимназии, музеи, детский санаторий, школа, ясли-сад, пароходы и т. д.).
- 38 наименований (10,7 %) – аудитории, палаты, койки, стипендии, фонды и т. д.
- 38 наименований (10,7 %) – авторские операции, симптомы, пробы, лекарственные формы.
- 13 (3,6 %) – планеты, населенные пункты, природные объекты, растения.
- 6 (1,7 %) – медали, нагрудные знаки.
- 11 наименований (3,0 %) – почтовые марки, конверты, открытки.

Сунь-цзы считал, что систему характеризует правильность награждения и наказания. Наименования являются важным воспитательным инструментом. Практика присвоения имен свидетельствует о корпоративной солидарности врачебного сообщества, коллективной памяти людей, состоянии нравственности общества. Увековечивание имени – это про ценности. Индекс наименований показывает самый важный актив здравоохранения – человеческий капитал. Он имеет уникальную ценность и в отличие от других видов активов, не изнашивается с течением времени, а наоборот, улучшает свои качества.

Присвоение имен осуществлялось по инициативе гражданского населения или профессионального сообщества. Обращает на себя внимание проведение научных форумов, издание последователями врача книг, учебников, которые авторы посвящали своему Учителю. Это очевидный маркер безусловной легитимации и признания.

Собранная из различных аутентичных источников информация позволяет сделать вывод, что в подавляющем большинстве эти практики происходили в XIX – начале XX века. До революции 1917 г. имена выдающихся врачей присваивались, в том числе больничным палатам (С. В. Макаревич, А. К. Валк, Н. Д. Гнедовский и др.) и койкам (И. К. Стржалко, М. П. Айзенштадт и др.). Об этом свидетельствовали медные таблички, прикрепленные к именованным койкам. На сегодняшний день в отечественном здравоохранении практика именных наименований коек и палат в больницах отсутствует.

Логистика присвоения названий свидетельствует о том, что переименования являются важным инструментом перекодировки сознания. В эпоху красной диктатуры на смену памятникам, улицам, названным в честь творцов и созидателей, пришли мемориалы, посвященные вождям пролетариата. Чаще всего это Ленин, Сталин и Дзержин-

ский. Например, в Минске больница еврейского благотворительного общества «Линас Гацедек» в 1922 году была переименована и получила содержательное название I-й Советской. Именные койки, палаты и операционные сменили бюсты Ленина и Сталина в больничном сквере. В настоящее время на территории больницы стоит памятник Ленину. В 1965 г. больница стала называться 3-й городской клинической больницей им. Е. В. Клумова.

Типичная ситуация нового и новейшего времени, когда объект (улица, учреждение и др.), носивший имя врача, переименовывался во вдохновляющее и духоподъемное типа «переулок Коммунистический» или «улица Базисная первая». После Великой Отечественной войны улица врача Пацевича А. К. (1847, Пружаны – 1928, Пружаны) в Пружанах переименована в Советскую. В Вилейке улица врача Орловского А. А. переименована в улицу Дзержинского. Улица Молодежная в Гродно ранее носила имя доктора Бенецкого Юлиана Феликсовича (1829, им. Малевичи – 1903, Гродно). Архивные данные свидетельствуют о том, что утраченные объекты составляют 33 (9,3 %) наименования из 355 объектов, которым присвоены имена врачей. Они переименованы или прекратили свое существование. Делаются попытки противостоять стиранию из истории или хотя бы напомнить современному обществу наличие в прошлом самого факта наименования объекта. Так, в 1996 году в Свислочи на доме № 1 по улице Комсомольской установлена мемориальная доска с надписью: «Гэта вуліца з 1924 да 1940 года насіла імя Адольфа Бітнера (1861-1924), знакамітага доктара медыцыны, які жыў у Кватэрах зямлі Свіслацкай».

Вследствие жизненных обстоятельств врачи меняли место жительства. Мобильность врачебных кадров традиционно достаточно высока. Благодаря практике присвоения имен фамилии врачей Беларуси увековечены в названиях улиц, скверов и др. объектов различных стран. Таким образом, имеется представительство белорусской медицины, а значит, страны за рубежом. Из 355 наименований различных объектов за пределами Беларуси находятся 108: Россия – 70, Польша – 11, Литва – 9, Израиль – 4, Франция – 3, Украина – 3, Германия – 3, Испания – 2, Австрия – 1, Чехия – 1, Италия – 1. География России, где представлены имена медиков Беларуси в виде названий улиц, площадей, учреждений – это преимущественно Москва, С.-Петербург, а также Екатеринбург, Иркутск, Казань, Калининград, Краснодар, Никольск Вологодской области, Новоржев Псковской области, Бийск, Петропавловск-Камчатский, Саратов, Хвалынский, Ярославль.

В свою очередь в Беларуси имеются следующие названия улиц: Бехтерева – в Минске и Бресте, Боткина – в Могилеве, Павлова – в Минске и Гомеле; Пирогова, Сеченова, Филатова, Марата, Чехова – в Минске. Так, благодаря практике увековечивания мы имеем возможность через время и пространство неожиданных встреч с великими людьми.

Белорусы, русские, поляки и литовцы считают многих врачей, ученых, организаторов здравоохранения по-настоящему «своими»: С. К. Свенцицкий, Я. И. Пилецкий, З. П. Соловьев, А. Снядецкий и др. Достижениями Анджея Снядецкого (1768, под Жнином, Быдгощское воеводство, Речь Посполитая – 1838, Вильна, Российская Империя) гордятся три соседних народа. Его талант коснулся практически всех отраслей смежных наук: медицине, химии, биохимии, биологии, педагогике. Всемирно известный врач, химик, биолог, философ и общественный деятель А. Снядецкий родился в Польше, работал в Вильнюсском университете. Ученый похоронен в деревне Городники Ошмянского района. В Городниках было одно из имений рода Снядецких. А. Снядецкий прожил тут 32 года. Здесь росли его дети. Профессор пропагандировал гигиену и диету, а также физическое воспитание, которое благодаря ему стало проводиться в шко-

лах (Jędrzej Śniadecki. O fizycznym wychowaniu dzieci. 1805). До утверждения в 1927 г. в СССР первых обязательных школьных программ по физической культуре для школ оставалось более 120 лет.

Имя Снядецкого носят больница в Минске-Мазовецком (Польша), лицеи в Быдгощи, Кельце, Лодзи, Ольштыне и других городах Польши, Академия физической культуры и спорта в Гданьске, Университет технологии и естественных наук им. Яна и Анджея Снядецких в Быдгоще, премия отделения медицинских наук Польской академии наук (1972), медаль (Польша), аудитория химического факультета Вильнюсского университета (2008), почтовые марки в Литве (2018) и Польше (2018). В Беларуси местом памяти Анджея Снядецкого является улица его имени в райцентре Ошмяны Гродненской области.

Имена медиков, участников Великой Отечественной войны увековечены в мемориалах в Бобруйске, Борисове, Гродно, Могилеве, деревне Ганцевичи Борисовского района, деревне Подгорье Минского района, деревне Рыленки Витебской области, станции Гмелинская Волгоградской области России. Отдельно необходимо отметить увековечивание имени Героя Советского Союза Троян Надежды Викторовны (1921, г. Верхнедвинск Витебской области – 2011, Москва). Благодарная память об участнице успешной операции «Возмездие» по ликвидации палача Беларуси сохранилась во множестве объектов. Это памятник, мемориальные доски (в Верхнедвинске и Москве), фильм и сериал, набор открыток «Женщины-медики – героини Великой Отечественной войны» (18 открыток). Ее имя носят средняя школа № 2 г. Верхнедвинска Витебской области, средняя общеобразовательная школа с углублённым изучением английского языка № 1288 г. Москвы, музей, соревнования среди учебных заведений Москвы.

Результаты исследования были обсуждены на заседании кафедры финансового менеджмента и информатизации здравоохранения ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» (протокол заседания от 21.07.2023 № 8).

Заключение

Медицина – это люди масштабные, харизматичные, пассионарные, которые внесли неоценимый вклад в развитие страны. Свой талант врачи отдавали во имя народа. Они золотой фонд отечественной медицины, элита интеллигенции.

Смыслом и значением обладает то, что люди оставляют после себя. Цена практик, школ, трудов проверяется на прочность жизнью. История пишется сейчас. У каждого есть шанс обессмертить свое имя, пополнить плеяду мыслителей, ярких творческих имен. Все современники имеют потенциал, они талантливые медики, исследователи, педагоги, у которых победы впереди. Своими делами мы определяем себе место в вечности. Каждый из участников цивилизационного забега делает осознанный выбор – или это мамон, власть и гедонизм, или социально-ответственное поведение. Что отберет матушка-история, покажет опыт бытия. Как написал Пьер Бомарше: «Время – честный человек». Великий судья время просеивает все через сито и расставляет по своим местам. В результате сохраняется сущностное и настоящее подлинное.

Наши предшественники помогли обществу измениться, сделали мир просвещеннее и гуманнее. Только это, по нашему твердому мнению, обеспечивает осмысленность жизни. Врачи, ученые, педагоги-медики вписали свое имя в историю, оставив в качестве завещания богатое нематериальное наследие: уникальные труды, социально значимые мероприятия, способы лечения, идеи, открытия, школы, книги. Эти люди определённо заслужили свое место в зале славы истории медицины.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мінская праўда. – 1967. – 19 жніўня. – № 162. – С. 1.
2. НИАБ. Ф. 299. Оп. 3. д. 1058; д. 1926. НИАБ. Ф. 299. Оп. 3. д. 2162. Ф. 299. Оп. 4. д. 2004. л. 5.
3. Об увековечении памяти И. И. Здановича [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ, 26 янв. 1999 г., № 124. – Режим доступа: <http://kznachey.com/doc/6QGKgхРАх2S>. – Дата доступа: 14.08.2023.

УДК – 613.83

Н. П. Лушкина

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Центральный научно-исследовательский институт организации
и информатизации здравоохранения»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Москва, Российская Федерация*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ РОССИЙСКИМИ ГОРОДСКИМИ ПОДРОСТКАМИ-ШКОЛЬНИКАМИ 15–17 ЛЕТ В 1999–2000 ГГ. И В 2019–2020 ГГ.

Введение

Употребление алкоголя (алкоголизация) – один из самых распространенных факторов риска здоровья, зарождающийся, как правило, в подростковом возрасте. Частые случаи употребления спиртного приводят к неблагоприятным психологическим, социальным и физическим последствиям для здоровья подростков [1].

По данным Роспотребнадзора, в последнее десятилетие в России существенно снизился уровень потребления алкоголя [2], чему способствовала политика, проводимая государством в отношении ограничения и регламентации предложения алкогольной продукции [3].

Для выработки оптимальных мер борьбы с потреблением алкоголя помимо законодательных мер необходим постоянный мониторинг, который позволяет не только оперативно оценивать, но и своевременно корректировать антиалкогольные профилактические мероприятия.

Цель

Выявить основные изменения в употреблении алкоголя городскими подростками-школьниками 15–17 лет в 2019–2020 гг. по сравнению с 1999–2000 гг.

Материалы и методы исследования

В рамках общероссийского мониторинга потребления психоактивных веществ (ПАВ), проводимого Центром мониторинга вредных привычек среди детей и подростков ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, была изучена распространенность потребления алкоголя среди городских подростков-школьников 15–17 лет, учащихся 9–11 классов в 1999/2000 учебном году и в 2019/2020 учебном году. Вопросы, касающиеся употребления алкоголя, методика формирования выборки и технология проведения анкетирования были идентичны в обоих исследованиях.

При формировании выборки использовался многоступенчатый отбор: от типологической и случайной выборки до сплошного анкетирования школьников. В 1999–2000 гг. в исследование вошли 12 городов из пяти ФО РФ (12912 подростков, из них 46,0 % мальчиков и 54,0 % девочек), в 2019–2020 гг. – 14 городов из шести ФО РФ (14084 подростка, из них 46,4 % мальчиков и 53,6 % девочек). Статистическая обработка материалов проводилась с помощью компьютерной программы «Факторы риска» («AnkProc») [4]. Расчет статистической значимости различий проводился с использованием непараметрического критерия Пирсона χ^2 .

Результаты исследования и их обсуждение

К 2019–2020 гг. (рисунок 1) частота распространенности потребления алкоголя среди мальчиков снизилась с 81,4 на 100 (1999–2000 гг.) до 37,0 на 100 мальчиков, а среди девочек – с 87,4 на 100 (1999–2000 гг.) до 49,0 на 100 девочек 15–17 лет (различия статистически значимы: как среди мальчиков, так и среди девочек $p < 0,001$). В целом уровень распространенности употребления алкоголя в 2019–2020 гг. среди мальчиков сократился на 54,5 %, а среди девочек – на 43,9 %.

Необходимо отметить, что и в 1999–2000 гг. и в 2019–2020 гг. уровень распространенности потребления алкоголя среди девочек был статистически значимо выше, чем среди мальчиков, и эти различия к 2019–2020 гг. только увеличились (рисунок 1).

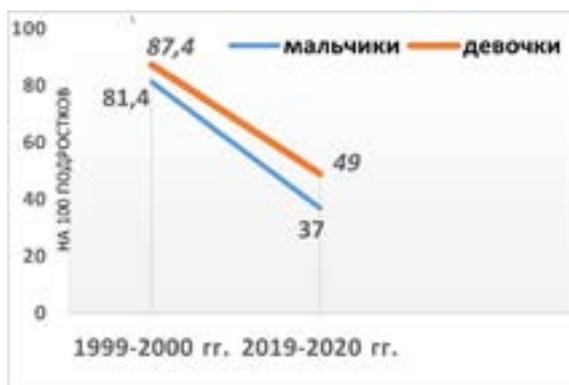


Рисунок 1 – Уровни распространенности потребления алкоголя среди российских городских подростков-школьников 15–17 лет в 1999–2000 гг. и в 2019–2020 гг. (на 100 подростков соответствующего пола и возраста)

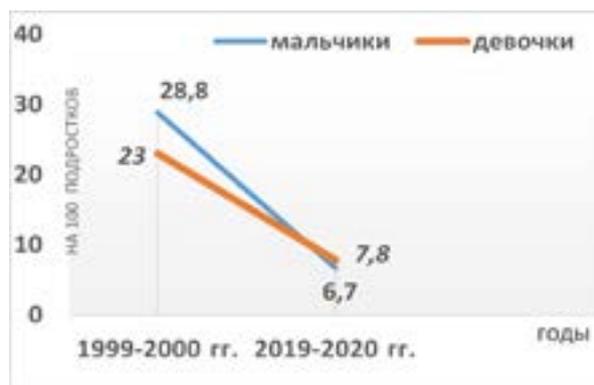


Рисунок 2 – Уровни распространенности частого употребления алкоголя среди российских городских подростков-школьников 15–17 лет в 1999–2000 гг. и в 2019–2020 гг. (на 100 подростков соответствующего пола и возраста)

Таким образом, можно констатировать, что среди российских городских подростков-школьников 15–17 лет, как мальчиков, так и девочек, наблюдается четко выраженная тенденция к сокращению частоты распространенности потребления алкоголя.

Важной характеристикой является распространенность частого потребления алкоголя («группа риска»), так как она позволяет судить о степени формирования устойчивой привычки к потреблению алкоголя.

Вместе со снижением уровня распространенности потребления алкоголя среди подростков произошло и снижение уровня распространенности частого потребления алкоголя (рисунок 2). Уровень распространенности частого употребления алкоголя к 2019,2020 гг. статистически значимо сократился среди мальчиков в 4,3 раза ($p < 0,001$), а среди девочек – в 3,1 раза ($p < 0,001$).

В распространенности частого употребления алкоголя среди подростков произошли существенные изменения. Во-первых, статистически значимо снизилась доля подростков как среди мальчиков, так и девочек, часто употребляющих алкоголь: среди мальчиков с 35,4 % в 1999–2000 гг. до 18,1 % в 2019–2020 гг. ($p < 0,001$) и среди девочек – с 26,3 до 15,9 % соответственно ($p < 0,001$). Во-вторых, к 2019–2020 гг. число девочек, часто употребляющих алкоголь, практически «сравнялось» с числом мальчиков, часто употребляющих алкоголь.

К 2019–2020 гг. изменилась и мотивация употребления алкоголя городскими подростками: снизилось число мальчиков и девочек, употребляющих алкоголь «с друзьями по случаю праздника». Если в 1999–2000 гг. ведущим мотивом употребления алкоголя как среди мальчиков, так и среди девочек являлся мотив «с друзьями по случаю праздника», то в 2019–2020 гг. статистически значимо чаще подростки стали употреблять алкоголь на «праздники в кругу семьи» (таблица 1).

Таблица 1 – Основные мотивы употребления алкоголя среди российских городских подростков 15–17 лет в 1999–2000 гг. и в 2019–2020 гг. (% от числа употребляющих)

Мотивы	Пол	1999–2000 гг.	2019–2020 гг.	1999–2000 гг./2019–2020 гг.	
				критерий χ^2	уровень значимости (p)
С друзьями по случаю праздника	М	44,6	29,2	159,843	< 0,001
	Д	46,6	30,2	255,925	< 0,001
Праздники в кругу семьи	М	36,6	49,1	104,539	< 0,001
	Д	39,6	53,8	186,442	< 0,001
С товарищами за компанию	М	10,8	12,8	6,717	< 0,01
	Д	8,8	10,8	10,498	< 0,01
Просто так, от нечего делать	М	5,7	6,5	1,802	> 0,05; = 0,180
	Д	2,6	3,5	6,429	< 0,05; = 0,012
Из-за неприятностей	М	1,7	2,4	2,452	> 0,05; = 0,118
	Д	1,7	1,7	0,018	> 0,05; = 0,894

Возрастные рамки приобщения детей и подростков к алкоголю как в 1999–2000 гг., так и в 2019–2020 гг. остались прежними: с 10 до 17 лет включительно. Однако интенсивность приобщения к алкоголю в 2019–2020 гг. существенно снизилась, особенно в младших возрастных группах: с 10 до 12 лет включительно. Но «пик» приобщения к алкоголю (наибольшая интенсивность приобщения к алкоголю) как в 1999–2000 гг., так и 2019–2020 гг. остался прежним и приходится на 13–14 лет и среди мальчиков, и среди девочек.

Заслуживают внимания изменения в мотивации первой пробы алкоголя, хотя мотив «праздник, семейное торжество» по-прежнему сохраняет лидирующую позицию как среди мальчиков, так и среди девочек (таблица 2). К 2019–2020 гг. дети и подростки стали чаще впервые пробовать алкоголь «из любопытства» и «случайно» (таблица 2).

Сопоставить и сравнить российские показатели распространенности потребления алкоголя среди подростков-школьников с данными глобальных исследований корректно не удастся, так как возрастные группы подростков различаются (11–13 лет, 15–17 лет, 15–19 лет и т. д.). Вместе с тем все исследования в большинстве зарубеж-

ных стран демонстрируют сходную с нами динамику снижения потребления алкоголя подростками [1, 5].

Таблица 2 – Основные мотивы первой пробы алкоголя среди российских городских подростков 15–17 лет в 1999–2000 гг. и в 2019–2020 гг. (% от числа пробовавших)

Мотивы	Пол	1999–2000 гг.	2019–2020 гг.	1999–2000 гг./2019–2020 гг.	
				критерий χ^2	уровень значимости (p)
Праздник, семейное торжество	М	56,6	46,7	84,431	< 0,001
	Д	71,5	61,1	138,015	< 0,001
С товарищами за компанию	М	17,3	11,4	59,921	< 0,001
	Д	11,6	8,3	744,698	< 0,001
Из любопытства	М	15,9	22,4	60,801	< 0,001
	Д	11,8	16,8	58,126	< 0,001
Просто так, от нечего делать	М	7,4	5,0	21,209	< 0,001
	Д	2,8	3,1	0,809	> 0,05; = 0,369
Случайно	М	1,1	13,8	602,459	< 0,001
	Д	0,9	10,1	513,105	< 0,001
Хотелось показать себя взрослым	М	0,6	0,7	0,555	> 0,05; = 0,457
	Д	0,3	0,6	5,724	< 0,05; = 0,017

Заключение

В 2019–2020 гг. по сравнению с 1999–2000 гг. произошли существенные изменения в употреблении алкоголя российскими городскими подростками 15–17 лет. Существенно сократилась распространенность употребления алкоголя: среди мальчиков – в 2,2 раза, среди девочек – в 1,8 раза. Статистически значимо снизилось и частое употребление алкоголя: среди мальчиков – в 4,3 раза, среди девочек – в 3,1 раза. Существенные изменения произошли в по возрастной структуре приобщения к алкоголю: снизилась интенсивность приобщения к алкоголю в целом и особенно в младших возрастных группах. В мотивации потребления алкоголя подростками в 2019–2020 гг. лидирующую позицию стал занимать мотив «праздник, семейное торжество», а неконтролируемое потребление с «друзьями на празднике» сократилось среди мальчиков и девочек в 1,5 раза.

Произошедшие изменения в потреблении алкоголя российскими подростками-школьниками связаны в первую очередь с законодательными мерами, ограничивающими доступность алкогольной продукции для детей и подростков.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Поведенческие аспекты употребления алкоголя подростками: тенденции и социальные неравенства в Европейском регионе ВОЗ, 2002–2014 годы. Наблюдение по итогам межнационального исследования ВОЗ «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) [Электронный ресурс] / под ред. : Jo Inchley and al. ВОЗ, ЕРБ, – 2018, – 78 с. – Режим доступа: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/382841/WH15-alcohol-report-rus.pdf. – Дата доступа: 26.07.2022.

2. Оснижении масштабов злоупотребления алкогольной продукцией. Сообщение Роспотребнадзора. 18.01.2016 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://rospotrebnadzor.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=5533&sphrase_id=569853. – Дата доступа: 17.12.2021.

3. О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции : федеральный закон, 22 нояб. 1995 г., №171-ФЗ : (ред. от 26.03.2022 г.). – Режим доступа: <http://kremlin.ru/acts/bank/8506>. – Дата доступа: 05.09.2023.

4. Скворцова, Е. С. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2013619820 AnkProc. «Факторы риска» / Е. С. Скворцова, Д. Н. Коновалов. – Дата гос. регистрации в Реестре программ для ЭВМ 17 октября 2013 г.

5. Global status report on alcohol and health [Electronic resource]. – 2018. – 450p. – Mode of access: <http://www.who.int/> https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en. – Date of access: accessed: 05.09.2022.

УДК 616.89

***А. А. Мельник, К. П. Дик, А. А. Сиденкова, Е. И. Бабушкина,
Л. Т. Баранская, И. В. Соколова***

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Екатеринбург, Российская Федерация*

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Введение

Актуальность исследования клиники и патогенеза нейрокогнитивных расстройств обусловлена ростом возраст-ассоциированных заболеваний, лидирующее место среди которых, занимают когнитивные расстройства, их широким распространением в популяции современных пожилых и старых людей. Наиболее частой причиной когнитивных расстройств у лиц старших возрастных групп является болезнь Альцгеймера (БА). Морфофункциональные изменения при БА затрагивают гиппокамп и теменно-височные отделы коры, причем поражение этих отделов мозга опережает по объему, темпу вовлечения в болезненный процесс патологию других мозговых структур [1]. С помощью методов нейровизуализации выявлено уменьшение объема молекулярного слоя гиппокампа и гиппокампальной формации, а также СА3 поля Бродмана при БА. Дисфункциональность гиппокампа появляется на ранних этапах БА задолго до поражения иных локусов [2]. Длительное доклиническое течение БА предполагает возможность профилактических мер, направленных на доклинические стадии, и поиск биомаркеров для выявления бессимптомных лиц с высоким риском нейродегенерации. Важнейшим шагом в этом направлении является возможность различать пациентов с жалобами на снижение памяти, связанное с БА, и пациентов с нарушениями, вызванными другими причинами.

Амнезия является центральным признаком БА и относится к самым ранним и наиболее выраженным симптомам типичной БА. По мнению ряда авторов, амнезия, характеризующаяся трудностями хранения, является лучшим клиническим маркером типичной БА [3]. В настоящее время одним из высокочувствительных и специфичных

для БА считается Тест выборочного напоминания со свободной и подсказкой (Free and Cued Selective Reminding Test, FCSRT). Потенциал использования FCSRT в качестве клинического диагностического инструмента подкрепляется предложением международных рабочих групп о том, что его можно использовать для оценки памяти у пациентов с подозрением на БА [4]. При этом, по мнению некоторых авторов, чрезмерная уверенность в специфичности амнезии может негативно сказаться на дифференциальной диагностике деменции, так как тяжелая амнезия может присутствовать при различных нозологических формах тяжелых когнитивных расстройств [5].

Подтвердить дегенеративный механизм поражения гиппокампа можно с помощью биологических методов исследования. Оценка регенеративного статуса ткани, имеющей общее с мозговой тканью эктодермальное происхождение, возможна путем исследования буккальной цитогаммы [6]. Результаты исследований показывают высокое количество тау-протеина клеток щечного эпителия у пациентов с БА, коррелирующее при этом с уровнем тау-протеина в спинномозговой жидкости [7].

Комплексное применение нейропсихологической оценки мнестической функции и лабораторной оценки маркеров нейродегенерации позволит формировать группу риска развития деменции.

Цель

Изучить корреляции показателей теста FCSRT с показателями цитогаммы буккального эпителия у пациентов с деменцией при болезни Альцгеймера.

Материалы и методы исследования

Обследованы 20 пациентов с болезнью Альцгеймера легкой, умеренной деменцией. Средний возраст $76,55 \pm 3,27$ года, 8 мужчин, 12 женщин. Болезнь Альцгеймера диагностирована по критериям NINDS–ADRDA. Выраженность когнитивного снижения определена по шкале MMSE. Сопутствующая патология компенсирована не менее 2 недель. При исследовании клеточных структур буккального эпителия определялось наличие микроядер и выраженность кариопикноза, кариорексиса и кариолизиса. Применены клинико-психопатологический, психометрический, лабораторный, статистический методы исследования. Для детализации мнестической функции использовался тест FCSRT. Результаты обследования заносили в индивидуальную формализованную карту пациента, подвергали статистической обработке с использованием стандартного пакета «Statistica», 7 for Windows. Корреляционный анализ с расчетом коэффициентов корреляции Спирмена (r) позволил выявить корреляционные связи между нейропсихологическими показателями и цитологическими данными.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний балл в группе исследования по шкале составил MMSE $14,53 \pm 2,71$. В исследовании приняли участие 12 пациентов с легко выраженной деменцией (средний балл по MMSE – $21,0 \pm 1,0$, FCSRT – $24 \pm 1,37$), 8 пациентов с умеренно выраженной деменцией (средний балл по MMSE – $14,35 \pm 2,37$, FCSRT – $20 \pm 7,3$). Применен статистический анализ путем расчета коэффициента корреляции Спирмена для установления связей между рядом лабораторными и нейропсихологическими показателями. Статистической обработке подверглись результаты шкалы MMSE, теста FCSRT

Обнаружены корреляционные связи между наличием микроядер в буккальном эпителии и параметрами ориентировки во времени (MMSE), снижением внимания (MMSE), отсроченным воспроизведением слов (MMSE, ADAS-COG), низким уровнем запоминания инструкций в ходе теста (FCSRT), снижением способности к пониманию

инструкций (FCSRT); кариоцинозом, практически всеми пробами MMSE и суммарным баллом шкалы FCSRT; кариорексисом и нарушением ориентировки во времени (MMSE).

Выводы

Сравнительный анализ результатов нейропсихологических проб с показателями цитогрaмм буккального эпителия у пациентов с деменцией при БА выявил корреляционные связи между выраженностью кариоциноза и кариорексиса в буккальном эпителии и нарушениями нейрокoгнитивных параметров, специфичных для болезни Альцгеймера, что позволяет рассматривать периферические клетки как значимые в диагностике болезни Альцгеймера.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Testing the 2018 NIA-AA research framework in a retrospective large cohort of patients with cognitive impairment: from biological biomarkers to clinical syndromes / T. Carandini [et al.] // *Alzheimers. Res. Ther.* – 2019. – Vol. 11 (1). – P. 84. doi: 10.1186/s13195-019-0543-7.
2. Нейровизуализация гиппокампа: роль в диагностике болезни альцгеймера на ранней стадии / Н. Г. Незнанов [и др.] // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии.* – 2018. – № 4. – С. 3–11. doi : 10.31363/2313-7053-2018-4-3-11
3. Memory markers in the continuum of the Alzheimer’s clinical syndrome / M. A. Parra [et al.] // *Alz. Res.s Therapy.* – 2022. – Vol. 14. – P. 142. doi:10.1186/s13195-022-01082-9
4. Free and cued selective reminding identifies very mild dementia in primary care / E. Grober [et al.] // *Alzheimer. Dis. Assoc. Disord.* – 2010. – Vol. 24 (3). – P. 284–290. doi: 10.1097/WAD.0b013e3181cfc78b.
5. The ALFA project: A research platform to identify early pathophysiological features of Alzheimer’s disease / N. Gramunt [et al.] // *Alzheimers. Dement (N Y).* – 2016. – Vol. 2 (2): – P. 82–92. doi: 10.1016/j.trci.2016.02.003.
6. Состояние ротовой полости в ранней диагностике и прогнозировании когнитивных расстройств / В. С. Мякотных [и др.] // *Успехи геронтол.* – 2022. – Т. 35, № 3. – С. 418–428. doi: 10.34922/AE.2022.35.3.014
7. Возрастные особенности буккального эпителия практически здоровых людей / В. В. Базарный [и др.] // *Клиническая лабораторная диагностика.* – 2022. – Т. 67, № 6. – С. 345–350.

УДК 614.2:005.5:616-053.31

П. Л. Мосько^{1,2}, Т. В. Калинина²

¹Учреждение здравоохранения

«Клинический родильный дом Минской области»,

²Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

г. Минск, Беларусь

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РАБОТЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ

Учреждение здравоохранения «Клинический родильный дом Минской области» (далее – КРДМО) – перинатальный центр третьего технологического уровня для Минской области. Специалисты центра оказывают профильную специализированную медицинскую помощь самым сложным пациентам. Главный принцип работы – пациент-ориентированность и ответственность.

За год в КРДМО рождаются более 3500 детей, в том числе 7 с массой менее 1000 грамм. В Минской области отмечается снижение числа родов: в 2013 г. – 17 612, в 2014 г. – 17 563, в 2015 г. – 17 552, в 2016 г. – 16 421, в 2017 г. – 14 072, в 2018 г. – 12 991, в 2019 г. – 12 164, в 2020 г. – 11 717, в 2021 г. – 10 324, в 2022 г. – 9 773. При этом доступность оказания медицинской помощи беременным на третьем перинатальном уровне стабильно растет. За последние 5 лет регистрируется стойкая тенденция роста удельного веса родов, принимаемых в КРДМО по отношению ко всем родоразрешениям в Минской области: в 2013 г. – 49,9 %, в 2014 г. – 50,8 %, в 2015 г. – 54,2 %, в 2016 г. – 51,3 %, в 2017 г. – 54,3 %, в 2018 г. – 54,9 %, в 2019 г. – 57,4 %, в 2020 г. – 57,4 %, в 2021 г. – 56,2 %, в 2022 г. – 63,0 %. За период 2013 – 2022 гг. число преждевременных родов в Минской области выросло в 1,8 раза.

Оказание высококвалифицированной перинатальной помощи населению Минской области осуществляется на четырех технологических уровнях. Стабильная работа КРДМО (третий технологический уровень перинатальной помощи) позволяет стоять на страже здоровья матери и ребенка и вносить существенный вклад в снижение младенческой и материнской смертности на территории Минской области.

Вместе с тем в период с 2014 по 2022 гг. отмечается рост числа детей, родившихся больными и заболевших в течение первого месяца жизни. В 2014 г. в Республике Беларусь заболеваемость новорожденных составляла 190,3 на 1000 живорожденных детей, в 2022 г. данный показатель 225,8 ‰ (рост на 18,7 %). В Минской области также отмечен значительный рост заболеваемости новорожденных: 168,4 и 205,5 на 1000 живорожденных детей в 2014 и 2022 гг., соответственно (рост на 22 %).

Несмотря на очевидные достижения по контролю младенческой и материнской смертности в Минской области, перед КРДМО стоит безотлагательная задача повышения эффективности оказания перинатальной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным детям. Организационные технологии, внедренные в КРДМО, направлены на эффективное предупреждение инвалидизации детей, перенесших критические состояния в перинатальном периоде.

В деятельности КРДМО реализуется система управления рисками, основанная на исполнении законодательных и нормативных требований, стандартизации процессов оказания медицинской помощи и риск-ориентированном подходе [1].

Риск-ориентированный подход базируется на создании безопасной больничной среды, обеспечивающей комфорт и безопасность как медицинского персонала, так и пациентов, и предусматривает идентификацию личности пациентов, что обеспечивает их безопасность и исключение медицинских ошибок. В управлении рисками используются проактивные профилактические технологии, основанные на добровольном признании и обсуждении проблемных ситуаций, анализе причин их возникновения, оценке их медицинских, социальных и экономических последствий.

Сегодня перед КРДМО стоят новые задачи, от решения которых зависит не только динамика младенческой смертности в Минской области, что непосредственно связано с выхаживанием детей с экстремально низкой массой тела, но и качество их жизни в дальнейшем.

Особое внимание в КРДМО уделяется анализу модели «neonatal near miss» (далее – NNM), оценивающей случаи «едва не умерших» новорожденных [2, 3]. Снижение перинатальных осложнений и потерь у новорожденных детей в КРДМО обеспечивается путем организации и проведения междисциплинарного консилиума с целью определения тактики родоразрешения и обеспечения готовности к оказанию медицинской помощи матерям и новорожденным детям из группы NNM.

КРДМО успешно реализует комплекс организационных мероприятий, направленных на повышение эффективности управления деятельностью перинатального центра третьего технологического уровня, обеспечивающих рациональное использование кадровых, финансовых, материальных и информационных ресурсов в Минской области.

Скоординированная работа позволяет повысить качество и результативность работы родильного дома, увеличить удовлетворенность сотрудников работой, а также снизить или предотвратить их физическое и эмоциональное истощение, профессиональное выгорание.

Большое внимание администрацией КРДМО уделяется работе с молодыми специалистами. Наиболее эффективной технологией повышения качества и престижности профессиональной деятельности акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов, педиатров является наставничество [4]. Наставничество в системе родовспоможения гармонично вписывается в культуру профессии, является школой профессионального воспитания и неотъемлемой частью кадровой политики. В процессе управления квалификацией медицинского персонала КРДМО наставничество выступает в качестве ключевого инструмента профессиональной подготовки.

Благодаря последовательной реализации мероприятий по созданию единого информационного пространства, формированию единой многоуровневой системы сбора, обработки и хранения медико-статистической и экономической информации медицинских организаций Минской области в КРДМО значительно вырос уровень использования информационно-коммуникационных технологий. Необходимость использования цифровых технологий в системе родовспоможения обусловлена повышением эффективности предоставления медицинских услуг, обеспечением поддержки принятия решений медицинскими работниками, повышением эффективности ухода за пациентами, предотвращением врачебных ошибок и сокращением расходов [5].

Реализация эффективной системы взаимодействия между учреждениями родовспоможения Минской области, позволяющей оказывать экстренную и неотложную медицинскую помощь, транспортировать беременных, рожениц, родильниц и новорожденных, а также согласовать тактику ведения на месте в случае отсутствия условий для транспортировки, обеспечивается внедрением дистанционных форм оказания медицинской помощи. В КРДМО функционирует дистанционный консультативный центр с возможностью организации выезда областных (акушерской и неонатальной) реанимационных консультативных бригад, оснащенных мобильными кюветами, диагностическим и реанимационным оборудованием.

Для уточнения диагноза, планирования дополнительных обследований, определения тактики лечения, обмена опытом и непрерывного повышения квалификации врачей в учреждениях родовспоможения Минской области организованы клинические телемедицинские консультации, которые проводятся также специалистами государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», профессорско-преподавательским составом кафедры акушерства и гинекологии учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» и реанимационно-консультативным центром учреждения здравоохранения «Минская областная детская клиническая больница». Особый интерес представляют телемедицинские консультации с дистанционной трансляцией данных (как правило, сонографических и электрокардиографических).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Управление рисками в здравоохранении: обзор литературы / Б. Д. Салхаева [и др.] // Journal of Health Development. – 2020. – Т. 1, № 35. – С. 24–29. doi: 10.32921/2225-9929-2020-1-35-24-29.
2. Использование модели «neonatal near miss» (едва выжившей новорожденный) с целью прогнозирования грозных осложнений перинатального периода / Г. В. Якорнова [и др.] // Лечение и профилактика. – 2019. – Т. 9, № 1. – С. 39–43.
3. Неонатальный «near miss»: организационно-медицинские аспекты / П. Л. Мосько [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2022. – № S1. – С. 203–210.
4. Наставничество как эффективная технология формирования ценностного отношения к профессии молодых специалистов в области здравоохранения / К. Г. Сердакова [и др.] // Ученые записки Российского государственного социального университета. – 2021. – Т. 20, № 3 (160). – С. 92–99. doi: 10.17922/2071-5323-2021-20-3-92-99
5. Customer relationship management systems (CRMS) in the healthcare environment: A systematic literature review / Y. Baashar [et al.] // Computer Standards & Interfaces. – 2020/ – V. 71. – P. 103442. doi: 10.1016/j.csi.2020.103442

УДК 614.2

О. Р. Мухаммадеева

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Уфа, Российская Федерация*

ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Хронические дерматозы остаются широко распространенными заболеваниями среди населения. Они характеризуются частыми обострениями, короткими ремиссиями и длительным лечением [1]. Важное значение в предотвращении обострений и контроле заболевания имеет проведение профилактических мероприятий, своевременность и эффективность которых зависят от медицинской активности пациентов, являющейся одним из важных аспектов, формирующих здоровье населения в целом [2, 3]. На уровень медицинской активности пациентов оказывают влияние их психоэмоциональное состояние, социальные факторы, образ жизни, сфера трудовой деятельности, уровень информированности о своем заболевании, доступность медицинской помощи [3]. Особое внимание следует уделять работе по формированию высокой медицинской активности среди сельского населения. Особенности сельской местности являются низкая плотность населения, отдаленность населенных пунктов от крупных медицинских центров, недостаток медицинских кадров, которые в определенной степени влияют на медицинскую активность населения районов [4]. Несомненно, научный анализ факторов формирования медицинской активности является необходимым для обоснования мероприятий по ее повышению среди сельского населения.

Цель

Изучить факторы, влияющие на формирование медицинской активности сельских жителей, страдающих хроническими дерматозами.

Материалы и методы исследования

Проведено анкетирование пациентов с хроническими дерматозами и выкопировка данных из амбулаторных карт 1020 пациентов, обратившихся в ЦРБ к врачу-дерматовенерологу. Исходя из того, что одним из результатов высокой медицинской активности пациента является положительная динамика заболевания, которая в свою очередь в значительной мере обусловлена правильностью выбора тактики лечения и своевременностью постановки больного на диспансерное наблюдение у врача-специалиста, пациентов распределили на две группы: с благоприятным течением и неблагоприятным течением заболевания. Благоприятным течением заболевания считали редкое число обострений (не чаще 1 раза в год) и длительность полной немедикаментозной ремиссии не менее полугода (полное отсутствие, либо сохранение только «дежурных» элементов сыпи).

Для изучения факторов, влияющих на медицинскую активность пациентов, отобрали 575 пациентов с благоприятным течением заболевания. Среди них было 56,4 % женщин и 43,6 % мужчин. Доля пациентов в возрастной группе 50–59 лет составила 20,9 %, 40–49 лет – 18,9 %, 30–39 лет – 18,0 %. Возрастные группы 18–29 лет, 60–69 лет и 70 лет и старше заняли меньшую долю (17,4, 14,3 и 10,6 % соответственно). Средний возраст опрошенных составил $46,8 \pm 2,6$ года.

Среди отобранных пациентов изучили факторы, определяющие медицинскую активность пациентов с хроническими дерматозами. Всего сформировано 4 группы факторов: социальные факторы, образ жизни, доступность медицинской помощи, медицинская грамотность. Внутри этих групп выделено 27 факторов. Применение однофакторного дисперсионного анализа позволило определить силу влияния отдельных факторов (η^2) и их проранжировать.

Результаты исследования и их обсуждение

Несомненно, определяющим медицинскую активность является доступность медицинской помощи. В данной группе факторов мы выделили следующие характеристики: наличие ФАПа в населенном пункте, близость медицинской организации к месту проживания пациента (пешая доступность либо необходимость использования общественного или личного транспорта), наличие врача-дерматовенеролога в ЦРБ, частота обращений к врачу-дерматовенерологу, частота амбулаторного и стационарного лечения, диспансерное наблюдение, уровень комплаентности пациента. В результате проведенного исследования выявлено, что на медицинскую активность сельских жителей с хроническими дерматозами наибольшее влияние оказывают такие факторы, как наличие в районе врача-дерматовенеролога (сила влияния фактора $\eta^2 = 46,3$ %), а также близость места проживания к медицинской организации ($\eta^2 = 25,5$ %) и диспансерное наблюдение пациента ($\eta^2 = 27,5$ %) (таблица 1). Обладающие наименьшей силой влияния в данной группе оказались два фактора: наличие ФАПа ($\eta^2 = 4,8$ %) и посещения врача-дерматовенеролога с профилактической целью ($\eta^2 = 5,0$ %). Такое распределение факторов по силе влияния объяснимо, учитывая, что при заболеваниях кожи пациенты стремятся попасть к врачу-специалисту, не рассматривая возможность того, что фельдшер ФАПа также может провести осмотр и определить дальнейшую тактику лечения. Поэтому именно наличие врача-дерматовенеролога в ЦРБ и факт диспансерного наблюдения являются значимыми в медицинской активности пациента.

Таблица 1 – Сила влияния факторов на медицинскую активность пациентов с хроническими дерматозами, проживающих в сельской местности

№	Факторы	Сила влияния признака, η^2 , %	Ранг
Социальные факторы			
1	Возраст	3,7	25
2	Семейное положение	12,7	14
3	Уровень образования	5,6	20
4	Число детей в семье	4,0	24
5	Вид дохода	2,1	27
6	Уровень дохода (руб. в месяц)	2,5	26
7	Вид занятости	13,1	13
8	Наличие транспортного средства	26,6	5
Образ жизни			
9	Употребление алкоголя	14,4	12
10	Курение	5,1	21
11	Режим дня (сна и бодрствования)	17,2	11
12	Полноценность рациона (употребление мяса, рыбы, продуктов растительного происхождения)	9,3	15
13	Обострение заболевания в случае несоблюдения режима питания	8,5	16
14	Индекс массы тела	6,9	19
15	Физическая активность	7,1	18
Доступность медицинской помощи и частота обращений			
16	Наличие ФАПа в населенном пункте	4,8	23
17	Близость медицинской организации	25,5	7
18	Наличие врача-дерматовенеролога в ЦРБ	46,3	1
19	Обращение пациентов в случае обострения заболевания к врачу-дерматовенерологу	27,8	3
20	Частота посещения врача-дерматовенеролога с профилактической целью вне обострения	5,0	22
21	Частота амбулаторного лечения в год у врача-дерматовенеролога	17,5	10
22	Частота стационарного лечения в год	22,2	8
23	Диспансерное наблюдение пациентов	27,5	4
24	Готовность пациента выполнять советы и рекомендации врача-дерматовенеролога (комплаентность пациента)	20,6	9
Медицинская грамотность			
25	Источник получения информации о своем заболевании	25,6	6
26	Источники информации, вызывающие большее доверие	28,5	2
27	Очное посещение школы здоровья, лекций	8,1	17

Следующей по силе влияния стала группа факторов, формирующих медицинскую грамотность пациентов. Как известно, медицинскую грамотность определяет медицинское поведение [3]. Поэтому в группе были выделены такие факторы, как выбор источника получения информации о своем заболевании (врач, чтение литературы, социальные сети и интернет, СМИ), а также уровень доверия к ним. Установлено, что именно данные факторы значимо влияют на медицинскую активность ($\eta^2 = 25,6\%$ и $\eta^2 = 28,8\%$ соответственно). Посещение школ здоровья в очном формате имеет меньшую силу влияния на медицинскую активность ($\eta^2 = 8,1\%$). Поэтому следует активизировать их работу путем перевода в онлайн формат.

В группе социальных факторов наибольшее влияние на медицинскую активность оказывает наличие личного транспортного средства ($\eta^2 = 26,6\%$), которое обеспечивает пациенту свободу передвижения, повышая доступность медицинской помощи. Следующим по силе влияния в данной группе оказался вид трудовой занятости ($\eta^2 = 13,1\%$). Пациентам было предложено выбрать одну из категорий: служащий, рабочий, самозанятый, пенсионер, обучающийся, безработный. Выявлено, что медицинская активность выше у пенсионеров и служащих, ниже – у самозанятых и обучающихся. Сила влияния семейного положения составила $\eta^2 = 12,7\%$. Чаще посещают врача и выполняют все рекомендации пациенты, состоящие в браке, чем не имеющие семьи по каким-либо причинам. Возраст, уровень образования и число детей в семье оказывают меньшее влияние – сила влияния признаков составила 3,7, 5,6 и 4,0 % соответственно. Оказалось, что наименьшее влияние ($\eta^2 = 2,1\%$) оказывают вид дохода (зароботная плата, стипендия, пенсия, отсутствие постоянного дохода) и его уровень ($\eta^2 = 2,5\%$).

Из факторов, характеризующих образ жизни и оказывающих влияние на здоровье и медицинское поведение пациента, наибольшее влияние оказывает отношение к алкоголю ($\eta^2 = 14,4\%$) и соблюдение режима дня ($\eta^2 = 17,2\%$). Выше медицинская активность у пациентов, редко («только по праздникам») употребляющих алкоголь и соблюдающих режим дня. Значение факта курения оказалось небольшим ($\eta^2 = 5,1\%$). Также низкую силу влияния на медицинскую активность оказывает индекс массы тела ($\eta^2 = 6,9\%$).

Заключение

Таким образом, на уровень медицинской активности пациентов с хроническими дерматозами, проживающих в сельской местности, оказывает влияние много факторов. Среди них основными являются доступность медицинской помощи и возможность периодического посещения пациентом врача. Также значимое влияние оказывает уровень информированности пациента о своем заболевании.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Соловьева, С. Ю. Совершенствование организации медицинской помощи больным с хроническими дерматозами на основе развития общей врачебной практики (обзор литературы) [Электронный ресурс] / С. Ю. Соловьева, А. В. Фомина // Вестник новых медицинских технологий. – 2016. – № 4. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovershenstvovanie-organizatsii-meditsinskoy-pomoschi-bolnym-s-hronicheskimi-dermatozami-na-osnove-razvitiya-obschey-vrachebnoy>. – Дата доступа: 20.08.2023.
2. Фомичева, М. Л. Система медицинской профилактики: основные проблемы / М. Л. Фомичева, Е. Л. Жиленко, В. А. Евдаков // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2018. – № 4. – С. 85–92.
3. Полунина, Н. В. Профилактическая медицина – основа сохранения здоровья населения / Н. В. Полунина, Ю. П. Пивоваров, О. Ю. Милушкина // Вестник РГМУ. – 2018. – № 5. – С. 5–12.
4. Еремина, М. Г. Характеристика сельского здравоохранения в современной России / М. Г. Еремина // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология. – 2022. – № 1 (22). – С. 98–100.

УДК 616.22-006-07:[614.25:616-08-039.5]

М. Г. Орлова¹, Т. Г. Санукевич², Ж. В. Колядич³, В. М. Писарик¹

¹Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения»,

²Министерство здравоохранения Республики Беларусь,

³Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»

г. Минск, Республика Беларусь

СВОЕВРЕМЕННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ И ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Введение

В структуре злокачественных новообразований головы и шеи рак гортани занимает первое место и составляет около 3,3 % в структуре общей онкопатологии. Ежегодное абсолютное число заболевших в Республике Беларусь составляет более 600 человек. Среди трудоспособного населения за 20-летний период отмечается незначительное увеличение заболеваемости: с 4,0 на 100 тыс. населения в 2000 г. до 4,3 в 2019 г. (темп прироста составил +7,5 %). Заболеваемость регистрируется в возрастных группах 50-69 лет как в мужской, так и в женской популяции. Мужчины, согласно данным статистики, более чем в 5 раз чаще заболевают злокачественными новообразованиями гортани. Данная локализация имеет высокую социальную значимость, обусловленную инвалидизирующим лечением, связанным с утратой гортани. Это ведет к нарушению способности к общению и выраженному снижению коммуникативных функций. В то же время количество случаев рака гортани, выявляемых в III–IV стадиях, в Республике Беларусь составляет 50–60 % [1].

Своевременное выявление злокачественного процесса гортани – одна из самых сложных и пока до конца нерешенных проблем во всем мире. Это связано с трудностью осмотра гортани, недостаточной квалификацией врачей, отсутствием онкологической грамотности многих врачей-клиницистов. Однако для патологии гортани имеется патогномичный симптом – изменение голоса различной степени выраженности в течение длительного периода.

Амбулаторно-поликлинические организации (АПО) выступают первичным звеном, на которое возложена основная нагрузка по оказанию помощи пациентам с любой патологией, в том числе и выявление злокачественных новообразований гортани. Врачам общей практики (ВОП) отведена важная роль: они направляют пациентов к профильным специалистам для уточнения диагноза, лечения и тактики наблюдения.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 572 от 28.04.2022 «О порядке проведения раннего выявления предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований головы и шеи» (приказ Минздрава № 572), все пациенты с симптомами, характерными для заболеваний гортани вне зависимости, обратились ли они самостоятельно вследствие повышения информированности населения или симптомы у них выявлены в процессе скрининговых мероприятий, направляются

на прием к ВОП, задача которого при наличии подозрения на заболевания гортани направить пациента к врачу-оториноларингологу для углубленного обследования. Таким образом, ответственность за своевременное выявление предраковых состояний во многом лежит на ВОП.

Цель

Провести оценку онкологической грамотности ВОП в аспекте своевременного выявления новообразований гортани.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

- оценить онкологическую грамотность ВОП;
- оценить результативность работы ВОП-службы по своевременному выявлению предопухолевых заболеваний головы и шеи.

Материалы и методы исследования

Материалом для настоящего исследования послужили сведения, предоставленные по запросу главными управлениями по здравоохранению облисполкомов и комитета по здравоохранению г. Минска, с помощью которых была проанализирована работа ВОП, оказывающих медицинскую помощь пациентам с предраковыми заболеваниями головы и шеи в Республике Беларусь за 2019 и 2022 гг. Год 2019 был выбран в качестве контрольного периода, поскольку на работу организаций здравоохранения в этом году не повлияла эпидемическая ситуация, вызванная инфекцией COVID-19, а 2022 год взят для сравнения с 2019-м (таблица 1) и оценки корректирующих действий, регламентированных приказом Минздрава № 572 (таблицы 2 и 3; данные представлены за период с апреля 2022 года по март 2023 года – за год действия названного приказа). Обработка результатов осуществлялась на персональном компьютере с помощью пакетов прикладных программ «Microsoft Office».

Результаты исследования и их обсуждение

Для оценки кадрового обеспечения ВОП в АПО по каждому региону и в целом по стране нами рассчитаны следующие показатели: укомплектованность ВОП, укомплектованность соответствующих должностей физическими лицами и коэффициент совместительства. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Индикаторы кадрового обеспечения ВОП в АПО в 2019 и 2022 гг.

Регион	Укомплектованность ВОП, %		Укомплектованность должностей физическими лицами, %		Коэффициент совместительства ВОП	
	2019 г.	2022 г.	2019 г.	2022 г.	2019 г.	2022 г.
Брестская область	97,5	97,4	80,0	81,9	1,2	1,2
Витебская область	98,9	98,6	85,6	70,2	1,2	1,4
Гомельская область	99,3	99,4	75,7	73,9	1,3	1,3
Гродненская область	97,2	95,6	86,8	79,6	1,1	1,2
Минская область	97,1	92,2	84,3	75,0	1,2	1,2
Могилевская область	98,1	98,8	79,9	83,3	1,2	1,2
г. Минск	96,1	92,5	75,3	62,2	1,3	1,5
Республика Беларусь	97,6	96,1	80,5	74,4	1,2	1,3

Как видно из данных таблицы 1, в целом по республике как в 2019 г., так и в 2022 г. отмечается хорошая укомплектованность по штатным должностям ВОП.

Укомплектованность по физическим лицам ВОП в среднем по республике снизилась с 80,5 % – в 2019 г. до 74,4 % – в 2022 г. Самый высокий показатель укомплектованности по физическим лицам ВОП в 2019 г. был в Гродненской области (86,8 %), в 2022 г. – в Могилевской области (83,3 %). Низкая укомплектованность по физическим лицам ВОП в 2022 году отмечена в г. Минске – 62,2 % и Витебской области – 70,2 %. Соответственно и коэффициент совместительства ВОП выше по г. Минску (1,5) и Витебской области (1,4).

При сравнении кадрового обеспечения со статистическими показателями зарубежного здравоохранения следует учитывать принципы организации медицинской помощи в разных странах, несовпадение роли и функций медицинских работников. Так, по данным 2019 г. в США врачи общего профиля (терапевты, ВОП, семейные врачи) были представлены в количестве 0,31 на 1 000 населения, в Российской Федерации – 0,32 на 1 000 населения, что в 1,6 раза меньше, чем в Республике Беларусь [2].

Таким образом, ВОП-служба укомплектована на достаточном уровне и выраженного кадрового дефицита не испытывает.

Знание патогномичного симптома – изменение голоса различной степени выраженности в течение длительного времени, которое наблюдается у всех пациентов с предраковыми заболеваниями и злокачественными новообразованиями гортани, помогает ВОП заподозрить патологию и направить пациента для дифференциальной диагностики и выполнения биопсии к врачу-оториноларингологу. Врачи-оториноларингологи отвечают за верификацию патологических процессов, проведение биопсии с последующим хирургическим удалением выявленной предопухоловой патологии.

Для оценки онкологической грамотности ВОП нами проанализирована их работа по своевременному выявлению новообразований гортани. В таблице 2 представлены данные о количестве пациентов, направленных ВОП на дообследование к врачу-оториноларингологу.

Таблица 2 – Количество пациентов с подозрением на наличие новообразования головы и шеи, направленных ВОП на дообследование к врачу-оториноларингологу (апрель 2022 – март 2023)

Регион	Количество пациентов, направленных ВОП на дообследование к врачу-оториноларингологу		
	абс	%	на 1000 нас.
Брестская область	3 896	0,4	3,8
Витебская область	11 258	2,0	13,3
Гомельская область	129 217	21,8	95,2
Гродненская область	16 174	2,3	21,2
Минская область	31 679	3,0	27,9
Могилевская область	81 886	22,7	101,8
г. Минск	385 041	16,3	117,8
Республика Беларусь	659 151	9,8	54,4

По данным таблицы 2 видно, что в целом по стране 9,8 % пациентов от общего количества осмотренных ВОП были направлены на дообследование к врачам-оториноларингологам. При сравнении регионов наблюдается широкий разброс – от 3,8 ‰ в

Брестской области до 95,2 % в Гомельской и 101,8 % в Могилевской области. Возможно, это связано с более высокой онконастороженностью населения регионов, наиболее пострадавших от последствий аварии на ЧАЭС. Наличие в городе Минске большого количества переселенцев из этих областей также может обуславливать онконастороженность и высокий уровень направлений (117,8 %). С другой стороны, низкое значение данного показателя в Брестской области (3,8 %) может указывать как на высокую онкологическую грамотность местных ВОП (то есть направляют только тех, кому это действительно необходимо) либо на низкую онкологическую грамотность (т. е. не направляют почти никого).

Для оценки результативности работы ВОП по своевременному выявлению предопухолевых заболеваний головы и шеи мы рассчитали долю подтвержденных случаев предопухолевых заболеваний головы и шеи среди тех пациентов, которые были направлены ВОП на дообследование (таблица 3).

Таблица 3 – Показатели результативности работы ВОП-службы по своевременному выявлению предопухолевых заболеваний головы и шеи (апрель 2022 – март 2023)

Регион	Количество случаев предопухолевых заболеваний головы и шеи*			Доля выявленных случаев из числа направленных**
	абс	%	на 1000 нас.	%
Брестская область	1 461	0,2	1,4	25,0
Витебская область	3 375	0,7	4,0	21,9
Гомельская область	1 232	0,2	0,9	0,7
Гродненская область	12 183	1,7	16,0	53,5
Минская область	31 679	3	27,9	21,4
Могилевская область	2 707	0,7	3,4	2,3
г. Минск	57 225	2,4	17,5	21,7
Республика Беларусь	109 862	1,3	10,2	14,6

*Примечание: * Количество случаев предопухолевых заболеваний головы и шеи (согласно приложений 4–6 к приказу Минздрава №572), выявленных за отчетный период из числа обследуемых лиц.*

*** Доля выявленных случаев предопухолевых заболеваний головы и шеи из числа пациентов, направленных ВОП на дообследование.*

Данные таблицы 3 показывают, что в целом по стране доля выявленных случаев предопухолевых заболеваний головы и шеи среди пациентов, направленных ВОП на дообследование, составляет 14,6 %. Наименьшая доля выявленных случаев зарегистрирована в Гомельской области – 0,7 %, наибольшая – 53,5 % в Гродненской области. При этом в Брестской области при уровне направления на дообследование к врачам-оториноларингологам 3,8 % (таблица 2) – в 25,0 % случаев было выявлено предопухолевое заболевание, в Могилевской области при уровне направления 101,8 % (таблица 2) – в 2,3 % случаев. Полученные данные свидетельствуют о невысокой результативности работы ВОП-службы по своевременному выявлению предопухолевых заболеваний головы и шеи.

Выводы:

1. Укомплектованность ВОП в АПО находится на достаточном уровне.

2. Онкологическая грамотность ВОП и результативность их работы по своевременному выявлению предопухолевых заболеваний головы и шеи находится на невысоком уровне и требует улучшения с помощью практико-ориентированных обучений для ВОП по вопросам начальных симптомов новообразований головы и шеи.

Заключение

Выявленная несформированность профессиональных компетенций у специалистов для осуществления межведомственных взаимодействий в системе диагностики новообразований головы и шеи обуславливает целесообразность пересмотра содержания образовательных программ, применения комплексного подхода и совершенствования практико-ориентированной профессиональной подготовки, а также внедрения единой программы аттестации специалистов, осуществляющих диагностику новообразований. Перечисленные меры позволят повысить своевременную выявляемость онкопатологий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Эпидемиологический анализ злокачественных новообразований гортани в Беларуси за 2000–2019 гг. / И. Д. Шляга [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. – 2021. – Т. 18, № 4. – С. 83–92.
2. Аксенова, Е. И. Оптимальная модель определения штатной численности медицинского персонала. Экспертная оценка / Е. И. Аксенова, Ю. В. Бурковская, В. Г. Хороших. – М. : НИИОЗММ, 2021. – 57 с.

УДК 314.116-026.241(476.2)»2009/2019»

А. М. Островский, И. Н. Коляда

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ДИНАМИКА ЕСТЕСТВЕННОГО ПРИРОСТА НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2009 ПО 2019 Г.

Введение

Одним из важнейших факторов развития страны является ее демографическое состояние, то есть качественные и количественные характеристики населения. Современная демографическая ситуация, формирование которой является сложным и противоречивым процессом, взаимообусловлена комплексом социально-экономических, социально-гигиенических, медико-биологических и других факторов [1, 2].

Считается, что сложившаяся демографическая ситуация в нашей стране вплоть до 2030-х годов будет оказывать негативное влияние на тенденции рождаемости, в связи с чем в ближайшее время по-прежнему велика вероятность демографического спада [3].

Поэтому обеспечение демографической безопасности продолжает оставаться одним из основных направлений деятельности государства.

Цель

Провести анализ динамики естественного прироста (убыли) населения Гомельской области за период с 2009 по 2019 г.

Материалы и методы исследования

Источником исходной информации послужили официальные материалы ежегодных статистических сборников Национального статистического комитета Республики Беларусь за 2009–2019 гг. и рассчитанные органами здравоохранения Гомельской области показатели естественного прироста (убыли) населения по административным территориям Гомельской области за 2009–2019 гг. Расчет и оценка показателя естественного прироста (убыли) проводились по общепринятой методике [4]. Оценка статистической значимости разности сравниваемых показателей проводилась с помощью t-критерия Стьюдента. Статистически значимой считалась 95% вероятность различий ($p \leq 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

Определяющим фактором процесса депопуляции остается превышение числа умерших над родившимися. За период исследования 2009–2019 гг. в Гомельской области зарегистрирована естественная убыль населения. По итогам 2009 года показатель естественной убыли составил -2,9 ‰, в 2019 году статистически значимо вырос до -3,8 ‰ (темп прироста составил 31,0 %; $t = 13,1$; $p < 0,001$). Превышение числа умерших над родившимися в 2009 году зарегистрировано в 1,25 раза, в 2019 году – в 1,4 раза (рисунок 1).

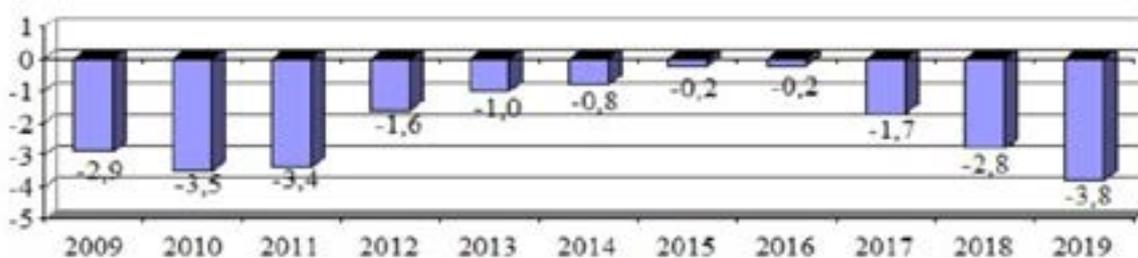


Рисунок 1 – Динамика естественной убыли населения в Гомельской области (2009–2019)

Естественная убыль населения в 2009 году отмечена во всех административных территориях области за исключением Жлобинского (0,69 ‰) и Мозырского (1,07 ‰) районов.

По сравнению с 2018 годом показатель естественной убыли также статистически значимо вырос (2018 год – -2,8 ‰; темп прироста составил 35,7 %; $t = 14,6$; $p < 0,001$). За 2019 год за счет естественной убыли численность населения области сократилась на 5320 человек. Естественная убыль населения в 2019 году зарегистрирована во всех административных территориях области за исключением Кормянского (0,9 ‰) и Наровлянского (2,4 ‰) районов.

Динамика естественного прироста (убыли) в разрезе городского и сельского населения Гомельской области за анализируемый период изображена на рисунке 2.

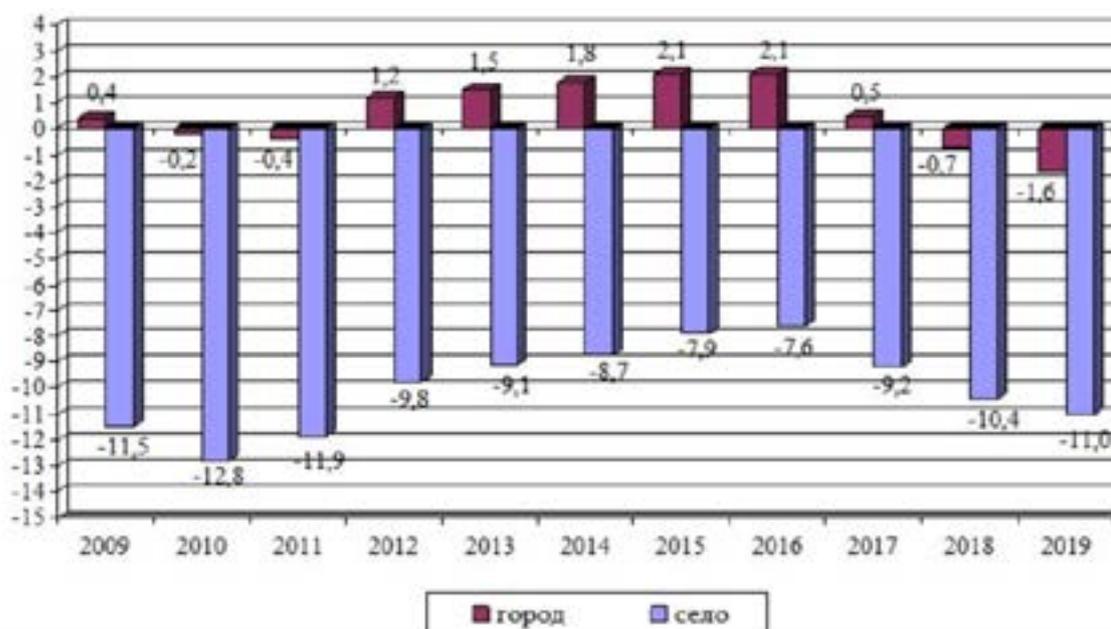


Рисунок 2 – Динамика естественного прироста (убыли) городского и сельского населения Гомельской области (2009–2019)

На представленной диаграмме видно, что в 2019 году по сравнению с 2009 годом показатель естественной убыли статистически значимо вырос среди городского населения (в 4,3 раза, с 0,37 % (показатель естественного прироста) в 2009 году до -1,6 % в 2019 году; $t = 45,7$; $p < 0,001$). Среди сельского населения показатель естественной убыли в 2019 году статистически значимо снизился (на 4,6 %, с -11,53 % в 2009 году до -11,0% в 2019 году; $t = 2,1$; $p < 0,05$).

На протяжении последних двух лет отмечается статистически значимый рост естественной убыли как городского (в 2,3 раза, с -0,7 % в 2018 году до -1,6% в 2019 году; $t = 19,4$; $p < 0,001$), так и сельского (на 5,8 %, с -10,4 % в 2018 году до -11,0 % в 2019 году; $t = 2,3$; $p < 0,05$) населения Гомельской области. Численность городского населения за счет естественной убыли в 2019 году сократилась на 1793 человека, сельского – на 3527 человек.

Естественная убыль городского населения в 2019 году зарегистрирована в г. Гомель (-1,8 %) и 13 районах области: Ельском (-10,1 %), Петриковском (-8,7 %), Лоевском (-6,1 %), Добрушском (-5,1 %), Светлогорском (-4,6 %), Речицком (-3,5 %), Октябрьском (-3,4 %), Рогачевском (-3,2 %), Буда-Кошелевском (-3,0 %), Калинковичском (-2,2 %), Хойникском (-1,7 %), Ветковском (-0,7 %) и Мозырском (-0,6 %). Естественная убыль сельского населения в 2019 году зарегистрирована во всех административных территориях Гомельской области.

Заключение

За период исследования 2009–2019 гг. в Гомельской области зарегистрирована естественная убыль населения. При этом темп убыли населения статистически значимо

вырос в 2019 году по сравнению с 2009 годом. В 2019 году естественная убыль населения зарегистрирована во всех административных территориях Гомельской области, за исключением Кормянского и Наровлянского районов. На протяжении последних двух лет отмечается статистически значимый рост естественной убыли как городского, так и сельского населения Гомельской области. Учитывая вышеизложенное, особую значимость приобретают выполнение положений Национальной стратегии устойчивого развития Республики Беларусь до 2035 года, мероприятий Программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2021–2025 годы, Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы, где сохранение и укрепление здоровья нации является одним из приоритетных направлений внутренней политики нашего государства, что будет способствовать улучшению индикаторов национальной безопасности в сфере здравоохранения и демографической безопасности, а также достижению Целей устойчивого развития, в том числе цели 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Состояние и пути разрешения медико-демографического кризиса в Гомельском регионе / С. В. Жаворонок [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. – 2006. – № 1 (7). – С. 44–48.
2. Тенденции и динамика демографических показателей и здоровья населения Гомельской области / В. А. Нараленков [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. – 2005. – № 1 (3). – С. 120–125.
3. Тарманова, Т. В. Анализ результатов реализации Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2011–2015 годы / Т. В. Тарманова // Современный менеджмент: проблемы, исследования, перспективы : сб. науч. ст. молодых ученых VI заоч. сателлитной конф. / ООО «Лаборатория интеллекта», Каф. нац. экономики и гос. управления фак-та менеджмента Белорус. гос. экономического ун-та ; ред. Группа : И. Н. Русак, Т. В. Буховец, В. В. Казбанов. – Минск : Беларус. наука, 2016. – Вып. 6. – С. 283–286.
4. Методика анализа медико-демографических показателей : учеб.-метод. пособие / М. В. Щавелева [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2015. – 33 с.

УДК 688.932.4:613.84-053.6

Л. Ю. Пальмова, Е. В. Кулакова

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Казань, Российская Федерация*

О ПРОБЛЕМЕ ПОПУЛЯРИЗАЦИИ НОВЫХ СРЕДСТВ ДОСТАВКИ НИКОТИНА В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ

Введение

Несмотря на популяризацию здорового образа жизни, актуальность курения в современном мире не теряет свои позиции. При этом различные способы доставки табака претерпевают определенные трансформации, во многом продиктованные модными тенденциями. Развитие прикладной науки быстрыми темпами привело к созданию мно-

гочисленных устройств по доставке никотина и внедрению их в повседневную жизнь. Одно из них – электронные сигареты (ЭС), на основе которых были созданы вейпы, содержащие ароматические вредные соединения.

Реалией настоящего времени, несущей объективные риски для здоровья, следует признать высокую популярность вейпинга, особенно среди молодежи. Электронные сигареты (ЭС, вейпы) представляют собой электронные устройства, генерирующие высокодисперсный аэрозоль, который вдыхает пользователь. Основные части устройства составляют мундштук, батарея и атомайзер, включающий нагревательный элемент, картридж или резервуар со специальной жидкостью-наполнителем. Вейпы позволяют создать аэрозольную форму никотина и тетрагидроканнабинола (ТГК) и/или других веществ для вдыхания. Состав жидкости, используемой в подобного рода устройствах, весьма разнообразен и включает более 7000 ароматизаторов и других химических компонентов, в том числе канцерогенов. Это не только ТГК, но и каннабис, глицерин, ацетат витамина Е, ароматические и вкусовые добавки. Необходимо подчеркнуть, что негативные эффекты этих веществ реализуются в основном в процессе нагревания и связанных с этим химических реакций [1].

В мировой врачебной практике появилась новая респираторная патология - легочное повреждение, ассоциированное с электронными сигаретами и продуктами вейпинга, или болезнь вейперов (англ. EVALI, VAPI, EVAPI, E/VAPI). Первые упоминания о ней были зафиксированы в США в 2019 году, а в России – в 2021 году [2, 3]. Вейпы могут подвергаться воздействию никотина и других вредных веществ некурящих poblости лиц [4].

Цель

Изучить отношение молодых лиц к различным средствам доставки табака.

Материалы и методы исследования

В исследуемую группу вошли 137 человек, из них 67 мужчин (48,9 %) и 70 женщин (51,1 %). Средний возраст в группе составил 22 ± 4 года. Посредством собственной разработанной анкеты был проведен онлайн-опрос («Яндекс.Формы») молодых людей, являющихся студентами различных вузов. Среди опрошенных курящими оказались 55,2 % (37 чел.) мужчин и 50 % (25 чел.) женщин. Стаж курения в группе мужчин составил $5,53 \pm 1,5$ года, среди женщин – $3,03 \pm 0,51$ года ($p = 0,06$). Обработка результатов проводилась с помощью статистической программы Microsoft Excel, 2019.

Результаты исследования и их обсуждение

Вейпинг был отмечен как самый популярный метод употребления никотина среди мужчин (45,3 %; 29 чел.) и женщин (53,7 %; 29 чел.). Курение обычных сигарет оказалось на втором по частоте месте: так, среди мужчин их было 37,5 % (24 чел.), среди женщин достоверно меньше – 20,3 % (11 чел.) ($p < 0,05$). Курение кальянов выбрали 17,2 % (11 чел.) мужчин и 25,9 % (14 чел.) женщин. Комбинированные методы употребления никотина отметили 16 (44,4 %) мужчин и 13 (35,1 %) женщин. При этом наиболее частыми сочетаниями различных способов употребления табака были: сигареты и вейпы (20,6 % мужчин), кальян и вейпы (15 % женщин). Таким образом, среди студентов вузов в настоящее время наиболее популярным методом курения выступил вейпинг. Более трети всех опрошенных студентов прибегали к комбинации различных способов употребления табака.

При изучении мнения респондентов-курильщиков выяснилось, что в 43,3 % случаев юноши (29 чел.) и в 65,7 % девушки (46 чел.) осознают, что любой способ употребления никотина наносит тот или иной вред здоровью человека. В то же время

16,4 % (11 чел.) студентов и 7,1 % (5 чел.) студенток считали, что современные устройства являются менее вредными, чем обычные сигареты. По этой причине студенты обоих полов активно использовали именно вейпы. На вопрос о попытках избавиться от никотиновой зависимости в будущем 44,1 % (15 чел.) опрошенных мужчин и 43,6 % (17 чел.) женщин ответили утвердительно, что примерно одинаково в обеих подгруппах.

В отношении нежелательных явлений, связанных с использованием вейпинга, юноши наиболее часто указывали на кашель – 15,9 % (7 чел.), девушки - на головкружение, головную боль – 15,8 % (9 чел.) и кашель – 12,3 % (7 чел.). В подгруппах мужчин и женщин реже встречаемые симптомы выражались в ухудшении переносимости физической нагрузки (9,1 и 8,8 %), сердцебиении (9,1 и 8,8 %), затруднении дыхания (6,8 и 5,3 %), приступах удушья (4,6 и 3,5 %), учащении простудных заболеваний (4,6 и 1,8 % соответственно). Таким образом, специалистам первичного звена уже в настоящее время нужно быть готовыми к приему пациентов с различными жалобами, ассоциированными с использованием вейпов. В настоящее время этот аспект является весьма проблематичным и требует повышения осведомленности врачей поликлиник и скорой медицинской помощи.

Интересно было узнать, где молодые люди предпочитали применять вейпы и электронные сигареты. Анализ топографии применяемых курительных средств продемонстрировал следующие данные: так 75,9 % (22 чел.) мужчин и 65,6 % (19 чел.) женщин применяли их «где угодно», 17,2 % (5 чел.) мужчин и 24,2 % (7 чел.) женщин прибегали к подобного рода устройствам только в домашних условиях. Лишь небольшое число курильщиков указали на использование вейпов в местах, отдаленных от людей: 6,9 % (2 чел.) мужчин и 10,3 % (3 чел.) женщин.

Таким образом, в среде студенческой молодежи, независимо от пола, наиболее популярным методом курения выступает вейпинг. Большинство обучающихся использует вейпы в общественных местах, что выносит эту проблему за пределы личных границ курильщиков. Желание отказаться от вредной зависимости в будущем высказали менее половины опрошенных курящих молодых людей.

Заключение

Наличие активной рекламы, общедоступность и «своеобразная мода» на использование новых средств доставки табака способствуют популяризации этой серьезной проблемы и росту распространенности никотиновой зависимости у молодых людей. Неполное осознание негативных последствий при использовании электронных сигарет и вейпов диктует необходимость усиления просветительской работы по повышению медицинской грамотности молодого поколения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. E-cigarette, or vaping, product use-associated lung injury: a review / S. H. Belok [et al.] // *Pneumonia*. – 2020. – Vol. 33 (6). – P. 657–663.
2. Врачи Морозовской больницы спасли подростка, впервые в стране установив диагноз «легочное повреждение электронными сигаретами» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/news/default/card/5708.html>. – Дата доступа: 17.06.21.
3. Михайловский, А. И. Влияние жидкостей для электронных сигарет на дыхательную систему человека. Клиническое наблюдение пациента с EVALI / А. И. Михайловский, В. В. Войцеховский, Т. А. Лучникова // *Бюл. физиологии и патологии дыхания*. – 2022. – № 84. – С. 93–97.
4. Табак: электронные сигареты [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-e-cigarettes>. – Дата доступа: 15.11.22.

УДК: 616-036.22

Е. А. Приложинская

Государственное учреждение

«Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»

г. Минск, Республика Беларусь.

ВЛИЯНИЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ COVID-19 НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

Введение

ВИЧ-инфекция – многогранное социально значимое хроническое медикаментозно управляемое инфекционное заболевание, сочетающее в себе не только медицинские аспекты (профилактика, диагностика, лечение, недопущение развития терминальной 4-й стадии заболевания, предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку), но и социальные, правовые аспекты, вопросы преодоления стигмы и недопущения дискриминации.

По данным Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД ЮНЕЙДС в 2022 г. общемировое число людей, живущих с ВИЧ, составляло 39 миллионов человек [1].

В Республике Беларусь официальный статистический учет случаев ВИЧ-инфекции начался с 1987 г. За весь период статистического наблюдения – с 1987 по 2023 год зарегистрировано 33.654 случая ВИЧ-инфекции, из них на территории нашей страны на данный момент проживает 24.328 человек. Показатель распространенности составляет 262,8 на 100 тысяч населения (0,26 %).

С 2019 г. в Республике Беларусь регистрировалось снижение количества вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции: с 2.137 в 2019 г. (показатель заболеваемости – 22,64 на 100 тысяч населения) до 1.427 в 2020 г. (показатель заболеваемости – 15,12 на 100 тысяч населения). Наиболее вероятно это связано с введением в 2018 г. универсального доступа к лечению антиретровирусными препаратами людей, живущих с ВИЧ, с осложнением эпидемической ситуации по COVID-19, снижением количества лабораторных исследований на различные инфекции, в связи с нагрузкой на лабораторную службу, ограничением в посещении лечебных учреждений. В 2022 г. зарегистрировано 1.644 случая ВИЧ-инфекции, показатель заболеваемости на 11,3 % превысил уровень 2021 г. и составил 17,8 случая на 100 тысяч населения (2021 г. – 16,0 случаев на 100 тысяч населения) [2].

Таким образом, ВИЧ-инфекция не теряет своей актуальности, а пандемия COVID-19 бросает новые вызовы системе оказания помощи по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции. Появление COVID-19 создает дополнительное бремя для людей, живущих с ВИЧ, которые сталкиваются с множеством проблем со здоровьем и могут подвергаться повышенному риску тяжелого заболевания, вызванного COVID-19. Для того, чтобы противостоять многочисленным коморбидным состояниям среди людей, живущих с ВИЧ, также необходимо учитывать вызовы социального происхождения, которые подвергают эту группу риску заражения COVID-19, что повышает вероятность неблагоприятных исходов [3].

Цель

Изучить влияние инфекции COVID-19 на состояние здоровья людей, живущих с ВИЧ.

Материалы и методы исследования

Применялись статистический, аналитический методы исследования. В исследовании типа «случай-контроль» были включены пациенты с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция и коинфицированием COVID-19. Критериями включения служили: наличие установленного диагноза ВИЧ-инфекции и коинфицирование SARS-CoV-2. Данные выбирали из первичной медицинской документации пациентов «Медицинская карта стационарного больного» (форма № 003/у-07 Министерства здравоохранения Республики Беларусь) и Республиканского регистра пациентов с ВИЧ-инфекцией, затем вносились в электронную базу данных.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовании приняли участие 118 пациентов, в том числе мужчин – 84 (71,2 %), женщин – 34 (28,8 %). Средний возраст составил 41,7 года (от 21 до 81 года). 52 человека (44 %) официально трудоустроены. На статистический учет по ВИЧ-инфекции пациенты встали в разные годы - от вновь выявленных случаев до 24-летнего периода жизни с диагнозом. Средний период жизни с ВИЧ составляет 5,3 года. Преобладающая часть пациентов проживала на территории г. Минска.

На момент исследования антиретровирусную терапию принимали 87 пациентов (73,7 %), из них – 81 пациент принимает антиретровирусную терапию 1-го ряда, 5 – антиретровирусную терапию 2-го ряда, 1 – антиретровирусную терапию 3-го ряда. Основным показателем эффективности лечения является снижение вирусной нагрузки до неопределяемой (менее 500 копий вируса в 1 мл крови). Неопределяемую вирусную нагрузку имел 81 пациент (68,6 %), 80 из них принимают антиретровирусную терапию. 28 пациентов (23,7 %) имеют определяемую нагрузку от 1300 до 10.000.000, 9 пациентов (7,7 %) не сдавали анализы. Из всех пациентов с определяемой вирусной нагрузки антиретровирусную терапию принимают 6 человек, что может свидетельствовать о низкой приверженности к приему препаратов. 70 пациентов (59,3 %) имеют 1-ю стадию течения ВИЧ-инфекции, из них принимают антиретровирусную терапию 58 человек (82,9 % из пациентов с 1-й стадией заболевания). 2-ю стадию заболевания имеют 19 пациентов (16,1 %), из них принимают антиретровирусную терапию 14 человек (73,7 % из пациентов со 2-й стадией заболевания). 3-ю стадию заболевания имеют 7 пациентов (5,9 %), из них принимают антиретровирусную терапию 6 человек (85,7 % из пациентов с 3-й стадией заболевания). 4-ю стадию заболевания имеют 12 пациентов (10,2 %), из них принимают антиретровирусную терапию 9 человек (75 % из пациентов с 4 стадией заболевания). 10 пациентам (8,5 %) стадию не установили, так как они не сдавали лабораторные анализы. 3-я и 4-я стадии являются клинически продвинутыми и характеризуются снижением уровня CD4 лимфоцитов и присоединением оппортунистических инфекций.

В исследуемую группу включены пациенты, инфицировавшиеся SARS-CoV-2 с марта 2020 г. по март 2021 г. По месту инфицирования COVID-19 пациенты разделились следующим образом: 35 человек (29,7 %) инфицировались по месту жительства, по месту работы – 9 человек (7,6 %), в учреждениях здравоохранения – 7 человек (5,9 %), 22 человека (18,6 %) в прочих местах временного пребывания, у 45 человек (38,2 %) место инфицирования выявить не удалось. Из 118 пациентов с ВИЧ-инфекцией, перенесших COVID-19, 55 человек (46,6 %) перенесли инфекцию в легкой степени тяжести, 48 из них принимали антиретровирусную терапию (87,3 %). 58 человек (49,2 %) перенесли COVID-19 в средне-тяжелой форме, 37 из них принимали антиретровирусную терапию (63,8 %). И 5 человек перенесли COVID-19 в тяжелом течении, 2 из них принимали антиретровирусную терапию. Процент лиц, принимающих анти-

ретровирусную терапию в первой группе выше на 36,8 %, чем во второй и в 1,2 раза выше, чем в третьей группе. Наиболее вероятно, что правильное и эффективное лечение ВИЧ-инфекции является фактором для более благоприятного течения COVID-19, однако полученные данные требуют дальнейшего изучения. Процент средне-тяжелого и тяжелого течения COVID-19 у пациентов с высокой вирусной нагрузкой (от 1300 до 910.000) составляет 77,8 %.

По клинической симптоматике получены следующие результаты. У 70 % пациентов (83 человека) отмечалось повышение температуры тела, миалгией страдали 7,6 % (9 человек), боль в горле наблюдалась у 13,5 % (16 человек), головная боль – у 17 % (20 человек), 20,3 % (24 человека) указали на потерю обоняния и вкуса, 9,3 % (11 человек) жаловались на насморк, на одышку – 5 % (6 человек), на кашель – 28,8 % (34 человека), на боли в суставах – 3,4 % (4 человека), на тошноту и рвоту – 1,7 % (2 человека), на диарею – 0,8 % (1 человек), бессимптомное течение отмечено у 15 % пациентов (18 человек). У 15 пациентов также отмечались сопутствующие заболевания (патология органов дыхания, мочеполовой системы, пищеварительной системы, сахарный диабет).

Из 118 пациентов 57 человек (48,3 %) лечили COVID-19 амбулаторно, из них антиретровирусную терапию принимали 49 человек (86 % от 57), 61 человек (51,7 %) подлежал госпитализации, из них принимали антиретровирусную терапию 38 человек (62,3 % от 61). Процент пациентов, принимающих АРТ, выше в группе, которая лечилась амбулаторно, на 38 %.

Из 118 пациентов 10 пациентов умерли. Все они имели тяжелое или средне-тяжелое течение COVID-19, были госпитализированы, половина из них не принимала антиретровирусную терапию, 40 % из них имели хронический вирусный гепатит С.

Заключение

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что люди, живущие с ВИЧ, подвержены инфицированию COVID-19 вне зависимости от стадии заболевания. 30 пациентов помимо коинфекции COVID-19 имели хронический вирусный гепатит С (25,4 %). Показатели вирусной нагрузки, а также прием антиретровирусной терапии оказывает влияние на показатели тяжести течения заболевания. При коинфицировании людей, живущих с ВИЧ, на 3-й и 4-й стадиях ВИЧ-инфекции COVID-19 вероятность развития летального исхода возрастает.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Информационный бюллетень 2023. Глобальная статистика по ВИЧ ЮНЭЙДС [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_ru.pdf. – Дата доступа: 24.08.2023.
2. Эпидситуация по ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь РЦГЭиОЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rceph.by/news/epidsituatsiya-po-vich-infektsii-v-respublike-belarus-po-sostoyaniyu-na-1-noyabrya-2022-goda.html>. – Дата доступа: 12.08.2023.
3. Оценка динамики тестирования на ВИЧ и вовлечения людей, живущих с ВИЧ, в программы антиретровирусной терапии в регионе ВЕЦА : аналитический отчет / А. Зезюлин [и др.]. – ЮНЭЙДС, 2021. – 177 с.

УДК 616.02-053.2:331.108

А. И. Разуванов, А. В. Зуева, А. И. Пацко, О. Д. Пастухова

Государственное учреждение

*«Республиканский научно-практический центр медицинской
экспертизы и реабилитации»*

г. Минск, Республика Беларусь

ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КЛИНИКО-ТРУДОВОГО ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ОРГАНИЗМА

Введение

По данным официального глобального доклада, подготовленного Всемирной организацией здравоохранения и Всемирным банком, во всем мире более миллиарда человек живут с какой-либо формой инвалидности, что составляет 15 % населения Земли [1]. Из них 2–4 % людей испытывают значительные трудности в функционировании, что, безусловно, влияет в той или иной степени на их профессиональную, социальную и личную жизнь.

По состоянию на 01.01.2023 года общая численность людей с инвалидностью в Республике Беларусь, отмеченная в социальном отчете общественного объединения «Белорусское общество инвалидов», составила 497,4 тыс. человек, что составляет 5,4 % от численности населения страны [2, 3]. В Республике Беларусь группа инвалидности устанавливается в ходе проведения медико-социальной экспертизы медико-реабилитационными экспертными комиссиями [4, 5].

В 2020 году редакцией закона Республики Беларусь от 11.12.2020 №94-З «О здравоохранении» утвержден новый вид медицинских экспертиз – экспертиза профессионального характера заболевания (ст. 37-1), кроме этого, постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.06.2021 №77 «О вопросах проведения медико-социальной экспертизы» одним из критериев для установления инвалидности (первой, второй и третьей группы) указывается клиничко-трудовой прогноз. Выделение как самостоятельного вида экспертизы профессионального характера заболевания, так и критерия установления инвалидности свидетельствует о важности поставленных целей и значительном объеме работ в этом направлении [4, 6].

В настоящее время концептуальной основой для сферы медико-социальной экспертизы является биопсихосоциальная модель. Биопсихосоциальная модель инвалидности является современным подходом к пониманию и объяснению инвалидности, который учитывает не только физические аспекты заболеваний и нарушений функций, но также их психологические и социальные последствия. Эта модель признает, что инвалидность возникает в результате взаимодействия между биологическими, психологическими и социальными факторами.

В биологическом аспекте модель уделяет внимание физиологическим аномалиям, заболеваниям, нарушениям функций и физическим ограничениям, которые могут быть причиной инвалидности. Это может включать, например, последствия от генетических аномалий, травм, хронических заболеваний или физических дефектов. Биологические факторы могут оказывать непосредственное влияние на здоровье и функциональные возможности индивида.

Психологический аспект модели подчеркивает влияние психологических факторов на восприятие и адаптацию к инвалидности. Он учитывает эмоциональные, когнитивные и поведенческие аспекты, связанные с инвалидностью. Это может включать эмоциональную реакцию на инвалидность, проблемы самооценки, в том числе страх одиночества, чувство неполноценности, стресс и психологическую адаптацию к новой жизненной ситуации.

Социальный аспект модели подчеркивает роль социальной среды в формировании опыта и возможностей инвалидов. Он обращает внимание на стереотипы, стигматизацию, дискриминацию, недоступность окружающей среды и препятствия в функционировании, с которыми сталкиваются люди с инвалидностью в обществе. Это может включать ограничения в доступе к образованию, трудоустройству, транспорту, общественным местам (иными словами мобильности) и другим ресурсам, а также негативное отношение со стороны окружающих. Компонента «социо» в биопсихосоциальной модели предусматривает изучение влияния социальных условий на болезнь, что дает возможность устранить причины, мешающие эффективному восстановлению личности в обществе. В социальный аспект входят многие вопросы: влияние социальных факторов на развитие и последующее течение болезни, на эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий, социальное обеспечение инвалидов, наличие свободных трудовых мест, вопросы трудового и пенсионного законодательства, взаимоотношения больного (инвалида) и общества и т. д. [7].

Биопсихосоциальная модель инвалидности подчеркивает взаимосвязь и взаимодействие между этими тремя аспектами. Она отрицает простую линейную связь между заболеванием и инвалидностью, а вместо этого оценивает более сложные и многомерные факторы, влияющие на жизнь индивида с инвалидностью. Эта модель позиционирует комплексный подход к пониманию и решению проблем, связанных с инвалидностью, и обращает внимание на важность интегрированного медицинского, психологического и социального подходов к поддержке и реабилитации инвалидов.

До настоящего времени исследований, посвященных оценке клинико-трудового прогноза, согласно принятой парадигме в области медико-социальной экспертизы (с точки зрения психологической и социальной составляющей, сопоставления требований, предъявляемых профессией, с данными клинических и функциональных исследований и показателями профессиограммы), все еще крайне недостаточно.

Цель

Проанализировать обращения граждан с нарушениями функций органов и систем организма, поступивших в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», и предложить новый подход к оценке клинико-трудового прогноза.

Материалы и методы исследования

Собранные данные были обработаны с использованием соответствующих статистических методов и качественного анализа. Количественные данные были подвергнуты статистической обработке с использованием методов описательной статистики, непараметрических методов анализа данных. В работе использовался термин «ограничение жизнедеятельности» (ОЖ) с детализацией категории жизнедеятельности «способность к трудовой деятельности». Для оценки нарушения степени ОЖ использовалось понятие «функциональный класс» (ФК).

Ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата человеком способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передви-

гаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться, заниматься трудовой деятельностью [8].

Способность к трудовой деятельности (выполнению трудовой функции) – способность осуществлять трудовую деятельность (выполнять трудовую функцию) в соответствии с требованиями к квалификации, содержанию, объему, качеству, условиям труда, условиям выполнения работы, режимом работы [6].

Комплексная оценка показателей, характеризующих нарушение основных критериев жизнедеятельности человека, ранжировалась по пятибалльной шкале: ФК 0 – характеризует отсутствие или незначительные ограничения жизнедеятельности (0–4 %); ФК 1 – легкое ограничение (от 5 до 25 %); ФК 2 – умеренно выраженное ограничение (от 26 до 50 %); ФК 3 – выраженное ограничение (от 51 до 75 %); ФК 4 – резко выраженное ограничение (от 76 до 100 %) [6].

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования были рассмотрены обращения граждан, поступившие в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации» за 2021 год. Всего в 2021 году поступило 900 обращений, из которых 390 (43,33 %) были связаны с вопросами оценки профессиональной трудоспособности, что подчеркивает его значимость для заявителей. Средний возраст обращающихся составил $50,8 \pm 0,8$ года ($n = 390$).

Из 390 обращений большая (86,4 %; $p < 0,05$) часть была связана с вопросами к установлению инвалидности. По возрастному составу преобладала группа граждан старше 55 лет (48,7 %). Самая малочисленная возрастная группа – 18–40 лет (22,3 %), 29,0 % пациентов – возрастная группа 41–55 лет (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение пациентов по возрасту и причине обращения ($n = 390$)

Возраст	Причина обращения			
	установление группы инвалидности		другая причина	
	абс. число	возраст ($M \pm tm$)	абс. число	возраст ($M \pm tm$)
18–40	64	$29,0 \pm 1,0$	23	$23,7 \pm 1,5$
41–55	95	$48,3 \pm 0,4$	18	$45,3 \pm 1,0$
Старше 55	178	$62,8 \pm 0,5$	12	$69,3 \pm 2,5$
Всего	337	$52,3 \pm 0,8$	53	$41,4 \pm 2,6$

Категория жизнедеятельности «способность к трудовой деятельности» у преобладающего количества пациентов была определена, как ограниченная легкой (161 (41,3 %) пациент) и умеренной (145 (37,2 %) пациентов) степени выраженности. Большую часть возрастной группы «старше 55 лет» представляли лица с ограничениями способности к трудовой деятельности ФК 1 – 70 (36,8 %) пациентов и ФК 2 – 91 (47,9 %) пациент (таблица 2).

Таким образом, установление группы инвалидности было часто связано с оценкой профессиональной трудоспособности (390 (43,33 %) обращений на 2021 год). Причиной обращения большей ($p < 0,01$) части пациентов (337 (86,4 %) пациентов) являлись вопросы к установлению инвалидности. При этом средний возраст таких пациентов составил $52,3 \pm 0,8$ лет, что, как правило, можно охарактеризовать как этап, на котором человеческое развитие большинства физиологических систем достигло своей зрело-

сти, пациент обладает богатым профессиональным опытом и обширными знаниями, высоким уровнем квалификации, которые могут быть полезны для общества в связи с эффективностью труда, качеством результатов трудовой деятельности, а также с возможностью «наставничества» молодых специалистов на рабочем месте.

Таблица 2 – Способность к трудовой деятельности в возрастных группах пациентов (n = 390)

Способность к трудовой деятельности	Возрастная группа						Всего		
	18–40		41–55		Старше 55		n	%	95ДИ
	n	%	n	%	n	%			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ФК 0	23	26,4	18	15,9	14	7,4	55	14,1	11,0–17,9
ФК 1	41	47,1	50	44,2	70	36,8	161	41,3	36,5–46,2
ФК 2	19	21,8	35	31,0	91	47,9	145	37,2	32,5–42,1
ФК 3	2	2,3	4	3,5	5	2,6	11	2,8	1,6–5,0
ФК 4	2	2,3	6	5,3	10	5,3	18	4,6	2,9–7,2

Важно отметить, что способность к трудовой деятельности у пациентов, имеющих вопросы к оценке профессиональной трудоспособности (390 (43,33 %) обращений на 2021 год), у большинства ($p < 0,01$) пациентов достигала значения ФК 1 (161 (41,3 %) пациент) – легкое ограничение способности к трудовой деятельности (выполнению трудовой функции) и ФК 2 (145 (37,2 %) пациентов) – умеренное ограничение способности к трудовой деятельности [6]. Анализируя эти данные, можно предположить, что эти пациенты способны вернуться к труду в обычных условиях со значительным сохранением объема выполняемой работы в освоенной или осваиваемой профессии – до 50 %. Однако для лиц с имеющимися ограничениями жизнедеятельности для более объективного суждения (прогнозирования) о годности в выбранной профессии важно понимать и знать конкретные показатели степени адаптации (функционального резерва) организма человека, что и предполагает критерий установления одной из групп инвалидности – клинико-трудовой прогноз [6].

С нашей точки зрения, оценку клинико-трудового прогноза можно представить в рамках трех блоков оценки, каждый из которых требует научной разработки, выявления взаимосвязей, апробации для последующего применения на практике (рисунок 1).



Рисунок 1 – Оценка клинико-трудового прогноза у пациентов с нарушениями функций органов и систем организма с позиции биопсихосоциальной модели

Первый блок (биологический уровень оценки) предполагает исследование способности и возможности индивида работать. Под способностью мы понимаем изучение установленного клинического диагноза (характера и течения заболевания) и степени выраженности функциональных нарушений. Возможность человека работать, с нашей точки зрения, подразумевает получение данных о значениях работоспособности и наличия функциональных резервов организма человека.

Во второй блок (психологический уровень оценки) нами предлагается включить сведения о предрасположенности индивида к трудовой деятельности: конкретные данные об установке на труд; профессиональных интересах; склонностях; трудовой мотивации; темпераменте; уровне развития психомоторики; эмоционально-волевых и интеллектуально-мнестических особенностях; свойствах личности.

Третий блок (социальный уровень оценки) подразумевает наличие данных об уровне профессионального функционирования индивида, а также характеристику образовательного и трудового статуса.

Анализ уровня профессионального функционирования индивида предполагается к исследованию в рамках самооценки с учетом основного набора кодов Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (рекомендованной ВОЗ [9]) для профессиональной реабилитации пациента [10].

Образовательный статус содержит информацию об уровне и профиле образования, присвоенных квалификациях и позволяет определить возможные для занятости должности служащих и профессии рабочих, что является важным при изучении вакансий на рынке труда. Он показывает, какое образование получил индивид в процессе своего обучения, какие степени или квалификации имеет. Образовательный статус, в свою очередь, может быть основой для определения квалификации и возможностей на рынке труда. Трудовой статус отражает текущую занятость и профессиональное положение (уровень достигнутой квалификации) человека на рынке трудовых ресурсов. Он может меняться в течение времени в зависимости от жизненных обстоятельств и условий на рынке труда.

Заключение

Исследование позволяет сделать вывод, что среди изученных обращений граждан концепт «профессиональная трудоспособность» занимает значимое место, что также подтверждают собранные значения ограничения категории жизнедеятельности «способность к трудовой деятельности». Для разрешения некоторых вопросов законодателем предусмотрено введение клинко-трудового прогноза в ранг критерия установления инвалидности, что, исходя из определения и принятой в медико-социальной экспертизе парадигме (биопсихосоциальная модель), требует проведения научной разработки.

Выдвинутые предложения могут быть использованы для разработки рекомендаций, а также усовершенствования процесса оценки клинко-трудового прогноза, что в свою очередь должно повлиять на удовлетворенность потребностей и ожиданий граждан.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всемирный доклад об инвалидности // Всемирная организация здравоохранения. Всемирный банк [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87365/WHO_NMH_VIP_11.04_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y. – Дата доступа: 20.07.2023.
2. Социальный отчет на 01.01.2023 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://beloi.by/ozhegodnom-otchete-oo-beloi-2023/soczialnyj-otchet-na-01-01-2023/>. – Дата доступа: 20.07.2023.
3. Население Республики Беларусь на 1 января 2023 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.belstat.gov.by/upload-belstat/upload-belstat-pdf/oficial_statistika/2023/Naselenie_2022.pdf. – Дата доступа: 20.07.2023.

4. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Республики Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435-ХП (с изм. и доп.) // Пех. Беларусь ; ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

5. О медико-реабилитационных экспертных комиссиях и медицинских экспертизах [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 03 июня 2021 г. № 304 // Пех. Беларусь ; ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

6. О вопросах проведения медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс]: постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 9 июня 2021 г., № 77 // Пех. Беларусь ; ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

7. Козлова, Н. В. Биопсихосоциальная модель реабилитации пациентов с цереброваскулярными заболеваниями в отечественной и зарубежной практике / Н. В. Козлова // Сибирский психологический журнал. – 2019. – № 71. – С. 159–179.

8. О правах инвалидов и их социальной интеграции [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 30 июня 2022 г., № 183-3 // Пех. Беларусь ; ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

9. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). – Женева : ВОЗ, 2001. – 346 с.

10. ICF Core Set(s) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.icf-core-sets.org/en/page1.php>. – Дата доступа: 20.07.2023

УДК 614.2

В. Н. Ростовцев

Государственное учреждение

*«Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения»*

г. Минск, Республика Беларусь

О ПЕРЕХОДЕ К СИСТЕМНОЙ ПАРАДИГМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Введение

Здравоохранение, в первую очередь как социальная всеотраслевая система охраны здоровья населения и во вторую очередь как отрасль социальной сферы, призвано охранять все виды здоровья (ментальное, генетическое, психическое и физическое) реальной биосоциальной системы в целом (от индивида до общества). Системная парадигма здравоохранения предполагает опору на концептуальные представления об этой реальной биосоциальной системе, которую следует обозначать как природную гуманитарную систему, поскольку речь идет о людях.

Увеличение количества больниц не уменьшает количества больных. Заболеваемость населения растет. Снижение заболеваемости является главной задачей здравоохранения. Для решения этой задачи необходимо развитие методов и средств первичной профилактики заболеваний, при этом в равной мере – социальной профилактики и медицинской профилактики. Технологических препятствий для этого практически нет, точнее, они легко преодолимы. Было бы желание. Главными являются ментальные препятствия.

Столетняя история развития идей профилактики заболеваний показывает, что технологические идеи первичной профилактики достигли достаточно высокого уровня развития. Однако, до их практической реализации дело пока не дошло. Что же этому мешает? Мешают, в основном, либеральные стереотипы в мышлении политиков и орга-

низаторов здравоохранения, которые в существенной мере обусловлены инерцией либеральной гуманитарно-политической парадигмы последних нескольких десятилетий.

Результаты исследования и их обсуждение

Реальная биосоциальная система, то есть природная гуманитарная система, включает естественную иерархию уровней: «индивид – семья – род – народ – общество» [1].

Системообразующим фактором для природной гуманитарной системы (как функциональной системы – П.К. Анохин) является здоровье – ментальное, генетическое, психическое и физическое. Акцептором результата функционирования (действия) природной гуманитарной системы является система контроля всех видов здоровья на всех уровнях природной гуманитарной системы. Качество акцептора действия определяет гуманитарная парадигма, то есть выбор приоритетного уровня или уровней природной гуманитарной системы. Иными словами, качество акцептора действия – это качество системы управления развитием здравоохранения.

Приоритет интересов и прав индивида лежит в основе парадигмы либерального гуманизма и вытекающих из этой парадигмы следствий – капитализма, капитал-глобализма, войн, трансгуманизма, ЛГБТ, разрушения семейно-родовых ценностей и недостаточно высокого качества здравоохранения.

Приоритет интересов и прав общества лежит в основе парадигмы коммунального гуманизма и вытекающих из нее следствий – высокого уровня социальной защиты населения, высокого качества образования, достаточно высокого качества здравоохранения и невнимания к семейно-родовым ценностям.

Приоритет интересов и ценностей семьи, рода и народа лежит в основе парадигмы природного гуманизма и вытекающих из нее следствий – приоритетного внимания к семейно-родовым интересам и ценностям, формирующим базис ментального и генетического здоровья населения, сохранение позитивных качеств коммунального гуманизма и обеспечения возможностей гармоничного развития системы и отрасли здравоохранения относительно всех видов здоровья и всех уровней природной гуманитарной системы.

Факт существования природной гуманитарной системы и соответствующая ей типология гуманитарного выбора (выбора гуманитарной парадигмы) показывают фундаментальную значимость этого выбора. Либеральная и коммунальная парадигмы это две крайности, которые практически уничтожают ценности семейно-родового здравосозидания, то есть расширенного воспроизводства здоровья в поколениях. Только природный гуманизм, не принижая, но и не возвышая интересы индивида и общества, обеспечивает гармоничный баланс интересов всех уровней природной гуманитарной системы и обеспечивает здравосозидание как расширенное воспроизводство здоровья в поколениях – ментального, генетического, психического и физического.

В последовательности видов здоровья «ментальное – генетическое – психическое – физическое» предыдущие виды здоровья закономерно детерминируют последующие. То есть, ментальное определяет генетическое, ментальное и генетическое – психическое и так далее. Психическое и физическое здоровье народа на две трети обеспечивается ментальным и генетическим здоровьем рода.

Некоторые закономерности функционирования природной гуманитарной системы, в частности законы социобиогенеза, уже достаточно понятны, и они непосредственно связаны со здоровьем населения [2].

Изложенное показывает, что системная парадигма здравоохранения опирается на представления о природной гуманитарной системе и концепцию природного гуманизма. Переход к системной парадигме здравоохранения означает восстановление высокого статуса традиционных ценностей, т. е. семейно-родовых и народно-этнических

ценностей природного гуманизма и соответствующий отказ от либеральной парадигмы. Главным приоритетом этого перехода является решение всего комплекса задач первичной профилактики заболеваний.

Существует два уровня первичной профилактики заболеваний, включая уровни социальной первичной профилактики и уровень медицинской (индивидуальной) первичной профилактики.

Социальная первичная профилактика касается всей социальной сферы. Главную роль играет система воспитания и, соответственно, отрасли образования и СМИ. Основой социальной профилактики является формирование ментального здоровья населения, суть которого заключается в высокой актуальности системы понятий и ценностей здравосозидания и здравоохранения. Иными словами, в основе социальной первичной профилактики лежит формирование культуры здравосозидания и здравоохранения (включая ЗОЖ).

Здравосозидание – это расширенное воспроизводство здоровья в поколениях, которое реализуется в масштабе поколений на семейно-родовом уровне. Всякий род как совокупность поколений в зависимости от ментального, и соответственно, генетического здоровья может иметь одно из трех состояний динамики своего развития:

1) возрастание здоровья рода, и как следствие, повышение качества (здоровья) и рост количества потомков, то есть обеспечение расширенного воспроизводства здоровья и численности в поколениях. Это состояние называют процветанием рода;

2) поддержание здоровья рода на уровне, который обеспечивает простое воспроизводство текущего уровня здоровья и численности в поколениях;

3) снижение здоровья рода, приводящее к его деградации и пресекновению.

Чем больше процветающих родов, тем крепче здоровье народа.

Здоровье рода адекватно оценивать по доле лиц текущего поколения рода, доживших до 50 лет без наличия хронических заболеваний, требующих постоянной терапии. Здравосозидание является главной задачей социальной первичной профилактики.

Здравоохранение включает большой комплекс социальных задач по созданию благоприятных для сохранения здоровья населения условий жизни, труда и отдыха.

Медицинская первичная профилактика касается отрасли здравоохранения. Первичная медицинская профилактика опирается на диагностику индивидуальных рисков (системных и нозологических), также как лечение опирается на диагностику заболеваний.

В таблице 1 приведены технологические этапы осуществления первичной медицинской профилактики заболеваний и аномалий развития.

Таблица 1 – Этапность профилактической медицинской помощи

Этапы	Основные подэтапы
1. Добрачный	1.1. Диагностика генетических рисков 1.2. Добрачное консультирование
2. Прегравидарный	2.1. Диагностика онтогенетических рисков 2.2. Прегравидарная профилактика
3. Антенатальный	3.1. Диагностика рисков периода беременности 2.2. Пренатальная профилактика
4. Оздоровительный	4.1. Диагностика системных рисков 4.2. Индивидуальное оздоровление
5. Первичной профилактики	5.1. Диагностика первичных нозологических рисков 5.2. Индивидуальная первичная профилактика
6. Раннего лечения	6.1. Ранняя диагностика (латентной стадии) 6.2. Раннее лечение

Последние три этапа профилактической помощи (оздоровительный, первичной индивидуальной профилактики и раннего лечения) предполагают работу в режиме мониторинга здоровья, то есть реализуются на протяжении всей жизни человека. Система мониторинга здоровья - это та организационная форма, которая придет на смену системе диспансеризации.

Для выявления приведенных в таблице 1. рисков (кроме генетических) и латентной патологии наиболее эффективной является технология Функциональной Спектрально-Динамической диагностики (ФСД-диагностики) [4].

Разумеется, в рамках отрасли здравоохранения продолжит свое развитие популяционная первичная профилактика, включая социально-гигиеническую, санитарно-гигиеническую и противоэпидемическую.

Заключение

События последних лет приводят к неизбежной дискредитации либеральной парадигмы и к закономерному переходу к новой гуманитарно-политической парадигме, которая, скорее всего, будет более благоприятна для перехода к системной парадигме здравоохранения.

Переход к системной парадигме здравоохранения будет постепенным и многошаговым. Первичная профилактика заболеваний является приоритетом этого перехода. Только первичная профилактика (социальная, медицинская и гигиеническая) способна обеспечить снижение заболеваемости населения и решение демографической проблемы. Заметим, что приоритетом ВОЗ является ликвидация медицинских последствий, то есть лечение и реабилитация, а первичная профилактика для ВОЗ приоритетом не является (за исключением вакцинации). Под «обаянием» Запада наше сегодняшнее здравоохранение по отношению к советскому периоду снизило свое качество. Акцент на лечебные технологии повысил продолжительность жизни больных, но не увеличил количество здоровых, то есть не снизил (и не мог снизить) заболеваемость. Поэтому переход к системной парадигме здравоохранения не только актуален, но и критически важен. На уровне отрасли здравоохранения переход к приоритету первичной профилактики произойдет на основе технологий медицинской теледиагностики индивидуальных системных рисков, актуальных нозологических рисков и латентной патологии с помощью ФСД-диагностики.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ростовцев, В. Н. Идеи развития. Часть 1. / В. Н. Ростовцев, В. М. Ростовцева // Вести института современных знаний. – 2019. – № 2. – С. 120–126.
2. Ростовцев, В. Н. Природный гуманизм и гуманитарные процессы / В. Н. Ростовцев. – М. : Академия Тринитаризма», Эл № 77-6567, публ. 28080, 23.09.2022.
3. Ростовцев, В. Н. Этапы медицинской помощи / В. Н. Ростовцев // Здравоохранение. – 2015. – № 6. – С. 48–51.
4. Комплекс медицинский спектрально-динамический [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kmsd.su>. – Дата доступа: 09.09.2009.

УДК [614:338.46]:[364.69:616-08-021.161](476)

Д. Ю. Рузанов, И. В. Малахова, А. В. Семёнов

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения»

г. Минск, Республика Беларусь

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВСЕОБЩЕГО ОХВАТА УСЛУГАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Введение

Министерство здравоохранения Республики Беларусь в полной мере привержено политике ВОЗ в области охраны здоровья [1]. В ней заложены три стратегических приоритета, направленных на обеспечение здоровой жизни и благополучия всех людей в любом возрасте:

- обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения;
- принятие мер по преодолению чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения;
- улучшение показателей здоровья населения [2-4].

Результаты исследования и их обсуждение

В Республике Беларусь обеспечен всеобщий доступ к услугам здравоохранения, к лекарственным средствам, вакцинам и изделиям медицинского назначения.

Имеющаяся сеть организаций здравоохранения позволяет обеспечить доступность медицинской помощи населению, независимо от места его проживания. В настоящее время функционируют 587 организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях; 1394 амбулаторно-поликлинических организаций; 146 организаций санитарно-эпидемиологической службы, 1 875 государственных аптек.

Для обеспечения доступности медицинской помощи населению отдаленных сельских населенных пунктов организована работа 35 передвижных медицинских комплексов.

В здравоохранении Беларуси работает 299 318 человек, в том числе 163 443 медицинских работника, из которых 88,8 % женщин, 6,5 % – руководители. Средний возраст врачей составляет 41,5 года; медицинских работников со средним специальным образованием – 42,5 года.

Непосредственно медицинскую помощь оказывают 47 465 врачей-специалистов (2022 г. – 48 140), 112398 медицинских работников со средним специальным образованием (2022 г. – 112 528). Показатель укомплектованности врачами составляет 94,3 %, средними медицинскими работниками – 96,5 %. Сохранен высокий уровень обеспеченности врачебными кадрами – 55,2 на 10 тыс. населения, медицинскими работниками со средним специальным образованием – 120,7 на 10 тыс. населения. Практически достигнут оптимальный (1,25) коэффициент совместительства: врачей – 1,27, медицинских работников со средним специальным образованием – 1,24. Уровень закрепляемости молодых специалистов на первом рабочем месте составляет более 80 %.

За 2022 г. численность врачей-специалистов уменьшилась на 675 человек (текучесть 1,4 %), средних медицинских работников – на 150 человек (текучесть – 0,1 %). Основными причинами увольнения кадров являются: миграция в иные учреждения здравоохранения (до 60 % врачей-специалистов и до 70 % средних медицинских

работников); прекращение трудовых отношений по причине болезни, инвалидности и выхода на пенсию (до 10 % врачей-специалистов и до 15 % средних медицинских работников); желание совершенствования в иной сфере (до 10 % врачей-специалистов и до 5 % средних медицинских работников).

Министерством здравоохранения, облисполкомами, Мингорисполкомом в приоритетном порядке обеспечивается укомплектование специалистами амбулаторно-поликлинической службы, отделений анестезиологии и реанимации, службы скорой медицинской помощи и организаций здравоохранения, обслуживающих сельское население.

В Республике Беларусь сохранено бюджетное финансирование здравоохранения. Удельный вес государственных расходов на здравоохранение сохраняется на уровне 5,4 % ВВП, что соответствует значению индикатора социальной безопасности, предусмотренного Концепцией национальной безопасности Республики Беларусь.

Финансирование осуществляется по нормативу бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя (2020 г. – 526,04 руб., 2021 г. – 582,99 руб., 2022 г. – 695,03 руб., 2023 г. – 891,15 руб.).

Особенностью системы отечественного здравоохранения является наличие и функционирование в ней организаций здравоохранения государственной и частной форм собственности. Координацию работы в области охраны здоровья осуществляет Министерство здравоохранения, которое возглавляет разработку государственной политики в этой сфере и на него возложены функции контроля за медицинской и фармацевтической деятельностью всех организаций здравоохранения и ответственность за результаты их деятельности [5].

Для улучшения доступности медицинской помощи и увеличения доходов от внебюджетной деятельности реализована инициатива Министра по оказанию платных медицинских услуг в порядке эксперимента в выходные и праздничные дни.

С этой же целью ведется работа по заключению договоров добровольного страхования медицинских расходов. Так, за 2022 г. страховыми организациями заключено на 23,0 % больше договоров добровольного страхования медицинских расходов, чем за 2021 г. Обеспечен прирост экспорта медицинских услуг в Российскую Федерацию (136,8 %), Сербию (610,0 %), Японию (490,0 %), Латвию (450,0 %), Таджикистан (237,7 %), Сирию (194,9%), Бельгию (271,9 %), Литву (169,1 %), Черногорию (112,7 %), Израиль (134,0 %), Шри-Ланку (144,7 %), Казахстан (138,2 %), Венгрию (172,8 %), Эстонию (107,8 %) и другие страны.

Доходы от внебюджетной деятельности, полученные бюджетными организациями системы Министерства здравоохранения, за 2022 г. выросли, темп роста составил 104,4 %. Удельный вес внебюджетных доходов в общем объеме финансирования составил 8,1 % (2021 г. – 7,4 %).

В 2022 г. введены в строй 29 объектов здравоохранения, в 2023 г. планируется к вводу 37 объектов. Закуплено медицинских изделий на сумму 767 млн рублей, при этом доля изделий отечественного производства составила 27 % (2017 г. – 15 %). В организациях установлено 274 единицы высокотехнологичного оборудования, в том числе 148 компьютерных томографов и 61 магнитно-резонансный томограф.

В республике сохраняется высокая обеспеченность населения больничными койками (105,1 на 10 тысяч населения, в ЕС – 55,3), что позволяет сохранить высокую доступность оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Продолжалось приоритетное развитие первичного звена. В амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения всех регионов организована работа команд врача общей практики, состоящих из врача общей практики, помощника врача и меди-

цинской сестры общей практики. Удельный вес врачей общей практики, работающих в команде, по областям составил: Брестская – 88,0 %, Витебская – 87,2 %, Гродненская – 61,8%, Гомельская – 94,7%, Минская – 84,0 %, Могилевская – 86,4 %, г. Минск – 59,8 %.

Благодаря внедрению проекта «Заботливая поликлиника» создана комфортная среда для пациентов в поликлиниках посредством изменения работы регистратуры и оптимизации рабочих мест медицинских работников, перераспределения функций персонала внутри отдельных структурных подразделений организаций здравоохранения.

Продолжено наращивание высокотехнологичных вмешательств: за 2022 г. выполнено 23 348 кардиохирургических вмешательств на сердце и крупных сосудах, из них 84,2 % – в кардиохирургических отделениях областей и г. Минска. Выполнено 6 120 эндопротезирований тазобедренного сустава; 1 802 эндопротезирования коленного сустава.

В 2022 г. выполнено 482 операции по трансплантации органов, в том числе 15 – детям. Проведено 6 трансплантаций почки взрослым и 4 трансплантации печени детям от живого родственного донора. Число трансплантаций на 1 млн жителей в Республике Беларусь составляет 52,1 (Российская Федерация – 9,1).

Для оптимизации работы организаций здравоохранения и рационального использования дорогостоящего оборудования, в целях повышения доступности и приближения специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи населению сельских районов в 11 городах ускоренного развития на базе организаций здравоохранения созданы и функционируют межрайонные центры оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

Фармацевтическая промышленность работает устойчиво, обеспечивая бесперебойные отгрузки лекарственных средств, несмотря на логистическую нестабильность (увеличение сроков и стоимости поставок), удорожание сырья и материалов как импортного, так и белорусского производства, санкционное давление. При этом отечественные фармацевтические предприятия обеспечивают ценовую стабильность – около 30 % белорусских лекарств реализуются по цене ниже 1 долл. США.

Темп роста производства фармацевтической продукции в 2022 г. к высокому уровню 2021 г. составил 106,8 %, темп роста экспорта достиг 103,3 %, доля отечественных лекарственных препаратов на внутреннем рынке составила 52,3 %. В 2022 г. отечественными производителями зарегистрировано 74 новых лекарственных средства.

В республике достаточно лекарственных препаратов для лечения и профилактики всех, без исключения, патологий. При отсутствии конкретного торгового наименования препарата в аптеках представлены его аналоги.

Поставки зарегистрированных импортных препаратов, а также импортных субстанций для производства отечественных лекарственных препаратов продолжаются. Для расширения конкуренции, улучшения процесса оказания медицинской помощи созданы гибкие условия для регистрации препаратов по национальной процедуре (сформирован перечень стратегически важных лекарственных средств), организовано взаимодействие с фармацевтическими компаниями различных стран.

Министерством здравоохранения еженедельно проводится анализ работы субъектов хозяйствования всех форм собственности, осуществляющих розничную реализацию лекарственных препаратов, по вопросам ценообразования на лекарственные препараты, их наличия в аптеках, развития гибкой системы скидок для социально уязвимых слоев населения (пенсионеры, инвалиды, многодетные семьи).

Министерство здравоохранения Республики Беларусь продолжает работу по созданию Национальной системы электронного здравоохранения, которая позволит изменить подходы к модели взаимодействия всех участников оказания медицинской помощи.

Завершено внедрение технологии обращения электронных рецептов. К данной системе подключена 641 организация здравоохранения, все государственные фармацевтические сети (1864 аптек) и 86 коммерческих фармацевтических сетей (1388 аптек).

Данная система позволяет врачу сократить время на выписку рецепта, исключить его подделку, дублирование, ошибки при назначении лекарственной терапии, осуществлять контроль приобретения пациентами выписанных лекарственных средств. Кроме того, планировать закупки лекарственных средств в обоснованном объеме, оптимизировать расходы бюджета на оплату льготных рецептов.

В стране функционирует единая республиканская система телемедицинского консультирования (РТМС), к которой подключено 294 организации здравоохранения. В 2022 г. посредством РТМС проведено 55074 телемедицинских консультаций (2020 г. – около 26000).

Внедрение электронного здравоохранения позволит пациентам использовать электронные рецепты, записи на прием к врачу, возможность иметь личный кабинет с необходимым объемом исследований и рекомендаций. Электронное здравоохранение даст возможность врачу использовать электронный документооборот, обеспечивающий оперативность в получении информации, широкого проведения телемедицинского консультирования и др.

На уровне системы здравоохранения будет обеспечена взаимосвязь скорой медицинской помощи, поликлиники и больницы путем создания единого информационного пространства. Это большая экономия времени и ресурсов.

Выводы

Формирование здорового образа жизни – фундамент проводимой государством политики в области охраны здоровья. Министерством здравоохранения Республики Беларусь уделяется особое внимание формированию здорового образа жизни, внедрению массовых профилактических осмотров, скрининговых программ и диспансеризации, расширению вакцинации, что позволило за 10 лет снизить инфекционную заболеваемость и смертность; увеличить выявляемость онкологических заболеваний на ранних стадиях, взять под контроль артериальную гипертензию и др. Особую значимость приобрел государственный профилактический проект «Здоровые города и поселки», реализуемый в 202 населенных пунктах всех административных территорий регионов (2021 г. – 147).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рузанов, Д. Ю. Реализация системой здравоохранения Республики Беларусь стратегических направлений работы ВОЗ по улучшению здоровья жителей Европы /Д. Ю. Рузанов, И. В. Малахова, А. В. Семёнов // ВОИЗ. – 2022. – №1. – С. 15–26.
2. Тринадцатая общая программа работы на 2019-2023 гг. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/handle/10665/328844/WHO-PRP-18.1-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Европейская программа работы на 2020-2025 годы «Совместные действия для улучшения здоровья жителей Европы» – Европейское региональное бюро ВОЗ [Электронный ресурс]. – Копенгаген, 2020. – 32 с. – Режим доступа: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/european-programme-of-work>.
4. Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=R.
5. О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 гг. : постановление Совета Министров Республики Беларусь 19 января 2021 г. № 28 [Электронный ресурс] // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 23.01.2021, 5/48712. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3961&p0=C22100028>

УДК 616.89

А. П. Сиденкова

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Екатеринбург, Российская Федерация*

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Введение

Расстройства аутистического спектра (РАС) являются важной медицинской и социальной проблемой. РАС широко распространены, во всех странах наблюдается их рост. Эти пациенты плохо адаптируются в социуме, что связано с особенностями РАС. РАС – это гетерогенная группа патологических состояний.

Они обусловлены особенностями развития головного мозга. Клинические признаки РАС: недостаток социального взаимодействия, недостаток взаимной коммуникации, стереотипное поведение, сенсорно-перцептивные нарушения [1]. РАС – это полиэтиологическое заболевание, огромный вклад в которое вносят особенности питания, окружающей среды, структура дня ребенка, коммуникативный стиль и т. д. Каждый фактор способен оказывать несколько видов эффектов. Некоторые эффекты формируются при коморбидном воздействии факторов. Часть факторов является управляемыми. Для нормализации сенсорных отклонений необходимо строить коррекционно-прогностические модели связи ребенка и среды, что способствует ранней персонализированной терапии. Модели машинного обучения, методы Data Mining при обработке накопленных данных позволяют подтверждать клинические гипотезы, принимать управленческие медицинские решения благодаря своей способности извлекать информацию, делать прогнозы по развитию РАС и разрабатывать персонифицированные терапевтические стратегии

Цель

Выявить перспективы применения методов искусственного интеллекта при РАС.

Материалы и методы исследования

Представлен краткий обзор научных публикаций, сформированный по результатам поиска по ключевым словам: расстройства аутистического спектра, искусственный интеллект, машинное обучение.

Результаты исследования и их обсуждение

Нарушения сенсорной обработки – это основное нейрокогнитивное нарушение при РАС. Оно приводит к нарушению поведения и снижает социальную адаптацию пациента. Пациент нетипично реагирует на сенсорные раздражители окружающей среды [2]. Пациенты с РАС реагируют на сенсорную информацию гиперреактивно и гипореактивно. Специфические нейрофизиологические маркеры подкрепляют особенности реактивности на сенсорные стимулы [3]. Гиперреактивность – это тенденция реагировать при более низких порогах интенсивности быстрее и интенсивнее или дольше. Гипореактивность – это тенденция реагировать «безразлично», неосознанно или медлен-

но на сенсорную информацию [4]. Все пациенты независимо от возраста и тяжести РАС имеют атипичные паттерны обработки информации во всех сенсорных модальностях, зрительную, слуховую, обонятельную, проприоцептивную, соматосенсорную или интероцептивную стимуляцию, мультисенсорную интеграцию [5]. Сенсорные изменения являются одними из первых признаков РАС, они проявляются в первые месяцы жизни. Эти сенсорные изменения влияют на поведение и социальное функционирование детей и подростков и являются причиной поведенческих нарушений и социального дефицита в процессе развития. Атипичная обработка стимулов коррелирует с социальными, когнитивными и коммуникативными нарушениями, повторяющимся стереотипным поведением и безразличием, незаинтересованностью, эмоциональной лабильностью, самоагрессией, раздражительностью, изоляцией. Измененная сенсорная обработка связана с тревогой и депрессией у детей и подростков с РАС, это еще больше снижает их адаптацию [5].

Нарушение обработки тактильной информации (обработка текстуры пищи и тактильный контакт) – это наиболее распространенное и самое раннее нарушение при РАС [2].

Тактильный контакт (восприятие и обработка прикосновений) – это предшественник развития социальных и коммуникативных способностей и качества тормозного контроля социального поведения. Искажение обработки тактильных ощущений ограничивает возможность обучения в окружающей среде, коррелирует с эмоциональными расстройствами, повторяющимся поведением, аутоагрессией, коммуникативным дефицитом [3, 4]. Важной задачей является определение связи между сенсорной обработкой и поведением у детей и подростков с РАС. Без определенного биомаркера скрининг и диагностика РАС зависят от поведенческих наблюдений. На основании оценки параметров сенсорной обработки детей важно прогнозировать вероятность развития РАС. Применение шкалы сенсорного профиля SP-2 (сенсорный профиль Данна), оценивает сенсорные способности младенцев в период от неонатального периода до трехлетнего возраста. Оцениваются сенсорная регистрация, сенсорный поиск, сенсорная чувствительность и сенсорное избегание по шести сенсорным разделам (слуховой, зрительный, осязательный, двигательный, положение тела и оральный), поведенческим разделам (поведение, социально-эмоциональное поведение) и вниманию [5].

Многомерность и многоосевой подход к оценке прогноза возможного формирования РАС, поведенческих расстройств, усугубления сенсорного дефицита возможны методами машинной обработки и искусственного интеллекта. Это тем более важно, что РАС представляет собой полиэтиологическое заболевание, огромный вклад в которое вносят особенности питания, окружающей среды, структура дня ребенка, коммуникативный стиль и т. д. Каждый фактор способен оказывать несколько видов эффектов. Некоторые эффекты формируются при коморбидном воздействии факторов. Часть факторов является управляемыми. Для нормализации сенсорных отклонений необходимо строить коррекционно-прогностические модели связи ребенка и среды, что способствует ранней персонализированной терапии. Модели машинного обучения, методы Data Mining при обработке накопленных данных позволяют подтверждать клинические гипотезы, принимать управленческие медицинские решения благодаря своей способности извлекать информацию, делать прогнозы по развитию РАС и разрабатывать персонализированные терапевтические стратегии.

Выводы

Таким образом, многофакторность и многоосевой подход к оценке прогноза возможного формирования РАС без применения биомаркеров, многообразие поведенче-

ских, эмоциональных, сенсорных расстройств, разнообразии сценариев развития и степени выраженности РАС, потребность в персонализированном коррекционном и терапевтическим подходах определяют необходимость применения методов машинной обработки и искусственного интеллекта для разработки персонифицированных коррекционных и терапевтических стратегий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Factors influencing plasma lipid profiles including lipoprotein (a) concentrations in renal transplant recipients / D. C. Wheeler [et al.] // *Transpl. Int.* – 1996. – Vol. 9, № 3. – P. 221–226. doi: 10.1007/BF00335389
2. Sensory Processing Problems and Comorbidities in Chinese Preschool Children with Autism Spectrum Disorders / G. F. Wang [et al.] // *J. Autism Dev. Disord.* – 2019. – Vol. 49, № 10. – P. 4097–4108. doi: 10.1007/s10803-019-04125-7
3. Sensory processing in autism: a review of neurophysiologic findings / E. J. Marco [et al.] // *Pediatr. Res.* – 2011. – Vol. 69, № 5, Pt 2. – P. 48R–54R. doi: 10.1203/PDR.0b013e3182130c54
4. Altered tactile processing in children with autism spectrum disorder / T. Tavassoli [et al.] // *Autism Res.* – 2016. – Vol. 9, № 6. – P. 616–620. doi: 10.1002/aur.1563
5. Brief report: sensory abnormalities as distinguishing symptoms of autism spectrum disorders in young children / L. D. Wiggins [et al.] // *J. Autism Dev. Disord.* – 2009. – Vol. 39, № 7. – P. 1087–1091. doi: 10.1007/s10803-009-0711-x

УДК 613.83

Е. С. Скворцова

*Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Центральный научно-исследовательский институт организации
и информатизации здравоохранения»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Москва, Российская Федерация*

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ И ТОКСИКОМАНИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ РОССИЙСКИХ ГОРОДСКИХ ПОДРОСТКОВ-ШКОЛЬНИКОВ

Введение

Потребление психоактивных веществ (алкоголя, табачных изделий, наркотических веществ) представляет серьезную угрозу для здоровья нации, поскольку способствует развитию многочисленных как соматических, так и психических заболеваний и обуславливает преждевременную смертность населения [1].

Наиболее опасными среди психоактивных веществ (ПАВ) являются нелегальные наркотические и токсикоманические вещества, употребление которых приводит к быстрому развитию зависимости и очень часто к скоропостижной смерти [1].

Приобщение к психоактивным веществам в подавляющем большинстве случаев происходит в подростковом возрасте в интервале от 10 до 18 лет включительно [2].

Поэтому наиболее эффективным и действенным способом предупреждения развития потребления психоактивных веществ является предотвращение приобщения детей и подростков к «пробованию» и дальнейшему употреблению ПАВ.

Для грамотной и действенной организации этой профилактической работы необходимо знание реальной ситуации с потреблением ПАВ среди детей и подростков.

Оперативно и достаточно объективно оценить ситуацию, выявить факторы, способствующие развитию потребности ПАВ среди детей и подростков, позволяет мониторинг, проводимый на регулярной основе.

В данной статье представлены результаты мониторинга за период 2019–2020 гг., характеризующие потребление наркотических и токсикоманических веществ (НТВ) среди российских городских подростков-школьников.

Цель

Выявить особенности наркотизации городских российских подростков-школьников.

Материалы и методы исследования

Мониторинг потребления ПАВ среди подростков 15–17 лет в 2019–2020 гг. охватил 12 городов из 6 федеральных округов РФ. Выборка подростков осуществлялась методом многоступенчатого отбора от типологической выборки городов до случайного отбора школ к сплошному анонимному анкетированию учащихся 9–11 классов в отобранных школах. Всего было обследовано 14 084 подростка, из них 46,4 % мальчиков и 53,6 % девочек. Формирование баз данных и их статистическая разработка проводилась с помощью компьютерной программы «Факторы риска».

Результаты исследования и их обсуждение

В 2019–2020 гг. уровень распространенности экспериментирования (первая проба) с НТВ среди подростков-мальчиков колебался от 0,2 до 6,0, составляя в среднем по обследованным городам 1,6 на 100 мальчиков 15–17 лет. Среди девочек уровень распространенности экспериментирования с НТВ колебался от 0,2 до 5,4, составляя в среднем по обследованным городам 1,5 на 100 девочек 15–17 лет.

Около 50 % мальчиков и 37 % девочек, из числа пробовавших, в первый раз попробовали курить марихуану, у 12 % мальчиков и 24 % девочек в первый раз было смешанное употребление, т.е. одновременно с марихуаной они пробовали синтетические наркотики. Следует отметить, что 5 % мальчиков и 11 % девочек, из числа пробовавших, впервые попробовали препараты бытовой химии.

Приобщение к наркотическим и токсикоманическим веществам происходит, как правило, после знакомства с алкоголем и табачными изделиями. Пик приобщения к НТВ приходится на 15–16 лет (рисунок 1).

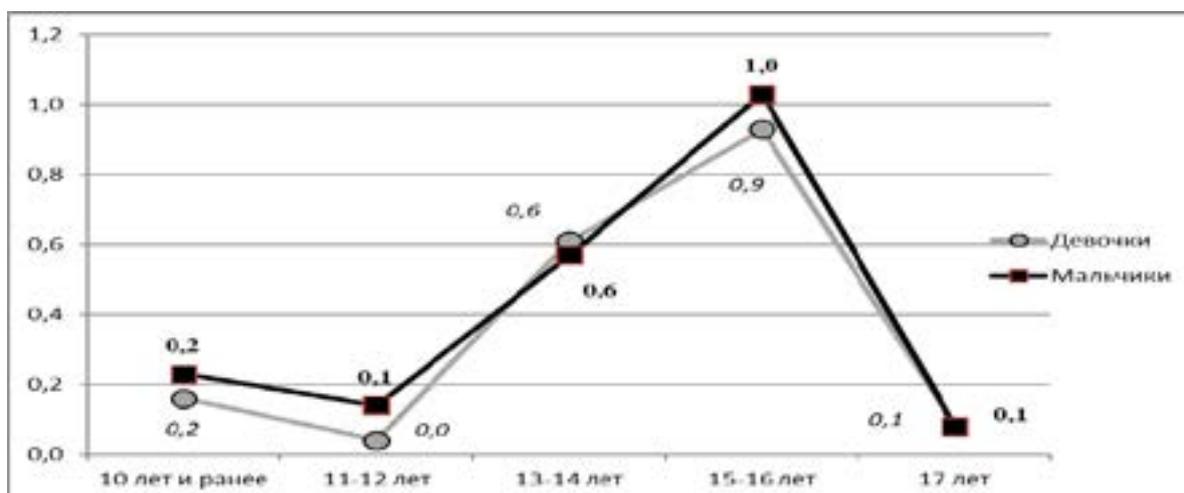


Рисунок 1 – Возрастная структура приобщения городских подростков-школьников к НТВ в 2019–2020 гг. в РФ (в % от числа обследованных)

Как видно на рисунке 1, до 13–14 лет случаи первой пробы наркотиков крайне редки (от 0,1 до 0,2 %). Число девочек, пробуемых наркотические вещества в возрастном интервале от 13 до 17 лет, практически совпадает с числом мальчиков.

Побудительным мотивом первой пробы НТВ как среди мальчиков, так и среди девочек является «любопытство»: 61,3 % мальчиков и 59,6 % девочек. Еще около 20 % подростков (19,8 % мальчиков и 21,2 % девочек) из числа пробовавших приобщались к НТВ «по предложению друзей». Около 9 % мальчиков и 3 % девочек пробовали НТВ «из-за неприятностей».

Чуть более половины (56 %) мальчиков из числа пробовавших НТВ в 2019–2020 гг. перешли к употреблению наркотических веществ – 0,9 на 100 подростков-мальчиков. Среди девочек таких оказалась треть (32,6 %) – 0,5 на 100 подростков-девочек.

Основными мотивами употребления НТВ среди подростков являются мотивы формирующейся зависимости от данных веществ («нравится», «втянулся, не могу бросить», «по собственному желанию») - 46,4 % мальчиков и 70,3 % девочек от числа употребляющих. Более 20 % мальчиков и 5 % девочек употребляли НТВ, так как «никак не могут расстаться с этой компанией». Еще 3,6 % мальчиков и 5,4 % девочек употребляли НТВ из-за «неприятностей». 16,1 % мальчиков и 5,4 % девочек указали, что они продолжают употреблять НТВ в связи с «угрозами».

Информированность о вреде наркотиков у подростков, не употребляющих и употребляющих НТВ, сильно различается, особенно у мальчиков (таблица 1).

Таблица 1 – Осведомленность подростков о вреде наркотиков («не употребляющих» и «употребляющих»)

Осведомленность о вреде наркотиков	Пол	Не употребляющие НТВ подростки (в %)	Употребляющие НТВ подростки (в %)	Достоверность различий
Вредно	М	87,3	39,3	$p < 0,001$
	Д	90,4	70,3	$p < 0,05$
Зависит от дозы	М	3,6	19,6	$p < 0,05$
	Д	3,1	1,2	$p < 0,05$
Не знаю	М	6,8	23,2	$p < 0,001$
	Д	5,2	5,4	$p > 0,05$
Не вредно	М	2,4	17,9	$p < 0,05$
	Д	1,3	13,5	$p < 0,05$

Если среди подростков, не употребляющих НТВ, знают о вреде наркотиков 87,3 % мальчиков и 90,4 % девочек, то среди употребляющих – только 39,3 % мальчиков и 70,3 % девочек. Практически 18 % подростков-мальчиков, употребляющих НТВ, отрицают вред наркотиков, еще 19,6 % считают, что вред зависит от дозы, и 23,2 % не имеют четкого представления о вреде наркотиков. Среди девочек, употребляющих НТВ, 13,5 % отрицают вред наркотиков, 4,4 % не уверены и 1,2 % утверждает, что все зависит от дозы.

Различаются подростки, употребляющие и не употребляющие НТВ, и по источникам информации. Подростки-мальчики, не употребляющие НТВ, черпают свои знания в основном из лекций и занятий в школе – 27,1 % (первое место), из интернета – 25,8 % (второе место) и из сообщений ТВ, радио – 13,2 % (третье место). Собственные наблю-

дения и личный опыт составляют в совокупности не более 5 %. Напротив, подростки, употребляющие НТВ, в первую очередь получили свои знания из специальной литературы – 21,4 % (первое место), от родственников – 19,6 % (второе место) и личного опыта – 17,9 % (третье место). Из лекций и занятий в школе почерпнули свои знания только 16 % подростков-мальчиков, употребляющих НТВ. Главными источниками информации о наркотиках среди девочек, не употребляющих НТВ, являются лекции и занятия в школе – 35,5 % (первое место), интернет – 20,9 % (второе место), сообщения ТВ и радио – 12,8 % (третье место). Девочки, не употребляющие НТВ, не имеют личного опыта и очень редко опираются на собственные наблюдения (3 %). Девочки, употребляющие НТВ, почерпнули свои знания о наркотиках в первую очередь из интернета – 27,0 % (первое место), от друзей и знакомых – 18,9 % (второе место), из собственных наблюдений – 13,5 % (третье место). Еще по 10,8 % девочек получили информацию о наркотиках из сообщений ТВ, радио и из личного опыта. Лишь 5,4 % девочек, употребляющих НТВ, указали на лекции и занятия в школе как основной источник информации о наркотиках.

Результаты исследования потребления НТВ среди городских подростков-школьников 15–17 в 2019–2020 гг показали, что уровень распространенности экспериментирования и употребления НТВ среди данного контингента низкий. Экспериментируют с наркотиками в среднем 1,6 на 100 мальчиков и 1,5 на 100 девочек, а употребляют НТВ, соответственно, 0,9 мальчиков и 0,5 девочек на 100 подростков соответствующего пола и возраста. На низкий уровень употребления НТВ в России указывают как официальные данные (Киржанова В. В., 2020) [3], так и анализ мониторинга потребления психоактивных веществ по данным лабораторной информационной системы (Бурцев А. А. с соавт., 2022) [4, 5] и исследование сточных вод (Рожанец В. В. с соавт., 2022) [1].

Заключение

Уровень экспериментирования и употребления наркотических и токсикоманических веществ среди городских российских подростков низкий. Экспериментируют с НТВ приблизительно каждый шестидесятый подросток, а употребляют: среди мальчиков – каждый сотый, а среди девочек – каждая двухсотая. Первая проба (экспериментирование с наркотиками), как правило, у подростков происходит после знакомства с алкоголем и табачными изделиями. А наиболее интенсивное приобщение приходится на возрасте 15–16 лет.

Обращает на себя внимание то, что 60 % подростков, употребляющих НТВ, не имеют четкого представления о вреде наркотиков, поскольку в своих знаниях зачастую опираются на личный опыт, мнение родственников, друзей. Только 16 % мальчиков и 5,4 % девочек, употребляющих НТВ, указывают занятия в школе как на основной источник информации о наркотиках. Данный факт свидетельствует о том, что проводимая в настоящее время в школах профилактическая работа по предупреждению потребления психоактивных веществ среди детей и подростков требует тщательного анализа и соответствующей коррекции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рожанец, В. В. Анализ сточных вод как инструмент оценки потребления наркотических средств, психотропных соединений, мониторинга общей эпидемиологической ситуации и социальной напряженности в целевых популяциях / В. В. Рожанец, Т. В. Клименко, А. Е. Носырев // Вопросы наркологии. – 2022. – № 11–12 (213). – С. 5–29.
2. Бартош, Т. П. Исследование психологических предпосылок формирования склонности к аддиктивному поведению у 15-летних подростков-северян / Т. П. Бартош, О. П. Бартош, М. В. Мычко // Вопросы наркологии. – 2022. – № 7–8 (211). – С. 103–118. doi: 10.47877/0234-0623_2022_7-8-_103

3. Бурцев, А. А. Мониторинг потребления психоактивных веществ в Москве по данным лабораторной информационной системы / А. А. Бурцев, А. А. Бувин // Вопросы наркологии. – 2022. – № 4–6 (210). – С. 16–36. doi: 10.47877/0234-0623_2022_4-5-6_16

4. Бурцев, А. А. Потребление психоактивных веществ и диспансерное наблюдение в административных округах г. Москвы / А. А. Бурцев // Вопросы наркологии. – 2022. – № 9–10 (212). – С. 96–113. doi: 10.47877/0234-0623_2022_9-10_96

5. Киржанова, В. В. Современные эпидемиологические исследования в наркологии / В. В. Киржанова // Вопросы наркологии. – 2020. – № 11 (194). – С. 6–11. doi: 10.47877/0234-0623_2020_11-6

УДК 613.955

О. М. Соболева

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Кемеровский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Кемерово, Российская Федерация*

**РАЗРАБОТКА ОРИГИНАЛЬНЫХ
СОЦИАЛЬНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКИХ МАТЕРИАЛОВ
СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ
ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЗДОРОВОМУ
ОБРАЗУ ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ**

Введение

Здоровье школьников и студентов – фактор национальной безопасности государства, залог потенциала развития будущих поколений [1], наш сегодняшний вклад в завтрашний день России. Сегодня очень много и в разных форматах говорится о здоровом образе жизни и методах формирования приверженности к нему. Однако неоспоримым также является факт, свидетельствующий о том, что задумываться о вопросах поддержания и сохранения своего здоровья молодые люди обычно начинают только тогда, когда отмечаются какие-либо проблемы с ним – нарушение работы отдельных систем или органов, снижение общей иммунной резистентности организма и т. д. В то время как вовремя организованные, профилактические меры в виде сформированной приверженности здоровому образу жизни (ЗОЖ) смогли бы предотвратить или уменьшить существенную часть этих нарушений здоровья. Результатом этого станет повышение качества жизни молодых людей, их трудоспособности. В конечном счете, от приверженности здоровому образу жизни выигрывают все – и сам человек, и его окружение, и будущий работодатель, и государство.

Правовые основы необходимости формирования приверженности ЗОЖ нашли отражение в законодательстве РФ: приказ МЗ РФ № 222 от 20.09.1993 г. «О мерах по реализации основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», приказ МЗСР № 597н от 19.08.2009 г. «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» и др. [2]. Таким образом, государство обязывает соответствующие структуры формировать и реализовать программы ЗОЖ среди населения.

С другой стороны, разработка программ оздоровления, формирования приверженности к ЗОЖ, доверенная не только специалистам, но и активным студентам, получающим медицинское образование, может в перспективе дать не менее эффективные результаты, так как общеизвестно, что школьники более склонны прислушиваться к мнению своих сверстников или, по крайней мере, молодых людей, чем взрослых профессионалов.

Цель

Оценить возможность использования авторских просветительских проектов, разрабатываемых студентами медицинского вуза, для формирования приверженности здоровому образу жизни школьников.

Материалы и методы исследования

В качестве основы для написания тезисов использовались материалы для работы над проектом в рамках социально-просветительского конкурса.

Результаты исследования и их обсуждение

Для работы над проектом была создана команда из студентов педиатрического факультета, для которых одним из важнейших в их профессиональном будущем, так называемых *soft skills*, должен стать коммуникативный навык – умение донести свою мысль и, например, настоятельную необходимость проведения той или иной процедуры до пациентов школьного возраста и их родителей. В качестве конечной цели проекта была выбрана разработка авторской модели просветительской брошюры для школьников, состоящей из нескольких блоков – основы правильного питания, задания на расслабление, комплекс физических упражнений, подборки несложных асан детской йоги. Материал брошюры учитывает возрастные особенности усвоения информации целевой аудиторией и подан в игровой форме. В составе брошюры имеются разнообразные творческие задания – кроссворды, загадки, лабиринты и т. л. Адаптированный под ребенка текст сопровождается уместными литературными вставками – стихами (как собственного сочинения, так и других авторов), афоризмами известных людей, проиллюстрирован собственными работами коллектива авторов, исполненных с привлечением современных компьютерных технологий и искусственного интеллекта.

Работа над проектом оказалась полезной и самим авторам просветительской брошюры. В процессе подбора материала для ее оформления студенты проработали большое количество дополнительной литературы, несколько раз собирались всей командой для того, чтобы предложить и обсудить различные идеи по компоновке отдельных информационных блоков, по оформлению и улучшению доступности информации.

Выводы

Таким образом, работа над просветительскими проектами принесет ощутимые результаты обеим сторонам – как команде студентов-разработчиков, так и целевой аудитории таких проектов – обучающимся общеобразовательных учреждений. Необходимо более широкое внедрение подобных конкурсов и работ во внеучебную деятельность медицинских вузов, так как в результате процесса обсуждения, подготовки и реализации просветительских проектов студенты формируют и оттачивают свои эмоциональные и коммуникативные качества – *soft skills* будущего профессионала медицинского профиля.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Грушина, А. Ю. Вопросы развития приверженности к здоровому образу жизни учащейся молодежи / А. Ю. Грушина, А. О. Костылев, Д. В. Зражевский // Образование. Наука. Научные кадры. – 2021. – №. 3. – С. 243–245.

2. Бекирова, Г. Р. Нормативно-правовое обеспечение работы по пропаганде здорового образа жизни среди учащихся общеобразовательных учебных заведений / Г. Р. Бекирова // Проблемы и перспективы реализации междисциплинарных исследований : сб. ст. междунар. науч.-практ. конф., Магнитогорск, 5 марта 2020 г. – Уфа : Аэтерна, 2020. – С. 125–128.

УДК 614.23

Г. В. Солонец¹, М. Ю. Куликова¹, Т. М. Шаршакова², Н. Ф. Бакалец²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский колледж»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СОВМЕСТНЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ШКОЛА КОМАНДЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ»: ОТ ИДЕИ К РЕАЛИЗАЦИИ

Введение

Активное внедрение современных медицинских технологий, повышение требований к профессиональной компетентности медицинских работников определяют необходимость усиления практического аспекта подготовки специалистов.

В целях улучшения взаимодействия при оказании медицинской помощи пациентам Министерством здравоохранения Республики Беларусь 16 ноября 2018 г. приказом № 1185 было утверждено Положение о работе команды врача общей практики (ВОП).

В команду ВОП (далее – команда) входят врач общей практики, помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи и медицинская сестра общей практики. Основной задачей команды является оказание пациентам первичной медицинской помощи, основанной на пациент-ориентированном подходе, в том числе комплексное диспансерное наблюдение за пациентами.

Согласно данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, работа по внедрению института врача общей практики в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения всех регионов ведется успешно. Удельный вес врачей общей практики увеличился с 19,7 % в 2016 году до 94,2 % в 2021 г. В стране сформировано более 3 тыс. команд, состоящих из врача общей практики, помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи и медицинской сестры общей практики. Разработаны и утверждены алгоритмы работы команды ВОП.

Внедрение института ВОП в амбулаторно-поликлинические организации и работа в команде показали свою эффективность. Например, на 35 % уменьшилось количество визитов на дом врача общей практики в связи с перераспределением вызовов на помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи. Снизилась нагрузка на врача, в результате он может уделить больше внимания сложным пациентам [1].

Цель

Проанализировать промежуточные результаты образовательного проекта.

Материалы и методы исследования

Обобщение опыта, анкетирование с последующей аналитической обработкой материала.

Результаты исследования и их обсуждение

С целью повышения качества подготовки медицинских специалистов, формирования коммуникативной компетентности, умения работать в команде и успешно решать сложные профессиональные задачи в ноябре 2021 года на базе учреждения образования «Гомельский государственный медицинский колледж» был создан и успешно стартовал совместный образовательный проект – «Школа команды врача общей практики».

Инициаторами создания проекта являются УО «Гомельский государственный медицинский колледж», кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПКиП и кафедра поликлинической терапии и общеврачебной практики с курсом ФПКиП УО «Гомельский государственный медицинский университет».

Данный проект является единственным в Республике Беларусь, объединившим будущих специалистов практического здравоохранения – членов команды ВОП на этапе их обучения и подготовки в университете и колледже.

Было разработано Положение о Школе команды ВОП и организованы занятия-тренинги для врачей-интернов (проходящих интернатуру по специальности «Общая врачебная практика»), студентов выпускного курса медицинского университета и учащихся выпускного курса медицинского колледжа специальностей «Лечебное дело» и «Сестринское дело».

Основной целью проекта является обеспечение продуктивного взаимодействия будущих членов команды ВОП в совместной деятельности по оказанию доступной и качественной медицинской помощи пациентам, совершенствование социально-коммуникативных навыков с учетом этико-деонтологических принципов, подготовка членов команды ВОП к оперативному решению задач, возникающих в практической деятельности.

Занятия Школы команды ВОП проводятся на базе УО «Гомельский государственный медицинский колледж» в форме тренинга и носят циклический характер. За цикл предполагается обучение 4 команд. Тренинг включает 2 занятия и проводится в течение двух дней. Каждое занятие состоит из нескольких блоков: небольшой лекции с постановкой ситуационной задачи, обсуждения этой задачи и демонстрации ее решения.

Работают 4 команды ВОП. В состав каждой команды входят врач-интерн, будущий помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи (учащийся выпускного курса медицинского колледжа специальности «Лечебное дело») и будущая медицинская сестра (учащийся выпускного курса специальности «Сестринское дело»).

В качестве статистов участникам помогают специально подготовленные учащиеся колледжа, исполняющие роли пациентов и их родственников.

Действия команды оценивают члены экспертной комиссии, которыми являются руководители Школы, специалисты практического здравоохранения и ведущие преподаватели ГомГМУ и ГГМК.

За ходом тренинга следят старшекурсники медицинского университета и медицинского колледжа. Они имеют возможность принимать участие в обсуждении и задавать возникающие в ходе тренинга вопросы.

Анализ деятельности и контроль качества обучения в Школе осуществляется руководителями Школы по итогам года.

Цели и задачи тренинга:

- адаптация в команде ВОП ее будущих членов, их самоутверждение, саморазвитие, самосовершенствование и формирование профессиональных умений и навыков;
- оптимальное распределение должностных обязанностей между членами команды в соответствии с выполняемыми ими функциями;

– обеспечение продуктивного взаимодействия будущих членов команды ВОП в совместной деятельности по обеспечению доступной и качественной медицинской помощи пациентам;

– предупреждение наиболее типичных ошибок, противоречий и затруднений в организации работы команды ВОП, поиск возможных путей их преодоления;

– подготовка членов команды ВОП к оперативному решению задач, возникающих в практической деятельности.

В ходе тренинга рассматриваются различные вопросы оказания первичной медицинской помощи командой врача общей практики в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения, демонстрируются варианты решения ситуационных задач, практические навыки выполнения медицинских манипуляций.

Каждое занятие тренинга разделено на 4 блока по 45 мин (общая длительность занятия – 3 часа).

Таблица 1 – Этапы проведения семинара-тренинга

Лекция	Материал представляет преподаватель медицинского колледжа или медицинского университета
Обсуждение в команде ВОП ситуационной задачи по теме лекции	Ситуационные задачи разработаны преподавателями колледжа и университета по теме материала, представленного в лекции
Демонстрация командой ВОП решения ситуационной задачи	Члены команды ВОП демонстрируют решение ситуационной задачи, слаженность в работе, командное взаимодействие, уровень профессиональных знаний, умений и навыков
Обсуждение	Члены экспертной комиссии оценивают представленное командой решение ситуационной задачи. Высказывают замечания, дают советы. Далее свое мнение высказывают члены других команд, задают возникшие вопросы. В обсуждении также могут принять участие старшекурсники медицинского университета и медицинского колледжа, наблюдающие за ходом тренинга.

Во второй день семинара-тренинга включен практический этап на базе Лаборатории по отработке навыков (симуляционного центра колледжа) «Обучение родственников уходу за пациентом в рамках паллиативной помощи», предполагающий демонстрацию выполнения медицинских манипуляций учащимися ГГМК, участвующими в тренинге в качестве медицинской сестры и помощника врача общей практики. Учащиеся не просто выполняют манипуляции, определенные программой тренинга, но и подробно объясняют алгоритм и правила их выполнения, обучают «родственников пациента», в роли которых на данном этапе тренинга выступают врачи-интерны команд.

С целью изучения результативности проведения семинаров-тренингов Школы нами было проведено анкетирование участников тренингов – 28 человек и 56 присутствующих на занятиях старшекурсников медицинского колледжа.

По мнению абсолютного большинства участников тренинга, занятия Школы систематизируют знания и практические навыки, полученные во время учебы, дают возможность окунуться в профессиональную среду, по-новому взглянуть на особенности взаимоотношений с будущими коллегами и с пациентами, способствуют умению

концентрироваться, повышению уровня профессиональных знаний, умений и навыков, коммуникативной компетентности. Также абсолютное большинство участников тренинга подчеркнули, что они благодарны за возможность принять участие в работе Школы и считают этот опыт очень полезным для себя. Кроме того, они считают, что занятия Школы команды ВОП в целом нужны на этапе обучения и профессионального становления медицинского специалиста.

Присутствующие на занятиях Школы и наблюдавшие за ходом занятий старшекурсники медицинского колледжа считают данный опыт очень полезным для себя (89 % респондентов), хотели бы принимать непосредственное участие в тренингах (78 % респондентов), считают, что данные занятия нужно проводить с учащимися колледжа по всем специальностям (48 % респондентов).

Заключение

Подводя итог, нужно отметить, что совместный образовательный проект «Школа команды врача общей практики» является уникальным и актуальным. Практика показывает, что реализация данного проекта укрепляет профессиональные компетенции и готовность специалистов к самостоятельной работе, способствует развитию социально-коммуникативных навыков медработников, формированию алгоритмов эффективного взаимодействия в команде. А также готовит членов команды ВОП к оперативному решению задач, возникающих в практической деятельности уже на этапе обучения в медицинском колледже и университете.

Проект продолжит работу и будет развиваться и в текущем учебном году. В рамках реализации данного проекта планируется внедрение новых форм взаимодействия между УО «Гомельский государственный медицинский колледж» и УО «Гомельский государственный медицинский университет».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Внедрение института врача общей практики практически завершено – Минздрав [Электронный ресурс] / Нац. Центр прав.информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021. – Режим доступа: <https://www.belta.by/society/view/vnedrenie-instituta-vracha-obschej-praktiki-prakticheski-zaversheno-minzdrav-427719-2021/>. – Дата доступа: 08.06.2023.
2. Русаленко, М. Г. Основы организации медицинской помощи. Организация медицинской помощи населению в амбулаторных условиях : учеб.-метод. пособие для студентов 4-6 курсов всех факультетов, магистрантов учреждений высш. мед. образования / М. Г. Русаленко, Т. М. Шаршакова, А. В. Сачковская. – Гомель : ГомГМУ, 2018. – 87 с.
3. Организация работы в «команде» врача общей практики по оказанию первичной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических организациях Республики Беларусь : учеб.-метод. пособие / В. Э. Сушинский [и др.]. – Минск : БГМУ, 2020. – 185 с.
4. Щастный, А. Т. Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении : учеб.-метод. пособие / А. Т. Щастный [и др.] ; под ред. А. Т. Щастного. – Витебск : ВГМУ, 2018. – 310 с.
5. Яромич, И. В. Сестринское дело и манипуляционная техника / И. В. Яромич. – Минск : Вышэйшая школа, 2014. – 330 с.

УДК 613.95:316.658.4-053.81

М. М. Солтан¹, Л. А. Слайковская²

¹Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения»,

²Учреждение здравоохранения

«17-я городская детская клиническая поликлиника»

г. Минск, Республика Беларусь

УЧАСТИЕ МОЛОДЕЖИ В ПРОДВИЖЕНИИ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ

Введение

В 2015 году в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года были приняты 17 Целей в области устойчивого развития (ЦУР). Так, важной составляющей устойчивого развития является обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте, которое определено в ЦУР 3. В рамках этой цели предусмотрено, среди прочего, к 2030 году уменьшить на треть преждевременную смертность от неинфекционных заболеваний (НИЗ) посредством профилактики и лечения и поддержания психического здоровья и благополучия; улучшить профилактику и лечение зависимости от психоактивных веществ, в том числе злоупотребления наркотическими средствами и алкоголем; к 2030 году обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи, информирование и просвещение, и учет вопросов охраны репродуктивного здоровья в национальных стратегиях и программах; обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех; активизировать при необходимости осуществление Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака во всех странах и др. На национальном уровне принимаются показатели, характеризующие степень достижения поставленной цели [1].

Мероприятия по достижению ЦУР 3 предусмотрены в Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы. В качестве основного направления профилактики НИЗ в подпрограмме 2 «Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний» Государственной программы рассматривается информационно-образовательная работа с населением. Данная работа проводится комплексно на основе межведомственного и межсекторального взаимодействия с использованием современных информационных технологий. В настоящее время в республике реализуются государственный профилактический проект «Здоровые города и поселки», в рамках которого создается национальная сеть «Здоровые города и поселки», и межведомственный профилактический проект для учреждений общего среднего образования «Школа – территория здоровья», а также более 160 региональных профилактических проектов. Проводится работа по созданию и поддержке инициативных волонтерских групп в местных сообществах по профилактике НИЗ и продвижению здорового образа жизни [2]. Таким образом, работа по первичной профилактике НИЗ ориентирована на формирование здорового образа жизни и создание здоровьесберегающей среды.

Реализация мероприятий по первичной профилактике НИЗ возможна при активной поддержке не только со стороны государства, но и его граждан, которые могут быть как потребителями каких-либо услуг, так и непосредственно исполнителями, проявляя свою социальную активность. Социальная активность направлена на изменение обстоятельств жизни людей и на самоизменение с пользой для себя и других [3].

Одной из самых активных социальных групп является молодежь. Согласно закону Республики Беларусь «Об основах государственной молодежной политики», к молодежи относятся лица в возрасте от 14 до 31 года, которые составляют на сегодняшний день около четверти от численности населения страны. Молодежь стремится не только получать интересную и актуальную информацию о различных сторонах общественной жизни, но использует информационные ресурсы для проявления своей социальной активности. Социальную активность молодежи можно и нужно развивать, используя при этом такие инструменты, как проектная деятельность, молодежные форумы, волонтерство, некоммерческие организации [3]. И в этом контексте важным направлением молодежной политики становится привлечение молодых людей к реализации проектов, касающихся продвижения здорового образа жизни, в том числе и среди детей.

Цель

Обобщить опыт привлечения молодежи к продвижению здоровья среди детей на базе учреждений образования и организаций здравоохранения.

Материалы и методы исследования

Проанализирован и обобщен опыт подготовки волонтеров среди студентов медицинского вуза, привлечения их к реализации профилактических проектов на базе учреждений образования г. Минска в период с 2018 г. по 2020 г. и реализации проекта «Расширение доступа подростков групп риска и уязвимых групп к услугам Центров, дружественных подросткам» в 2020–2021 гг. на базе центров, дружественных подросткам (ЦДП), учреждений здравоохранения г. Минска.

Результаты исследования и их обсуждение

Для организованной волонтерской деятельности студенты Белорусского государственного медицинского университета готовились на кафедре гигиены детей и подростков в очно-заочном режиме в течение двух месяцев по специально разработанной программе объемом 35 часов, которая состояла из 10 тем. Целевой группой для волонтерской деятельности были дети второго десятилетия жизни, которых Всемирная организация здравоохранения относит к подростковому возрасту. Поэтому в программу подготовки входили вопросы психофизиологических особенностей подросткового возраста, изучение интерактивных форм работы и методологии проведения тренингов, основы формирования здорового образа жизни среди детей и подростков организованных коллективов, изучение технологии «равный обучает равного», которая позволяет удовлетворить запросы целевой аудитории на получение достоверной информации [4]. Всего за период с 2016 по 2020 год было подготовлено 110 волонтеров.

Полученные знания волонтеры-медики имели возможность реализовать, участвуя в мероприятиях информационно-профилактических проектов в учреждениях образования г. Минска в период с 2018 г. по 2020 г. Мероприятиями проектов были охвачены обучающиеся 5, 7 и 8 классов. Основными направлениями продвижения здоровья среди детей стали формирование основ безопасности жизнедеятельности; вопросы организации рационального питания; профилактика интернет-зависимости; популяризация физической культуры; профилактика заболеваний опорно-двигательного аппарата и органа зрения; обучение школьников тайм-менеджменту; профилактика вредных привычек.

чек (табакокурения, алкоголизма, наркомании, токсикомании), охрана репродуктивного здоровья. В рамках мероприятий по профилактике рискованного полового поведения была апробирована образовательная технология «Форум-театр» [5].

Опыт участия волонтеров-медиков в реализации информационно-профилактических проектов в учреждениях образования показал, что у студентов формируются организаторские способности и навыки общения как с незнакомой аудиторией, так и в своем коллективе; появляется мотивация к поиску новой информации и активизации деятельности по пропаганде здорового образа жизни; увеличивается объем гигиенических знаний; формируется способность к решению нестандартных задач, что и является профессиональными и личностными компетенциями, формирование которых предполагается современными образовательными стандартами.

Целевой аудиторией проекта «Расширение доступа подростков групп риска и уязвимых групп к услугам Центров, дружественных подросткам» стали подростки и молодежь групп риска в возрасте от 10 до 24 лет. В рамках проекта были апробированы такие формы работы, как аутрич-работа, ведение комьюнити-сообществ, работа с целевой группой равных консультантов. Для реализации проектных мероприятий была привлечена молодежь из числа студентов педагогического и медицинского университетов, которая уже занималась волонтерской деятельностью в стенах своих учреждений образования. Равных консультантов готовили из числа активных подростков, ранее посещавших Центры.

Аутрич-работа с подростками проводилась в местах учебы, проживания (общения) и проведения свободного времени. При подготовке аутрич-работников использовалась модель «peer-educators». Для реализации мероприятий проекта было подготовлено 4 аутрич-работника. Во время аутрич-работы осуществлялось информирование о работе ЦДП, комьюнити-пространств и психологических служб города, раздача информационных материалов, мотивационное интервьюирование, перенаправление на консультации специалистов. Всего за время проекта аутрич-работой было охвачено 4999 подростков и молодых людей.

В рамках проекта на базе ЦДП были оборудованы и начали функционировать 2 комьюнити-пространства, где на условиях безопасности, конфиденциальности и доверия подростки групп риска и уязвимых групп могли включаться в подростковые группы для общения, социальной поддержки, получения информации и услуг, проведения свободного времени, т. е. формировались комьюнити-сообщества. Функционирование комьюнити-пространств поддерживали комьюнити-менеджеры, подготовленные из числа студентов. Всего было зафиксировано 1612 посещений комьюнити-пространств.

Для непосредственной работы с подростками были подготовлены равные консультанты из числа активных подростков, ранее посещавших Центры – реализация подхода «Равный обучает равного». Они прошли обучение на базе ЦДП по специально разработанным специалистами ЦДП программам с учетом наиболее часто встречающихся запросов со стороны посетителей ЦДП. Программы подготовки равных консультантов предусматривали не только вопросы сохранения здоровья подростков и молодежи, но и отработку навыков коммуникации с учетом психофизиологических особенностей посетителей комьюнити-пространств. Равные консультанты выступали в роли экспертов по вопросам здорового образа жизни для своих сверстников. В ситуациях, когда равные консультанты не могли ответить на вопросы участников комьюнити-группы, их задача состояла в перенаправлении к достоверным источникам информации или профильным специалистам. После посещения комьюнити-пространства 331 человек был перенаправлен к специалистам ЦДП.

Всего в рамках проекта с привлечением активной молодежи было проведено более 200 мероприятий. По сравнению с 2019 годом организация и проведение аутрич-работы, организация комьюнити-пространств и работа равных консультантов позволили увеличить количество мотивационных интервью с подростками в 1,5–2,5 раза в зависимости от ЦДП, провести в 1,9 раза больше групповых занятий и увеличить количество участников этих мероприятий в 1,6 раза.

Выводы

Проектная деятельность по продвижению здоровья на базе учреждений образования и организаций здравоохранения является перспективным направлением организации работы по формированию здорового образа жизни среди детей. Результативность здоровьесберегающей деятельности в подростковых коллективах достигается комплексным подходом к созданию профилактических программ и организации профилактических мероприятий на основе интеграции знаний в области формирования здорового образа жизни, педагогики и психологии. Вовлечение молодежи в продвижение здоровья среди детей способствует формированию профессиональных и надпрофессиональных компетенций будущих специалистов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Цели устойчивого развития в Беларуси. Цель 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» [Электронный ресурс] / Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Режим доступа: <http://sdgplatform.belstat.gov.by/target/3?indicatorType=4>. – Дата доступа: 24.07.2023.
2. О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 годы: постановление Совета Министров Республики Беларусь от 19 января 2021 г. № 28 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/letter/22100028_1611349200.pdf. – Дата доступа: 24.07.2023.
3. Карпова, Т. П. Социальная активность молодежи: пути ее повышения / Т. П. Карпова // Вестник международного института рынка. – 2018. – № 2. – С. 81–88.
4. Минова, М. Е. Подготовка волонтеров к реализации подхода «Равный обучает равного» в учреждении образования : учеб.-метод. пособие / М. Е. Минова, Е. Ф. Михалевич. – Минск : Академия последиplomного образования, 2015. – 198 с.
5. Новые подходы и технологии в работе с молодежью / под общ. ред. Е. Алексеевой. – М. : ФОКУС-МЕДИА, 2010. – 128 с.

УДК 614.1

А. В. Степанькова, Н. М. Рубан

Государственное учреждение

«Гомельский городской центр гигиены и эпидемиологии»,

г. Гомель, Республика Беларусь

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Г. ГОМЕЛЯ

Введение

Неинфекционные заболевания являются основной причиной смертности населения во всем мире. Поэтому решение проблем, связанных с неинфекционными заболеваниями и распространением факторов их риска, является задачей первостепенной важности для системы здравоохранения Республики Беларусь [1].

Реализация государственного проекта «Гомель – здоровый город» (далее – Проект) способствует сохранению и укреплению здоровья населения г. Гомеля и содействует достижению Целей устойчивого развития (ЦУР) В первую очередь, это касается ЦУР № 3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте». Реализация Проекта включает 5 основных блоков: межведомственное взаимодействие всех заинтересованных, здоровое городское планирование, здоровая городская среда, здоровье населения, достижение ЦУР.

Цель

Оценить медико-демографическую ситуацию, качество среды жизнедеятельности в г. Гомеле по социально-гигиеническим параметрам, установить значения критериев эффективности, которые будут отражать результативность реализации Проекта.

Материалы и методы исследования

Оценка медико-демографической ситуации на территории г. Гомеля проведена по медико-демографическому интегрированному показателю здоровья [2] (медико-демографический индекс рассчитан с использованием общих коэффициентов рождаемости и смертности, показателей младенческой смертности, общей заболеваемости и первичного выхода на инвалидность за 2017–2022 гг.). Применялся анализ статистических данных за период 2017–2022 гг., рассчитывался темп прироста исследуемых показателей с его последующей оценкой.

Результаты исследования и их обсуждение

Численность населения города Гомеля в 2022 году составила 501802 человека, что на 33649 человек меньше по сравнению с 2017 годом (535461 человек), при этом 60,3 % – это лица трудоспособного возраста.

Значения медико-демографического индекса на территории г. Гомеля за рассматриваемый период были стабильными – на уровне 48,2 %.

Общий коэффициент смертности населения г. Гомеля в 2022 году составил 8,5 на 1000 населения (в 2017 году – 10). Динамика показателя за анализируемый период характеризуется умеренным ростом, среднегодовой темп прироста $T_{пр} = 1,7$ %.

Значение коэффициента младенческой смертности в 2022 году в сравнении с 2017 годом уменьшилось на 71,4 % (в 2017 году – 4,2 на 1000 родившихся, в 2022 году – 1,2).

Актуальной проблемой г. Гомеля является ежегодное снижение общего коэффициента рождаемости. Так, за 2017–2022 годы он снизился (среднегодовой темп прироста $T_{пр} = -3,68$ %) с 9,8 до 7,0 на 1000 населения.

Уровень первичного выхода на инвалидность в 2022 году по г. Гомелю составил 59,93 на 10 000 населения и снизился на 7,2 % в сравнении с 2017 годом (64,6 на 10 000 населения). Самый низкий уровень первичного выхода на инвалидность пришелся на 2020 год и составил 50,73 на 10 000 населения.

Заболеваемость является одним из главных параметров, характеризующих здоровье населения. По статистическим данным за 2017–2022 годы отмечен умеренный рост (среднегодовой $T_{пр} = 3,99$ %) показателя общей заболеваемости на 100 000 населения. При этом значение показателя заболеваемости с временной утратой трудоспособности к 2022 году увеличилось в 1,4 раза ($T_{пр} = 3,94$ %) по сравнению с 2017 годом.

Показатель первичной заболеваемости населения в 2022 году по сравнению с 2017 годом увеличился в 1,23 раза и составил 91760,06 на 100 000 населения (в 2017 году – 74727,15 на 100 000 населения). Отмечен умеренный рост на фоне нестабильной тенденции показателя ($T_{пр} = 3,09$ %). Динамика данного показателя обуслов-

лена выраженным ростом показателя первичной заболеваемости взрослых в возрасте 18 лет и старше ($T_{пр} = 5,02 \%$). Показатель первичной заболеваемости детей 0–17 лет на территории г. Гомеля характеризуется стабильной динамикой на фоне нестабильной тенденции показателя и в 2022 году составил 188200,61.

По статистическим данным в 2022 году по сравнению с 2017 годом число впервые зарегистрированных случаев заболеваний болезнями органов дыхания увеличилось в 4 раза у взрослых в возрасте 18 лет и старше. У детей этот показатель увеличился в 1,18 раза в 2022 году по сравнению с 2017 и характеризуется выраженным ростом на фоне нестабильной тенденции показателя, при этом рост данных показателей обусловлен влиянием пандемии COVID-19 и ее последствий. Динамика данного показателя для всего населения г. Гомеля за анализируемый период характеризовалась выраженным ростом на фоне нестабильной тенденции.

За 2017–2022 гг. в г. Гомеле наблюдается выраженное увеличение числа случаев болезней системы кровообращения у взрослых. При этом для показателя заболеваемости на 100 000 населения отмечается умеренный рост ($T_{пр} = 3,5 \%$).

За 2017–2022 гг. наибольшее число случаев впервые зарегистрированных заболеваний злокачественными новообразованиями у лиц в возрасте 18 лет и старше было в 2018 году (739 случаев). Число случаев злокачественных новообразований у детей 0–17 лет увеличилось в 1,46 раза в 2021 году по сравнению с 2017 годом и снизилось в 1,66 раза в 2022 году по сравнению с 2021 годом, наибольший рост случаев отмечался в 2019 году (18,83). Для динамики показателя заболеваемости злокачественными новообразованиями (на 100 000 населения) всего населения и взрослых 18 лет и старше характерно выраженное снижение в 2020–2021 гг. и рост показателя в 2022 году на фоне нестабильной тенденции.

Показатель заболеваемости сахарным диабетом всего населения за 2017–2022 гг. характеризуется умеренным ростом ($T_{пр} = 1,48 \%$). Число впервые зарегистрированных случаев сахарного диабета у детей 0–17 лет в 2022 году снизилось на 37,2 % по сравнению с 2017 годом.

Показатели инфекционной заболеваемости на территории г. Гомеля за анализируемый период характеризуются выраженным ростом в 2020–2021 гг., особенно в возрастной группе взрослые 18 лет и старше, что обусловлено влиянием пандемии COVID-19 и снижением показателя в 2022 году.

Качество (безопасность) воды питьевой. Хозяйственно-питьевое водоснабжение г. Гомеля с 2012 года осуществляется из подземных источников и обеспечивается групповыми водозаборами, имеющими артезианские скважины, при этом воду из них возможно использовать в качестве водоподготовки только после обезжелезивания. Также на территории города на период 2022 года функционирует 24 ведомственных водозабора, осуществляющих подачу воды на различные объекты ведомственной принадлежности. Подаваемая населению питьевая вода характеризуется стабильно удовлетворительной: показатель нестандартных проб по микробиологическим показателям за последние 5 лет составляет не более 2 %. В 2022 году отобрано свыше 300 проб: нестандартных результатов по микробиологическим показателям по ведомственным водозаборам не отмечено, по коммунальным - установлена 1 проба, не соответствующая требованиям по содержанию общих колиформных бактерий, что составляет 0,33 % от числа отобранных проб. Удельный вес нестандартных проб воды по санитарно-химическим показателям в 2022 году составил по коммунальным водопроводам 2,23 % (7 проб) и по ведомственным – 20,8 % (в 2021 году – 2,02 и 42,1 % соответственно).

В целом за период с 2017 по 2022 гг. хозяйственно-питьевое водоснабжение г. Гомеля по санитарно-химическим показателям характеризуется удовлетворительным качеством и тенденцией к снижению количества удельных проб, не соответствующих гигиеническим нормативам. Проб воды питьевой, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию иодидов, хлоридов, фтора, нитратов, аммиака, жесткости общей, бора на территории г. Гомеля за анализируемый период не зарегистрировано.

Качество атмосферного воздуха. По данным стационарных наблюдений ГУ «Республиканский центр по гидрометеорологии, контролю радиоактивного загрязнения и мониторингу окружающей среды» [3], качество атмосферного воздуха соответствовало установленным нормативам ПДК. В целом по городу максимально-разовые концентрации контролируемых загрязняющих веществ не превышали установленные гигиенические нормативы. Превышение максимально-разовых концентраций по ТЧ-10 (более 150 мкг/м³) отмечалось в 2018 и 2021 гг., что закономерно связано с повышением температуры и отсутствием атмосферных осадков, т. е. с преобладанием сухой и ветреной погоды. Уровень загрязнения воздуха азота диоксидом не превышает допустимой нормы.

Качество пищевых продуктов. Анализ результатов показывает, что удельный вес не отвечающих гигиеническим нормативам проб пищевых продуктов, производимых и реализуемых на территории г. Гомеля, по микробиологическим показателям за 2017–2019 гг. увеличился и составил в 2019 году 3,2 %, а к 2022 году снизился до 1,0 %. По результатам лабораторных исследований содержания остаточных количеств пестицидов, микотоксинов, патулина в продуктах питания, вырабатываемых и реализуемых в г. Гомеле, в 2019–2022 гг. регистрировалось превышение допустимого уровня нитратов (в 2019 году – 6,9 %, в 2020 году – 3,8 %, в 2021 году – 11,1 %, в 2022 году – 4,17 %).

Загрязненность почв. Мониторинг почв проводился в контрольных точках: в селитебной зоне, в том числе на территории детских учреждений, в рекреационной зоне, в зоне санитарной охраны водозаборов. По результатам лабораторных исследований пробы почвы за 2019–2021 гг. соответствовали установленным нормативам. В 2022 году установлено несоответствие гигиеническим нормативам в 14,2 % по санитарно-химическим показателям в зоне влияния промышленных предприятий, транспортных магистралей, в местах применения пестицидов, в 33,3 % – в селитебной зоне; несоответствия по бактериологическим показателям не установлено.

Качество среды по физическим факторам. Среди факторов физической природы наиболее гигиенически значимыми для здоровья населения г. Гомеля является шум (индикаторные показатели ЦУР 1.39). Основными источниками шумового загрязнения в г. Гомеле являются автомагистрали, железнодорожный транспорт и промышленные предприятия. В рамках мониторинга и с целью реализации ЦУР проводились измерения уровней шума в жилых кварталах, прилегающих к основным автомагистралям и железнодорожным путям, и зоне влияния производств. В целом, по городу превышения предельно-допустимых уровней шума регистрируются на основных автомагистралях г. Гомеля.

Заключение

Работа по улучшению полученных данных должна строиться на основе межведомственного взаимодействия всех заинтересованных служб и организаций города, в том числе, путем проведения информационно-образовательной работы по профилактике неинфекционных заболеваний.

Здоровье населения влияет на развитие города в целом – именно такой подход заложен в проекте «Гомель – здоровый город».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. STEPS: Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь, 2020 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2022 .
2. Временные рекомендации по проведению исследований профилей здоровья населенных пунктов при реализации государственного профилактического проекта «Здоровые города и поселки» 15.07.22. – Минск : МЗ РБ, 2022. – 8 с.
3. Государственное учреждение «Республиканский центр по гидрометеорологии, контролю радиоактивного загрязнения и мониторингу окружающей среды» Минприроды Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rad.org.by/>. – Дата доступа: 16.08.2023.

УДК: 614.2

В. С. Ступак, М. Н. Бантьева, Т. А. Соколовская
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Центральный научно-исследовательский институт организации
и информатизации здравоохранения»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Москва, Российская Федерация

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ПРОЖИВАЮЩИМ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Введение

В Российской Федерации положение, состояние здоровья и гендерное равенство женщин и детей, независимо от места проживания, всегда находились в приоритете государственных интересов. Так, в главном законодательном акте страны – Конституции РФ определено, что материнство и детство, семья находятся под защитой государства [1].

Согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [2], доступность медицинской помощи – это основной принцип охраны здоровья граждан вне зависимости от места их проживания, обеспечивающийся: организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, т. е. транспортной доступностью; наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации (обеспечение качественной медицинской помощи); возможностью выбора пациентом медицинской организации и врача; предоставлением населению объемов медицинской помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий ее бесплатного оказания [3].

Одна четвертая часть населения России проживает на селе, из них почти 7 млн – женщины трудоспособного возраста. Для сельских жителей проблема доступности медицинской помощи более актуальна, тем более что медицинская активность сельского населения в 2,3 раза ниже, чем городского, а медико-правовая грамотность сельского населения на 30,0 % ниже, чем городских жителей [4]. Необходимость соблюдения принципа доступности и качества медицинской помощи женщинам, проживающим в сельской местности, предъявляет повышенные требования к ее организации и определяет ее особенности.

Цель

Описать особенности организации медицинской помощи женщинам Российской Федерации, проживающим в сельской местности.

Материалы и методы исследования

Анализ источников литературы, некоторых статистических данных, дескриптивный.

Результаты исследования и их обсуждение

Численное превышение женщин над мужчинами в составе населения РФ отмечается с 36 лет и с возрастом увеличивается. Такое соотношение складывается из-за сохраняющегося высокого уровня преждевременной смертности мужчин. Согласно международным критериям, население считается старым, если доля людей в возрастах 65 лет и более во всем населении превышает 7 %. Процесс демографического старения населения в гораздо большей степени характерен для женщин. В структуре населения вышеуказанного возраста женщины составляют около двух третей (66,5 %). Исследования показали, что в сельской местности меньшая доля респондентов оценивает состояние своего здоровья как хорошее (40,3 %) и очень хорошее (3,3 %), чем в городской (47,7 и 3,7 % соответственно). Однако за медицинской помощью сельчане обращаются реже, чем горожане, что в значительной степени объясняется низкой доступностью медицинских услуг для сельского населения. В то же время удовлетворенность сельских жителей работой медицинских учреждений выше, чем горожан [4].

Основные принципы организации медицинской помощи на селе. Среди организационных принципов современного общественного здравоохранения одним из важных моментов является соблюдение единства и преемственности медицинской помощи населению на всех этапах, как в городской, так и сельской местности [5]. Однако, существует ряд факторов, определяющих различия между городом и деревней, и влияющих на организационные формы и методы работы сельских медицинских учреждений. К таким факторам можно отнести особенности расселения жителей, радиус обслуживания, специфические условия трудового процесса (на больших территориях, сезонности и другие.), состояния путей сообщения и транспорта. Между тем все жители сельской местности должны быть обеспечены доступной медицинской помощью, особенно это касается программ охраны здоровья женщин и детей.

Особенности обеспечения медицинской помощи жителям сельской местности, также заключаются и в объемах исследований, осуществляемых при проведении ежегодной диспансеризации работников сельского хозяйства по основным профессиям, которая включает, к примеру, следующие группы: механизаторы; рабочие ремонтных мастерских (слесари, токари, электросварщики, аккумуляторщики, кузнецы и др.); животноводы (доярки, скотники, свиноводы, телятницы и др.); птицеводы (птичницы, операторы, сортировщики яиц, рабочие убойных цехов и др.); агрономы по защите растений, кладовщики складов ядохимикатов, тепличницы, рабочие по защите растений; работники закрытого грунта (тепличницы, агрономы и др.). Для каждой профессии приказом предусмотрены выявление этиологического фактора, осмотр специалистами (обязательные, по показаниям) и лабораторные исследования, обязательные и по показаниям.

Организация медицинской помощи женщинам в сельской местности по профилю «акушерство и гинекология». Акушерско-гинекологическая помощь сельскому населению организуется на тех же принципах, что и помощь горожанам. Основной задачей акушерско-гинекологической помощи в сельской местности является приближение

врачебной помощи к жительницам села, преемственность в работе отдельных ее звеньев, совершенствование форм, методов профилактической работы, динамического наблюдения и медико-социальной помощи.

Акушерско-гинекологическую помощь на селе оказывают женские консультации районных, центральных районных больниц (ЦРБ), акушерско-гинекологические кабинеты сельских врачебных амбулаторий, фельдшерско-акушерские пункты (ФАП). Консультативная, в основном специализированная, помощь обеспечивается акушерско-гинекологическими отделениями республиканских, областных больниц, перинатальных центров, в том числе на базах профильных кафедр образовательных медицинских учреждений и научно-исследовательских институтов (НИИ). Особенностью организации акушерско-гинекологической помощи женщинам в сельской местности является уровень ее оказания, позволяющий предоставлять различный объем и степень медицинского обследования и лечения в зависимости от мощности и оснащения акушерско-гинекологических учреждений, квалификации врачей, наличия анестезиолого-реанимационной службы. В ряде случаев эту помощь оказывает средний медперсонал.

На I уровне амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь жительницам села оказывается акушерками ФАПов и участковых больниц, врачами врачебных амбулаторий и общей практики [6]. Эта работа в основном носит профилактический характер в целях предупреждения осложнений беременности и возникновения гинекологических заболеваний. Здоровые женщины с неосложненным течением беременности могут постоянно находиться под динамическим наблюдением акушерок, посещая врача акушера-гинеколога женской консультации ЦРБ, районной больницы или выездной врачебной бригады 6-8 раз за время беременности. Объем медицинского обследования на I этапе соответствует требованиям, предъявляемым к ФАПам, врачебным амбулаториям (ВА) и участковым больницам (УБ), районным больницам (РБ), центральным районным больницам (ЦРБ) I уровня.

На II уровне амбулаторная помощь оказывается женскими консультациями районных, центральных районных больниц 2-го уровня, территориальных медицинских объединений государственного и муниципального подчинения (городскими больницами (ГБ)). На этом этапе обеспечивается углубленное обследование состояния здоровья беременной, при необходимости проводятся консультации другими специалистами, после чего составляется индивидуальный план наблюдения за беременными для медицинского персонала первого этапа; за беременными группы риска устанавливается динамическое наблюдение, в необходимых случаях решается вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности.

Беременные и гинекологические больные, нуждающиеся в специальном обследовании и лечении, направляются на III уровень (женские консультации, поликлиники и стационары республиканских, областных больниц (ОБ), перинатальных центров (ПЦ), центров планирования семьи (ЦПС)) и на IV уровень (научно-исследовательские учреждения Министерства здравоохранения Российской Федерации, Российской академии медицинских наук (НИИ) и профильные кафедры высших учебных заведений, базы которых имеют соответствующее материально-техническое обеспечение. На этих этапах оказывается консультативная и лечебная помощь в основном беременным групп риска и гинекологическим больным, нуждающимся в специальном обследовании и лечении, которые не могут быть проведены на предыдущих этапах. Беременным проводятся клинико-диагностические исследования (гормональные, биохимические, микробиологические, иммунологические и функциональные методы) для определения состояния плода.

Сельскому населению отдаленных и труднодоступных районов врачебная акушерско-гинекологическая помощь оказывается также выездными бригадами, в состав которых могут входить врач-акушер-гинеколог, педиатр, терапевт, зубной врач, лаборант, акушерка, детская медицинская сестра. Работу врача-акушера-гинеколога выездной бригады координирует районный врач-акушер-гинеколог. График выезда бригады медицинских работников доводится до сведения главных врачей участковых больниц, заведующих фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами. Фельдшер и акушерка имеют список женщин участка, подлежащих профилактическим и периодическим осмотрам.

Врач акушер-гинеколог, входящий в состав выездной бригады, проводит профилактический осмотр женщин, их лабораторное обследование; обследует беременных и гинекологических больных; обучает женщин методам и средствам контрацепции; оказывает при необходимости экстренную медицинскую помощь при акушерско-гинекологической патологии; проводит беседы или лекции для населения. Свою деятельность врач акушер-гинеколог выездной бригады фиксирует в документации того учреждения, на базе которого он работает. При повторном выезде врач акушер-гинеколог проверяет выполнение акушеркой ФАП назначений и рекомендаций.

Руководство деятельностью акушерско-гинекологическими учреждениями в районе осуществляется заместителем главного врача ЦРБ по детству и родовспоможению. Организационно-методическое руководство осуществляется главным врачом акушером-гинекологом района - квалифицированным специалистом, прошедшим подготовку по вопросам организации акушерско-гинекологической помощи. В сельских медицинских организациях ведутся специальные журналы для замечаний и рекомендаций районного врача акушера-гинеколога, врача акушера-гинеколога выездной бригады, старшей акушерки района (там, где она выделена), других специалистов.

Заключение

Особенности организации медицинской помощи в сельской местности определяют отдаленность расселения жителей, большой радиус обслуживания, сезонность, состояние путей сообщения и транспорта и другие. Между тем, все жители сельской местности должны быть обеспечены доступной медицинской помощью, особенно это касается программ охраны здоровья женщин и детей. Основной задачей акушерско-гинекологической помощи в сельской местности является приближение врачебной помощи к жителям села, преимущество в работе отдельных ее звеньев, совершенствование форм, методов профилактической работы, динамического наблюдения и медико-социальной помощи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) [Электронный ресурс] // КонсультантПлюс. – Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (с изм., внесенными Постановлениями КС РФ от 13.07.2022 № 31-П) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». [Электронный ресурс] // КонсультантПлюс. – Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_421790/
3. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов : постановление Правительства РФ от 28.12.2021 № 2505 (ред. от 14.04.2022) [Электронный ресурс] // КонсультантПлюс. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru/>
4. Блинова, Т. В. Отношение сельского населения к своему здоровью и доступности медицинской помощи / Т. В. Блинова, А. А. Вяльшина, В. А. Русановский // Экология человека. – 2020. – Т. 27, № 12. – С. 52–58. doi: 10.33396/1728-0869-2020-12-52-58

5. Соколовская, Т. А. Актуальные проблемы заболеваемости беременных женщин в Дальневосточном Федеральном округе: основные предпосылки и направления формирования программ профилактики / Т. А. Соколовская, В. С. Ступак, Г. В. Чижова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 3. – С. 475–491. doi: 10.24412/2312-2935-2021-3-475-491

6. Российские и региональные показатели деятельности врачей общей практики / В. И. Стародубов [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 10. – С. 6–19

УДК 618

Ф. Д. Хаджилаева

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Ставрополь, Российская Федерация*

МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ УСТЬ-ДЖЕГУТИНСКОГО РАЙОНА

Введение

Сложившаяся демографическая ситуация в России за последние десятилетия характеризуется как крайне неблагоприятная. Сначала замедлились темпы роста населения, а затем его численность стала существенно сокращаться за счет падения рождаемости и роста смертности. Перспективным резервом в улучшении основных социально-демографических показателей является снижение репродуктивных потерь, к которым относят плодовые потери (основной компонент – перинатальная смертность и аборты) и материнские потери (основной компонент – материнская смертность). Плодовые потери при сроке до 22 недель составляют 20 % среди всех распознанных беременностей 50 % от всех зачатий.

Несмотря на значительное снижение частоты, аборт как компонент в структуре ранних репродуктивных потерь составляет 94.3 %. За последние годы отмечается рост самопроизвольных абортов при снижении числа криминальных и неуточненных абортов. Сохраняется негативная тенденция к прерыванию первой беременности. Осложнения после аборта составляют 16-52 % и чаще встречаются у первобеременных женщин. В большинстве случаев это инфекционно-воспалительные заболевания гениталий (25.8 %) и эндокринологические осложнения (40-70 %). Обе группы осложнений, как правило, тесно связаны между собой. В литературных источниках все чаще стали упоминаться осложнения психологического характера после аборта – постабортный синдром (ПАС). Проявление ПАС заключается в возникновении у женщин депрессивного или тревожного состояния после аборта. Исследования показали, что первые 10 месяцев после аборта у женщин отмечается больше психологических проблем, чем впоследствии (через 2 года).

Аборты оказывают непосредственное влияние на показатели материнской смертности – одного из важных критериев, характеризующих здоровье женщины репродук-

тивного возраста. Они не относятся к непосредственной причине смерти, так как женщины умирают не от аборта, а от его осложнений.

Цель

Разработать мероприятия по оптимизации управления качеством медицинской помощи при диспансерном наблюдении беременных в Усть-Джегутинском районе в первичном звене здравоохранения.

Задачи:

1. Выявить частоту родов по возрасту и паритету родов.
2. Провести анализ основных показателей службы родовспоможения и оценить динамику заболеваемости беременных и родильниц за период с января 2015 г. по январь 2018 г.
3. Проанализировать результаты качества медицинской помощи беременным.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 937 истории родов в Усть-Джегутинской ЦРБ с января 2015 г. по январь 2018 г.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования было установлено:

1. Социологический портрет беременных представляют женщины преимущественно в возрасте 26–35 лет (51,1 %), имеющие высшее профессиональное и среднее специальное образование (79,4 %), работающие (53,3 %) и состоящие в зарегистрированном браке (84,1 %).
2. В исследуемой группе 52,9 % - это первородящие женщины.
3. Основным фактором снижения численности населения в Усть-Джегутинском районе является низкая рождаемость. Естественная убыль составила 3.36.
4. В Усть-Джегутинском районе сохраняется стойкая тенденция к снижению искусственных аборт во всех возрастных группах (снижение составило 15 %).
5. Уровень медицинской грамотности населения повысился на 5.2 %.
6. Ведущее место во время беременности занимает анемия, составляя 50 % от общего числа всех патологических состояний.
7. Отмечается непрерывный рост протеинурии и АГ, что составило соответственно 15 и 24 %.
8. Увеличилось количество родов, осложненных патологией пуповины, в 1.3 раза.

Выводы

Актуальность и практическая значимость проведенного исследования определяется тем, что оно способствует решению задач, поставленных перед органами управления здравоохранением по совершенствованию качества оказания медицинской помощи.

Практические рекомендации:

1. Провести профилактические работы на участке с учетом индивидуального подхода при работе с семьями, воспитывающими детей.
2. Повысить уровень знаний медицинского персонала по вопросам воспитания здорового ребенка при проведении циклов усовершенствования, врачебных конференций.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альбицкий, В. Ю. Фетоинфантильные потери / В. Ю. Альбицкий, Л. А. Никольская, М. Ю. Абросимова. – Казань, 1997. – 168 с.
2. Бурдули, Г. М. Репродуктивные потери / Г. М. Бурдули, О. Г. Фролова. – М. : Триада Х, 1997. – 188 с.
3. Радзинский, В. Е. Неразвивающаяся беременность / В. Е. Радзинский, В. И. Димитрова, И. Ю. Майскова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 196 с.

УДК 613.6.02:614.8 (476)

Н. Е. Хейфец, М. М. Солтан, Е. Н. Хейфец

Государственное учреждение

*«Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения»*

г. Минск, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ГРАДАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ РИСКОВ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАЖА РАБОТЫ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Введение

Сфера медицинской деятельности, как и любая другая сфера деятельности человека, имеет определенные риски, под которыми понимают вероятность наступления нежелательного события, опасного для здоровья пациента либо касающегося безопасности медицинского работника [1].

В результате исполнения трудовых обязанностей медицинский персонал сталкивается с вероятностью ущерба здоровью, то есть профессиональным риском. Ущерб здоровью могут нанести различные производственные факторы: физические, химические, биологические, тяжесть и напряженность трудового процесса [2].

Для управления рисками в системе здравоохранения все чаще используется риск-менеджмент, который затрагивает различные функции управления риском, в частности, обнаружение, обзор, описание риска и ситуаций, на которые может данный риск повлиять, а также определение превентивных и корректирующих мероприятий, позволяющих снизить вероятность риска путем принятия адекватных управленческих решений [3].

Выделяют следующие виды рисков: внутренние риски, возникающие из факторов, которые в значительной степени подконтрольны организации; внешние риски, возникающие из факторов, которые в значительной степени не подконтрольны организации - социальные, политические, экономические, технологические, правовые и природные факторы. Использование различных инструментов для выявления профиля рисков и оценки степени их критичности для организации помогает понять, какие риски можно принять, не предпринимая мер по их минимизации, а какие риски требуют срочного вмешательства из-за невозможности продолжения работы организации здравоохранения [4].

После того как внешняя и внутренняя среда организации здравоохранения проанализированы и количественно охарактеризованы, необходимым является выбор методов управления выявленными рисками с целью минимизации возможного ущерба в будущем, который может существенно отличаться в зависимости от подготовки и опыта работы руководителя.

Учитывая вышеизложенное, изучение особенностей градации профессиональных рисков в зависимости от стажа работы руководителей организации здравоохранения является актуальным направлением научных исследований.

Цель

Изучить градацию профессиональных рисков при осуществлении медицинской деятельности в зависимости от стажа работы на руководящей должности.

Материалы и методы исследования

В ходе исследования были применены формально-логический, сравнительно-правовой, формально-юридический, исторический и системный методы при изучении реализованных за рубежом моделей управления профессиональными рисками в здравоохранении, что позволило разработать собственную анкету для опроса руководителей организаций здравоохранения Республики Беларусь. Вопросы анкеты были сгруппированы в определенные смысловые блоки в соответствии с логикой исследования: общие вопросы, внешние риски (социально-правовые и экономические риски, риски, связанные с управлением); внутренние риски (риски, связанные с угрозой здоровью медицинских работников, профессиональные (медицинские) риски, связанные с гражданско-правовой ответственностью), прочие риски. Подробный перечень рисков описан нами ранее [5].

В ходе опроса респонденты оценивали применительно к организации здравоохранения, в которой они работают, вероятность возникновения (блок 1 вопросов анкеты) и степень воздействия (последствия) (блок 2 вопросов анкеты) в общей сложности (с учетом включенных в отдельные вопросы уточняющих категорий) 35 видов профессиональных рисков, то есть оценивали проблему профессиональных рисков по 70 позициям. В анкете были предусмотрены следующие варианты ответов в отношении вероятности возникновения и степени воздействия (последствий) определенного профессионального риска соответственно: «высокая», «средняя», «низкая», «не возникает» и «не влияет». Для анализа ответов вместо указанных в анкете вариантов «не возникает» и «не влияет» мы использовали вариант «незначительная» с учетом субъективности оценок респондентов.

В анкетировании принял участие 781 респондент (руководители организаций здравоохранения, их заместители и руководители структурных подразделений), заполнивший опросник онлайн на любом устройстве, имеющем выход в Интернет (компьютер, смартфон, планшет и т. д.), с помощью инструмента «Google Формы». Для выявления различий в ответах респондентов в зависимости от стажа работы на руководящей должности все респонденты были разделены на две группы: со стажем работы на руководящей должности до 5 лет ($n = 420$) и более 5 лет ($n = 361$). Сравнительный анализ данных проведен с помощью программного пакета «Microsoft Excel» с использованием критерия χ^2 и точного критерия Фишера при критическом уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты анкетирования легли в основу построения карты рисков. Исходные данные для составления карты рисков – реестр, включающий все риски (в данном случае это 35 позиций анкеты, по которым получены ответы респондентов), и форма карты для ее наполнения выявленными рисками. Оценку каждого риска в карте проводили по двум параметрам (шкалам) – вероятность возникновения (реализации) и степень воздействия (последствия, потенциальный ущерб). Построение карты рисков проводилось согласно методике, подробно описанной нами ранее [5].

Результаты исследования и их обсуждение

В зависимости от места работы респонденты распределились следующим образом: органы управления здравоохранением (0,64 %), амбулаторно-поликлинические организации (49,42 %), больничные организации (37,77 %), организации скорой медицинской помощи (1,15 %), научно-практические центры (7,17 %), организации медицинской реабилитации (1,92 %), организации паллиативной помощи (0,52 %), организации переливания крови (0,64 %), учреждения образования системы здравоохранения: университетская клиника (0,77 %).

Сравнительный анализ встречаемости (усредненные показатели, в процентах) варианта «высокая» в отношении вероятности возникновения и степени воздействия (последствий) определенного профессионального риска в своей организации здравоохранения в ответах респондентов, работающих на руководящей должности до 5 лет и более 5 лет, не выявил достоверных различий в зависимости от стажа работы на руководящей должности.

Сравнительный анализ встречаемости (усредненные показатели, в процентах) варианта «средняя» в отношении вероятности возникновения и степени воздействия (последствий) определенного профессионального риска в своей организации здравоохранения в ответах респондентов, работающих на руководящей должности до 5 лет и более 5 лет, показал, что в обоих блоках встречались вопросы, разница в ответах респондентов на которые была достоверной.

В первом блоке это риски, связанные с эксплуатацией оборудования (техногенные (технико-эксплуатационные) риски ($\chi^2 = 4,404$; $p = 0,036$). Во втором блоке вопросов разница в ответах респондентов, работающих на руководящих должностях до 5 лет и более 5 лет, была достоверной по четырем позициям: риски, связанные с профессиональной подготовкой медицинских работников со средним специальным медицинским образованием ($\chi^2 = 4,715$; $p = 0,030$); риски, связанные с квалификацией медицинских работников со средним специальным медицинским образованием ($\chi^2 = 4,257$; $p = 0,040$); риски, связанные с угрозой здоровью медицинских работников при взаимодействии с пациентами с инфекционными, психическими заболеваниями ($\chi^2 = 4,773$; $p = 0,029$); риски, связанные с эксплуатацией оборудования (техногенные (технико-эксплуатационные) риски; $\chi^2 = 3,918$; $p = 0,048$).

Сравнительный анализ встречаемости (усредненные показатели, в процентах) варианта «низкая» в отношении вероятности возникновения и степени воздействия (последствий) определенного профессионального риска в своей организации здравоохранения в ответах респондентов, работающих на руководящей должности до 5 лет и более 5 лет, показал, что и в первом, и во втором блоках вопросов ответы респондентов достоверно различались только по одной позиции. В первом блоке – это риски, связанные с гражданско-правовой ответственностью медицинских работников при (некачественном) оказании анестезиологического пособия ($\chi^2 = 4,672$; $p = 0,031$). Во втором блоке – это риски, связанные с санитарно-эпидемиологической обстановкой в организации здравоохранения в связи с распространением внутрибольничных инфекций ($\chi^2 = 7,258$; $p = 0,008$).

Сравнительный анализ встречаемости (усредненные показатели, в процентах) варианта «незначительная» в отношении вероятности возникновения и степени воздействия (последствий) определенного профессионального риска в своей организации здравоохранения в ответах респондентов, работающих на руководящей должности до 5 лет и более 5 лет, показал, что только в первом блоке вопросов ответы респондентов достоверно различались по одной позиции: риски, связанные с коррупционными проявлениями ($\chi^2 = 5,799$; $p = 0,017$). По второму блоку вопросов ответы респондентов достоверно не различались.

Перекодировав первичные данные по ответам респондентов в соответствии с методикой, мы рассчитали среднее значение показателя вероятности возникновения риска, среднее значение показателя степени воздействия (последствий) риска, вычислили коэффициенты критичности риска по каждой из 35 позиций опросника для руководителей со стажем до 5 лет и стажем более 5 лет. В соответствии с коэффициентами критичности риска построены карты критичности рисков для руководителей со стажем до 5 лет и стажем более 5 лет. Анализ полученных результатов, показал,

что и для руководителей со стажем до 5 лет, и для руководителей со стажем более 5 лет ни для одного из перечисленных в опроснике видов риска не установлена высокая критичность риска, без устранения причины которой невозможно продолжение работы организации здравоохранения. Средняя критичность риска, по мнению обеих групп респондентов, характерна для рисков, связанных с недостаточной работой по профилактике стресса. Респонденты, работающие на руководящей должности до 5 лет, выделили риски, связанные с актами терроризма, в качестве относящихся к категории профессиональных рисков с незначительной критичностью. Руководители со стажем более 5 лет в эту же категорию выделили риски, связанные с взрывоопасными (хранение и эксплуатация кислорода) ситуациями. Все остальные виды рисков, упомянутые в опроснике, по мнению респондентов обеих групп попадают в категорию профессиональных рисков с низкой критичностью.

Выводы

Таким образом, использование инструментов риск-менеджмента позволяет выявить основные условия, причины и источники формирования профессиональных рисков при осуществлении медицинской деятельности. Градация профессиональных рисков по некоторым позициям имеет достоверные различия в зависимости от стажа работы на руководящей должности в организации здравоохранения, что необходимо учитывать при подготовке руководящих кадров.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Захарова, Е. Н. Формирование механизмов управления рисками в медицинском учреждении / Е. Н. Захарова, И. П. Ковалева // Вестник ЛГУ. – 2017. – № 1 (195). – С. 108–116.
2. Литвяков, А. М. Профессиональные болезни : курс лекций / А. М. Литвяков, А. Н. Щупакова. – Витебск : ВГМУ, 2011. – 223 с.
3. Кицул, И. С. Применение технологий риск-менеджмента в системе оказания медицинской помощи / И. С. Кицул, Б. С. Балханов, Н. К. Бадмаева // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 10. – С. 7–15.
4. Завражский, А. В. Особенности классификации рисков медицинских организаций / А. В. Завражский // Теоретическая и прикладная экономика. – 2017. – № 3. – С. 90–105.
5. Рискологический подход в управлении профессиональными рисками при осуществлении медицинской деятельности / М. М. Солтан [и др.] // Здоровье и окружающая среда : сб. материалов междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 95-летию Респуб. унитарного предприятия «Научно-практический центр гигиены», Минск, 24–25 нояб. 2022 г. / М-во здравоохр. Респ. Беларусь. науч.-практ. центр гигиены ; под общ. ред. А. А. Тарасенко. – Минск : Изд. Центр БГУ, 2022. – С. 254–258.

УДК 614.2

И. Ю. Худогов

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

РЫНОЧНАЯ ЭКОНОМИКА КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В СОВРЕМЕННОЙ ИНФОРМАЦИОННО-КОГНИТИВНОЙ СРЕДЕ ОБИТАНИЯ

Введение

Всё человечество, включая жителей Африки – прародины представителей вида *Homo Sapiens*, которые объективно имеют самый юный социальный возраст [1], индустриализируется, расширяет транспортные сети, строит порты и аэродромы, возводит жилищную инфраструктуру, т. е. идет по пути урбанизации, безусловно затрагивающей медицину и здравоохранение [2]. Урбанистическая экологическая система поглощает всё большее количество земель, и независимо от цвета кожи и особенностей климата всё ярче начинают проявляться новые закономерности изменения общественного здоровья (ОЗ). Если раньше ОЗ отражало взаимодействие биологического каркаса человека с факторами природной или техногенной среды, к которым относили количество и качество пищи, питьевой воды, перепады температур, атмосферного давления, влажности, организацию улично-дорожной сети, инженерное оборудование, ландшафтно-рекреационные характеристики, озеленение населённых пунктов, инсоляцию и солнцезащиту помещений, городской и промышленный шум, вибрацию, радиационное, химическое, вирусно-бактериальное, электромагнитное и иное загрязнение, то сегодня на наших глазах осуществляется переход в информационно-когнитивную эру, и ситуация радикально меняется.

Нематериальные (информационно-когнитивные) факторы здоровья начинают доминировать, изменяя ОЗ в значительно большей степени, чем можно было это себе представить. Очевидно, что урбанизация, новые технологии и материалы будут приводить к появлению новых факторов риска (ФР) для ОЗ и количество этих факторов будет постоянно увеличиваться по мере развития естественных наук, обогащающих человечество новыми знаниями. При этом не стоит на месте и гуманитарная сфера, открытия в которой подводят нас к мысли о существовании главного управляющего ФР, который находится вне материального мира и определяет появление всех остальных ФР, причиняющих вред здоровью. Не случайно ещё в 1948 году, определяя сущность здоровья, эксперты ВОЗ утверждали, что здоровье – это не только отсутствие болезней и физических дефектов, но и получение материальных, и подчеркнем, духовных и социальных благ, которые по своей природе не материальны, но существуют и выполняют функцию базиса для нормального функционирования биологического каркаса (БК). Иными словами, духовные и социальные блага являются сегодня неотъемлемой и необходимой частью среды нашего обитания, поступают внутрь БК постоянно, занимая место основного, универсального внешнего фактора, управляющего ОЗ. Источником потока духовных и социальных благ являются другие люди, с которыми мы общаемся непосредственно или опосредованно.

Технические носители (ТН) духовно и социально значимой информации представлены телефонами, смартфонами, компьютерами, радио- и телеприемниками и т. д. СМИ и интернет, используя ТН, доносят до нас мысли акторов, лидеров мнения, авторитетов и экспертов, лиц, принимающих решения, и нашу собственную рефлексию. Сформированная таким образом для современного россиянина – жителя мегаполиса рукотворная (искусственная) информационная среда обитания почти полностью заменила естественную природную среду, окружавшую нас миллионы лет, и актуальность которой была бесспорна, например, в отношении продуктов питания. Сегодня же минимально необходимым объемом пищи (прожиточным минимумом) обеспечены более 94 % населения современной России, и эта цифра имеет устойчивую тенденцию к росту. Тем не менее, основополагающие законы наследственности, изменчивости и естественного отбора, когда выживал сильнейший, продолжают действовать на всех членов современного социума как непосредственно - при помощи хорошо известных инструментов заболеваемости и соответствующей ей смертности, так и опосредованно – при помощи разнообразных ФР, описанных выше. Но если в первобытную эпоху трагедии выживания разыгрывались в реальном мире (засуха, похолодание, голод сокращали численность популяции), то сегодня тот же эффект имеют колебания социально-экономических характеристик, которые целиком находятся в информационно-когнитивной сфере и на первый взгляд к БК никакого отношения не имеют. То есть в контексте ОЗ и здоровьесбережения социальная сущность человека настолько гипертрофировалась, что стала полностью доминировать над его биологической первоосновой. Особенно наглядно это проявилось в условиях бурно развивающейся рыночной экономики (РЭ), которая движима жаждой получения прибыли, и все достижения прогресса, какие бы потребности они не удовлетворяли, нужны лишь для того, чтобы приносить прибыль. При этом ничем не сдерживаемая РЭ характеризуется волнообразными колебаниями хозяйственной активности (периодическими структурными кризисами, или кризисами перепроизводства), когда избыточно произведенная продукция, включающая в себя значительное количество сырьевых, энергетических, трудовых и иных ресурсов, просто уничтожается. Не говоря об экологических последствиях, которые сами по себе ужасны, становится очевидным, что последующие поколения лишаются потенциальной возможности не только потребить, но и произвести что-либо подобное, поскольку взять ни эти продукты, ни ресурсы будет неоткуда. Но перечисленные издержки реального материального мира – не самое страшное. РЭ трансформирует как целые социальные организмы и систему отношений внутри них, так и накладывает определенный отпечаток на каждого отдельно взятого индивидуума. Иными словами, наша современная российская капиталистическая реальность формирует неповторимый образ, качество, уровень жизни и соответственный уровень здоровья каждого человека. Причем основа рабочей гипотезы (РГ) состояла в том, что РЭ не только сильнее прочих форм хозяйствования воздействует на предметный мир вокруг человека, но, что значительно важнее, РЭ модифицирует человеческое мышление, представления, рефлексию, т. е. всё то, что происходит в информационно-когнитивной сфере (ИКС). ИКС – это виртуальное пространство, расположенное в сознании каждого индивида и общества в целом, создаваемое интернетом, СМИ и другими заинтересованными акторами, которые формируют системы ценностей, стереотипы поведения, навязывают модные тренды и прочее, что в свою очередь и определяет здоровье населения. Основными компонентами ИКС являются социально значимые объекты (СЗО). СЗО – это то, ради чего мы живем. Утрата СЗО заставляет нас страдать, приобретение СЗО радует. СЗО появились на постбиологическом этапе развития человечества и прямого отношения к еде не имеют, тем не менее они материальны,

их ценность определяет социум, и эта ценность опосредуется в ИКС каждого человека при помощи информационных потоков (ИП). Если СЗО получен в собственность, ИП от него нарастает. Такое состояние сознания характеризуется термином «положительный градиент афферентации (ГА)». В результате нарастающего ИП в сознании человека формируется модель приобретенного СЗО. Этот процесс мы назвали термином «моделизация» для того, чтобы отличить его от абстрактного научного «моделирования», поскольку модель СЗО всегда конкретна и неповторима, так как она базируется на нейрональном ансамбле конкретного человека и связана с конкретным предметом. Если мы потеряли СЗО как физический объект, ИП от него прекращается [3].

Для обозначения этого состояния сознания мы применяем термин «отрицательный ГА», который характеризует процесс демоделизации, т. е. разрушения этого нейронального ансамбля (НА). Для выполнения социологического мониторинга ИКС нами предложено 6 основных индикаторов, выявляющих наличие СЗО, к которым были отнесены такие конкретные понятия, как «работа», «деньги», «товары (длительного пользования – квартира, машина и т. п.)», «близкий человек», «коллектив (семейный, производственный и т.п.)», «страна (родина)» [4]. Указанные ценности (смыслы жизни), обеспечивающие соответствующие основные мотивы поведения человека, были использованы для операционализации (т. е. для преобразования теоретических суждений (концептов) в формат конкретных предметов и действий с ними (оперантов), легко поддающихся процедуре измерения). Корректно подобранные операнты позволили судить не только о наличии СЗО (так называемые «качественные характеристики объектов»), но и об их количественной стороне (1 СЗО = 1 у. е. ГА) [5]. При потере СЗО ГА имеет знак «-», если СЗО приобретается – ГА имеет знак «+». Суммарный ГА является арифметической суммой положительных и отрицательных у. е.

Цель

Определить медицинские последствия (накопленную заболеваемость) длительного пребывания репрезентативной выборки взрослого населения в условиях рыночной экономики, формирующей специфическую информационно-когнитивную среду обитания современного человека.

Материалы и методы исследования

Работа была выполнена в категориальном поле социологии медицины с использованием основных уравнений санитарной статистики, первичный материал составили анкеты респондентов – взрослых жителей Северо-Кавказского федерального округа (СКФО) и Южного федерального округа (ЮФО) Российской Федерации. Исследование проводилось в различных социальных группах. Отбор единиц наблюдения проводился серийным методом (гнездовым отбором). При этом внутри гнезда выборка была рандомизирована. Ремонт выборки не проводился. Ошибка представительности рассчитывалась для всех исследуемых групп и считалась приемлемой, если не превышала критической величины в 5 %. Основные методы сбора данных – анкетирование и интервьюирование. Для описания наблюдаемых феноменов использовался метод группировки (по величине суммарного ГА от -3 у. е. до +4 у.е. – итого 8 групп), структурно-функционального анализа и графический метод. За период с 2015 по 2016 гг. было обследовано 1657 респондентов. Для обеспечения соизмеримости признаков применялись показатели наглядности, выраженные в %.

Результаты исследования и их обсуждение

При графической интерпретации данных за 100 % численности был принят размер (727 респондентов) самой представительной группы с суммарным ГА = 0 у. е. За

100 % заболеваемости был взят наивысший уровень (3300 ‰), выявленный в группе с минимальным ГА (-3 у. е.). Средневыборочный уровень накопленной заболеваемости (НЗ) составил $1042,2 \pm 27,4$ ‰. Он и был использован в дальнейшем для расчета прогнозных значений показателей, а также медицинской эффективности моделизации и демоделизации, выраженной через ГА. Тип распределения числа респондентов в группах с различным суммарным ГА стремится к нормальному. В соответствии с линейным трендом график аппроксимации НЗ имеет формулу (1):

$$y = -10,931x + 85,173 \quad (1)$$

$$R^2 = 0,7317$$

Формула 1 интерпретируется следующим образом: с вероятностью безошибочного прогноза 73,2 % можно утверждать, что возрастание суммарного ГА на 1 у. е. снижает заболеваемость в популяции в среднем на 11 % (на 275 ‰).

Полиномиальная линия тренда (ЛТ) отразила фактическую заболеваемость в следующем уравнении (2):

$$y = -1,0943x^3 + 15,657x^2 - 75,241x + 152,6 \quad (2)$$

$$R^2 = 0,8545$$

Достоверность аппроксимации уравнения 2 выше 85 %, следовательно, и точность прогноза на исследуемом отрезке колебаний ГА также выше, чем при линейном прогнозировании.

При анализе корреляционной связи между изменениями суммарного ГА и собственно НЗ, а также ее сглаженными вариантами (линейным и полиномиальным трендами) было установлено, что во всех случаях связь обратная, сильная и значимая (чем слабее суммарный ПИ от СЗО, тем выше НЗ).

Заключение

В ходе статистической обработки материалов социологического опроса экспериментальной группы взрослого населения была получена информация о том, что Мода суммарного ГА в целом по выборке составляет 0 у. е. Следовательно, ориентировочный уровень здоровья экспериментальной группы по индикатору НЗ будет стремиться к среднему уровню по популяции и составит 1042 ‰. Если ГА в популяции составит -3 у. е., то мы вправе ожидать, что НЗ взрослого населения повысится как по линейному, так и по полиномиальному тренду, и будет равняться 1866–2983 ‰. Приведенные примеры иллюстрируют использование ГА в качестве диагностического и прогностического инструмента, точность которого при линейном отображении тренда составляет 73 % соответствия исходным значениям и 85 % соответствия при построении логарифмического тренда.

Кроме практических аспектов оценки и прогноза ОЗ методика расчета ГА имеет важное теоретическое значение. Так, было выяснено, что в целом по выборке наиболее оптимальным вне зависимости от полярности ГА является функционирование 1 НА, обслуживающего 1 СЗО. Таких респондентов было около половины выборки, более четверти респондентов имеют 2 активно функционирующих НА. Более 1/5 участников опроса находились в стабильном состоянии (ГА = 0). Максимально возможное количество НА, находящихся в стадии моделизации или демоделизации, не превышает 4 (в качестве казуистики можно привести 1 респондента, который задекларировал 5 СЗО (4 потери и 1 приобретение) при нормальном уровне НЗ). Таким образом, в масштабах всей выборки изменения вектора ГА приводят при моделизации к резкому улучшению здоровья, при демоделизации к трехкратному повышению НЗ. Иными словами, риски

обвального ухудшения здоровья растут по мере увеличения количества присвоенных СЗО (неслучайно в обществе потребления это считается престижным – присвоить как можно больше всего). То есть если развернуть рассматриваемое явление во времени, но вместо абстрактно текущих часов, недель, месяцев или лет взять конкретные события (появление нового заболевания), то выявляется интересная закономерность: каждый качественный переход (от точки «0 заболеваний» к точке «1 заболевание», от точки «1 заболевание» к точке «2 заболевания» и т.д.) начинается с потери одного (двух, трех) СЗО, а заканчивается приобретением одного (двух - четырех) СЗО. То есть пока человек расширяет круг привязанностей (СЗО), он имеет стабильное здоровье, но риски потери здоровья растут вместе с ростом числа СЗО. Как только круг (воронка) привязанностей схлопывается (собственность отчуждается), здоровье резко переходит на более низкий уровень, типичный для этапа кризиса РЭ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Структурные характеристики социального возраста на фоне современных российских политико-экономических реалий / Ю. Г. Элланский [и др.] // В мире научных открытий. – 2015. – № 2-1(62). – С. 639–653.
2. Худоногов, И. Ю. Медико-социальная урбанизация как фактор модернизации здравоохранения : Социально-психологические и медико-экономические аспекты развития высоких медицинских технологий на Дону / И. Ю. Худоногов, К. Н. Ляшенко. – Beau Bassin, Mauritius : LAP LAMBERT, 2018. – 173 с.
3. Определение приоритетов профилактики накопленной заболеваемости при помощи индексирования потерь и приобретений / И. Ю. Худоногов [и др.] // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. – 2021. – Т. 13, № 1. – С. 237–258. doi 10.12731/2658-6649-2021-13-1-237-258
4. Королев, Д. А. О патриотической основе военного и медицинского образования на Дону / Д. А. Королев, Л. Г. Зарубинская, И. Ю. Худоногов // История военного образования в медицинских вузах : материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Ростов-на-Дону, 27–28 апр. 2018 г. – Ростов-на-Дону : Ростовский государственный медицинский университет, 2018. – С. 79–81.
5. Количественная оценка информационно-когнитивной составляющей нестабильности показателей общественного здоровья в условиях рыночной экономики (значение для медицинских организаций) / И. Ю. Худоногов [и др.] // Наука. Промышленность. Образование. Культура. Формирование духовно-нравственного и физического здоровья нации : материалы X съезда Петровской академии наук и искусств. – СПб. : ИИУНЦ «Стратегия будущего», 2017. – С. 120–130.

УДК 614.2

С. А. Царев

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Самарский областной клинический наркологический диспансер»,
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Самара, Российская Федерация*

ДИНАМИКА СТРУКТУРЫ И ВЕЛИЧИНЫ СОЦИАЛЬНОЙ СТОИМОСТИ НАРКОМАНИИ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ В 2017–2020 ГГ.

Введение

В настоящее время существует несколько методик оценки ущерба от различных заболеваний, наносящих определенный социально-экономический ущерб обществу. В

основном, подобные работы посвящены оценке вреда от сердечно-сосудистых, инфекционных заболеваний, а также ряда заболеваний, так или иначе связанных с загрязнением окружающей среды. Попытки оценить ущерб для общества такого явления, как наркомания, также неоднократно предпринимались зарубежными авторами [1].

Анализ научной литературы показывает, что в настоящее время в России существует ряд работ, посвященных изучению экономического ущерба, наносимого обществу распространением наркомании. В частности, коллективом авторов Уральского отделения Российской академии наук был определен ущерб от наркомании [2], в которых произведен не только расчет социальной стоимости наркомании в Федеральных округах и РФ в целом, но и оценено влияние такого явления, как наркомания, на социально-экономическое развитие общества. Попытки оценить величину социальной стоимости наркомании также предпринимались ранее в Самарской области [3]. Однако, отличительной особенностью данного исследования является оценка данной величины повторно на той же территории спустя 10 лет.

Цель

Оценить общую величину и структуру социальной стоимости наркомании в Самарской области, а также основные тенденции по их изменению в период 2017–2020 гг.

Материалы и методы исследования

Для оценки величины социальной стоимости наркомании в Самарской области были использованы принципы ее определения, разработанные экспертами Группы Помпиду Совета Европы [4]. Также в работе были учтены рекомендации, разработанные в ходе проведения оценки социальной стоимости наркомании в РФ. Данная методика позволяет определить и ущерб от распространения наркомании в обществе. В этом случае будут учитываться только те составляющие расчета социальной стоимости, которые связаны с дополнительными затратами, которые несет государство и общество из-за распространения наркомании (дополнительные бюджетные расходы, недополученная продукция, преждевременная смертность граждан и т. п.).

Согласно использованной авторами статьи методике, общая величина социальной стоимости наркомании в регионе сложилась из совокупных затрат общества и граждан в государственной и негосударственной сферах. В свою очередь, социальная стоимость в государственной сфере будет определена как сумма затрат в сегментах: стоимость социальных последствий наркомании, расходов правоохранительных, судебных органов, системы исполнения наказаний, расходов на здравоохранение и профилактических программ. Стоимость затрат в негосударственной сфере представлены в основном расходами самих потребителей наркотиков и лиц, их окружающих, на их приобретение.

Результаты исследования и их обсуждение

Далее представлены расчеты величин социальной стоимости наркомании в Самарской области в каждом из сегментов:

1. Стоимость социальных последствий наркомании

Расчет социальной стоимости наркомании в данном сегменте проводится в демографической и производственной сферах на основании следующих показателей:

1.1. Ущерб от смертности по причине употребления наркотических веществ. Определение экономического ущерба обществу от преждевременной смертности на основе недоданного валового регионального продукта (ВРП) рассчитывается как произведение суммы, не дожитых определенной совокупностью умерших до конца трудоспособного возраста человеко-лет и доли ВРП (в руб.), приходящейся на одного занятого в экономике в соответствующем году, с учетом коэффициента занятости представителей дан-

ной когорты в экономике региона. Полученное значение будет соответствовать ущербу, причиненному экономике за все недожитые годы. Так как данная методика предполагает расчет годовых потерь, разделим эту величину на средний возраст недожития. Полагая, что каждый умерший замещается в экономике в этом же году, можем не учитывать потери от недожитых лет, следующих за расчетным.

1.2. Ущерб от недовыпуска продукции в результате вовлечения населения в наркоманию. Под потребителем наркотиков будем понимать когорту людей, численность которых, как и процент от общей популяции жителей Самарской области определяется ежегодно в ходе мониторинга основных показателей наркотизации региона. Согласно проведенным ранее расчетам, трудоспособность такого человека снижается на 56 %¹. Таким образом, в данном случае экономический ущерб считается как разница между производительностью труда занятого в экономике наркопотребителя и здорового производителя ВРП, умноженную на количество занятых в производстве ВРП наркопотребителей. В расчетах принимались во внимание определенные ранее в ходе исследований: коэффициент занятости ПИН в производстве, а также коэффициент производительности труда у работающего ПИН с синдромом зависимости.

2. Расходы на здравоохранение и другие социальные расходы

Расчет социальной стоимости наркомании в сегменте расходов на здравоохранение производится на основании следующих показателей:

2.1. Расходы на обучение, повышение квалификации и переподготовку врачей и среднего медицинского персонала, специализирующихся на лечении наркозависимости. Определяется как произведение числа прошедших в данном году обучение специалистов с высшим и средним медицинским образованием на среднюю стоимость курса обучения.

2.2. Бюджетные расходы на обеспечение выездов службы скорой помощи по обращениям лиц, употребляющих наркотические вещества. Определяется как произведение количества выездов бригад скорой неотложной помощи, связанных с оказанием медицинской помощи потребителям наркотиков из-за их употребления на среднюю стоимость одного выезда в данном году.

2.3. Расходы на стационарное лечение наркотической зависимости в государственных медицинских учреждениях. Определяется как произведение количества госпитализаций по поводу лечения наркомании на стоимость одной госпитализации (по утвержденному нормативу).

2.4. Расходы на амбулаторное лечение наркотической зависимости. Определяется на основе определенного ранее по результатам исследований соотношения расходов на стационарное и амбулаторное лечение наркомании. В данном исследовании соотношение расходов на стационарное лечение к расходам на амбулаторное лечение в структуре общих расходов на лечение наркомании в России было определено как 65 % к 35 %.

2.5. Бюджетные расходы на АРВТ у лиц, заразившихся ВИЧ при употреблении наркотиков. Определяется как произведение количества лиц, заразившихся ВИЧ при употреблении наркотиков и получающих АРВТ в текущем году на среднюю стоимость антиретровирусной терапии.

3. Расходы на содержание правоохранительных органов, контролирующих оборот наркотиков

Расчет социальной стоимости наркомании в данном сегменте представлен средствами федерального бюджета на содержание Управления по контролю за оборотом

¹ Коэффициент рассчитан на основе данных о снижении основных физиологических и психологических показателей (степень усталости и стресса, уровень внимания, включенности, интерпретации текста) у наркозависимых

наркотиков главного Управления Министерства внутренних дел Российской Федерации по Самарской области.

4. Расходы на содержание судебной системы

Расчет социальной стоимости наркомании в сегменте расходов на содержание судебной системы представлен средствами федерального бюджета и производится на основании количества дел (уголовных и административных), рассмотренных судами Самарской области.

5. Расходы на содержание системы исполнения наказаний

Расчет социальной стоимости наркомании в данном сегменте производится на основании расходов на содержание заключенных, отбывающих наказание по обвинениям в преступлениях, связанным со сбытом наркотических веществ.

6. Расходы потребителей наркотиков и лиц, их окружающих

Расчет социальной стоимости наркомании в сегменте расходов потребителей наркотиков учитывает проведенное ранее исследование по оценке численности потребителей наркотиков в Самарской области с учетом латентной составляющей, и производится на основании суммирования расходов на приобретение наркотических веществ, и расходов на приобретение прекурсоров, медикаментов, инструментария для изготовления и употребления наркотических веществ. При расчетах учитывались определенные с помощью анкетирования наркопотребителей: количество инъекций в день каждого из наркотических веществ, а также среднее количество дней употребления в году.

7. Совокупные расходы профилактических программ различных уровней

Расчет социальной стоимости наркомании в данном сегменте учитывает расходы федеральных и региональных программ.

Далее приведена итоговая таблица, в которой указаны расчетные величины социальной стоимости наркомании в Самарской области в целом и по различным составляющим ее сегментам в динамике с 2017 по 2020 г.

Таблица 1 – Расчетные величины социальной стоимости наркомании в Самарской области с 2017 по 2020 г.

	2017	2018	2019	2020
Расходы на содержание правоохранительных органов, тыс. руб.	1219689,09	1094733,36	1278925,79	1382466,76
Расходы на содержание судебной системы, тыс. руб.	54373,23	66228,64	67305,35	60479,60
Расходы на содержание системы исполнения наказаний, тыс. руб.	1068617,27	974345,23	1270095,43	1712183,90
Расходы на различные профилактические программы, тыс. руб.	23308,00	25435,00	16296,00	25867,00
Расходы потребителей наркотиков, тыс. руб.	13177401,42	18825759,30	15832356,27	16241495,80
Расходы на здравоохранение, тыс. руб.	370064,68	447855,63	412377,02	348111,46
Социальные последствия наркомании, тыс. руб.	4838508,84	8093547,94	7047825,42	6871711,63
Итого, тыс. руб.	20751962,52	29527905,12	25925181,30	26642316,16

Для общей оценки объемов социального бремени, наносимого наркоманией, чаще всего используются следующие показатели: отношение величины ССН к валовому региональному продукту и величина социальной стоимости наркомании в пересчете на одного жителя региона (таблица 2).

Таблица 2 – Показатели общей оценки объемов социального бремени, наносимого наркоманией

	2007	2008	2009	2010
ВРП	1 449 005 713,10	1 625 558 655,60	1 689 575 399,20	1 599 553 952,50
Население СО	3 203 679	3 193 514	3 183 038	3 179 532
ССН к ВРП, %	1,43	1,81	1,53	1,66
ССН на 1 жителя СО, руб.	6477,54	9246,21	8144,79	8379,32

Заключение

Масштабное распространение наркопотребления приводит к значительному ущербу, который наносится как на индивидуальном, так и на популяционном уровнях. Определение объемов экономического ущерба, наносимого незаконным потреблением наркотических веществ, в связи с этим является важнейшей задачей, стоящей перед здравоохранением. Проведенное исследование свидетельствует, что причиняемый наркоманией ущерб в регионе России может составлять 1,5–2 % от валового регионального продукта.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Systematic review of guidelines in estimating social costs on drugs / Alberto Vella V. [et al.] // Gaceta sanitaria. – 20 18. – Vol. 32, № 5. – P. 481–487.
2. Иванец, Н. Н. Социальная стоимость наркомании в Уральском федеральном округе / Н. Н. Иванец, А. А. Кузлин, Е. А. Кошкина. – Москва ; Екатеринбург : Институт экономики УрФО РАН, 2005. – С. 128.
3. Царев, С. А. Динамика структуры и величины социальной стоимости наркомании в Самарской области в 2007-2010 гг. / С. А. Царев // Вопросы наркологии. – 2012. – № 3. – С. 48–62.
4. International Guidelines on Estimating the Costs of Substance Abuse / E. Single [et al.]. –Ottawa : Canadian Centre on Substance Abuse, 1995.

УДК 612.821/371.7

В. Л. Шепелевич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский колледж»

г. Гомель, Республика Беларусь

СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ УЧАЩИХСЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА. ФАКТОРЫ РИСКА, ПРОФИЛАКТИКА

Введение

В настоящее время как никогда остро встал вопрос о формировании, поддержании и сохранении психологического здоровья учащейся и студенческой молодежи.

Стресс в той или иной степени возникает у учащихся с самого начала учебной деятельности и является причиной нарушений поведенческой, эмоциональной, когнитивной, мотивационной сфер жизни. В связи с этим существует необходимость обеспечения здоровья учащихся как будущих специалистов, которые должны соответствовать высоким требованиям, в частности, к нервно-психической устойчивости, и к психическому здоровью в целом, как фактора, обеспечивающего лучшую адаптацию в социуме, возможность реализации профессионального и творческого потенциала, высокий уровень качества жизни и субъективного ощущения комфорта.

На первом курсе учащиеся колледжа сталкиваются с рядом проблем: сложности адаптации, ломка стереотипов, возрастные особенности и т. д. Одной из важнейших задач любого учебного заведения является работа с учащимися первого курса, направленная на более быструю и успешную их адаптацию к новым условиям социальной и образовательной среды. От этого зависит успешность обучения в целом: способность справляться с учебной нагрузкой, интеграция в коллектив, осознание правильности выбора профессии и успешное приобретение навыков, необходимых для освоения выбранной специальности.

Период обучения оказывает значительное влияние на формирование личности, поэтому проблемы психического здоровья и достаточная стрессоустойчивость учащихся весьма актуальны.

Учащиеся в состоянии стресса не умеют организовывать свой режим, а это усугубляет их астенизацию (т. е. снижает функциональные возможности центральной нервной системы, проявляющиеся в ухудшении работоспособности, психической утомляемости, ухудшении внимания, памяти, повышенной реактивности с раздражительной слабостью). Учащиеся недосыпают, некоторые из них не используют выходные дни для отдыха. Валеологический подход к стрессу предполагает перевод стрессовой ситуации в состояние тренировки, когда организм работает в сознательно определенных пределах негативных факторов среды. В результате организм оказывается подготовленным, натренированным к стрессовой ситуации. Таким образом, интенсивная работа у учащихся во время семестра будет сопровождаться формированием стрессоустойчивости и успешной сдачей экзаменов в сессию.

Цель

Изучить степень стрессоустойчивости учащихся медицинского колледжа

Материалы и методы исследования

В ходе исследования изучалась стрессоустойчивость учащихся колледжа с применением методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге, методика «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана (адаптация Н. А. Сирота и В. М. Ялтонский).

Результаты исследования и их обсуждение

Для учащихся медицинского колледжа, как и для любого человека вообще, стресс является несверхъестественным явлением, а скорее реакцией на скопившиеся проблемы, на бесконечный процесс борьбы с повседневными трудностями. Стресс может быть вызван факторами, связанными с учебной деятельностью или событиями в личной жизни человека.

Для учащихся колледжа стресс чаще всего связан со следующими факторами:

- недостатком сна, неумением рационально распределить свое рабочее время и время на отдых;
- большой учебной нагрузкой;

- неудовлетворенностью полученной оценкой;
- низкой успеваемостью по определенным учебным предметам;
- невыполненными или выполненными неверно заданиями;
- пропусками занятий в большом количестве по какой-либо причине (длительная болезнь, пропуски по неуважительной причине);
- отсутствием интереса к предлагаемой учащемуся работе или учебному предмету в целом;
- конфликтными ситуациями с однокурсниками или преподавателями;
- разочарованием выбранной профессией.

Среди учащихся медицинского колледжа первого года обучения проведено исследование стрессоустойчивости по методике определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге. В исследовании приняли участие 285 человек: учащиеся специальности «Сестринское дело» – 156 человек, специальности «Лечебное дело» – 104 человека и специальности «Зуболечебное дело» – 25 человек.

По результатам исследования большая степень сопротивляемости стрессу отмечается у 17 % учащихся, высокая степень – у 38 % учащихся, пороговая степень – у 30 % и низкая степень – у 15 % учащихся.

Проведенное исследование выявило учащихся с низкой и пороговой степенью стрессоустойчивости, что показало, что стресс является определенной формой отражения ими трудной учебной ситуации, в которой они находятся. Стресс в учебном процессе необходимо регулировать. Это задача не только учащихся, но и всех участников образовательного процесса (педагогов, педагога-психолога, педагога социального, кураторов учебных групп). В первую очередь необходимо использовать такие общеукрепляющие средства, как оптимизация режима дня, правильное питание и систематическое пребывание на свежем воздухе. Одним из эффективных считается метод, направленный на совершенствование поведенческих навыков: общения, позитивного мышления, уверенности в себе. Этому способствует систематическая работа педагога-психолога с учащимися в формате тренинга, где отрабатываются приемы эмоциональной саморегуляции, а также навыки поведения в стрессовых ситуациях, повышение уверенности в себе и самопринятие.

На учебных и факультативных занятиях педагог-психолог проводит психологическую подготовку к неопределенным и экстремальным ситуациям, приближенным к будущей профессиональной деятельности, знакомит учащихся со способами преодоления учебного стресса, а также формирует навыки их применения в жизни.

Основная масса учащихся колледжа, принявшая участие в исследовании, обладает достаточно хорошим уровнем стрессоустойчивости, что является важной составляющей будущей профессиональной деятельности. Эти данные указывают на то, что учащиеся замотивированы на получение профессии, умеют прогнозировать последствия и заведомо готовы к предполагаемым стрессовым ситуациям.

В качестве основных способов адаптации к трудным, стрессовым ситуациям, выделяют механизмы психологической защиты и механизмы совладающего (копинг) поведения.

Механизмы психологической защиты направлены на ослабление психического дискомфорта и реализуются, как правило, в рамках неосознанной деятельности психики.

Стили и стратегии совладающего поведения рассматриваются как отдельные элементы сознательного поведения, с помощью которых человек справляется с жизненными трудностями.

В ходе психодиагностического исследования нами была использована методика по выявлению базовых копинг-стратегий, разработанная Дж. Амирханом («Индикатор

копинг-стратегий)), которая включает три основные группы копинг-стратегий: разрешение проблемы, избегание проблемы, поиск социальной поддержки.

Проведенное исследование выявило, что большинство учащихся медицинского колледжа ориентированы на «разрешение проблем», что составляет 80 % от общего числа респондентов. Учащиеся используют все ресурсы, которые имеются для поиска всех доступных методов эффективного решения сложившейся проблемной ситуации. 16 % учащихся ориентированы на «поиск социальной поддержки» – используют советы значимых близких и ищут поддержки среди окружающих. Не уверены в правильности и эффективности собственных вариантов, поэтому считают нужным, заручится поддержкой из внешней среды. И 4 % учащихся прибегают к стратегии «избегание проблемы», при которой человек считает нужным закрыться в себе, никому не рассказывать о своей проблеме, избегать всевозможных попыток взаимодействия с ним окружающих, желает совсем уйти от решения проблемы, избавиться от мыслей о ней, жить, как будто ничего не произошло.

Самым эффективным и адекватным вариантом в решении проблемных ситуаций – это использование и синхронизация трех типов копинг-стратегий поведения, в зависимости от обстоятельств. Бывает, что учащийся вполне может сам на себя положиться и справиться со сложившимися обстоятельствами без постороннего вмешательства. Иногда он не чувствует в себе уверенности, поэтому ищет поддержки в окружающей среде. Используя тактику избегания, учащийся прогнозирует возможные неудачи или последствия, поэтому ему удастся избежать неприятностей.

Факторами, уменьшающими стрессогенность среды и ее отрицательное влияние на учащихся в процессе обучения в колледже, являются предсказуемость внешних событий, возможность заранее подготовиться к ним, а также возможность контроля над событиями, что существенно снижает силу воздействия неблагоприятных факторов.

Чтобы предотвратить деструктивные последствия, способствующие возникновению различных психических отклонений и психосоматических заболеваний, можно дать ряд рекомендаций, которые помогут своевременно подготовиться к стрессогенному событию или жизненной ситуации и ослабить их негативное воздействие на организм:

1. Собрать достаточную информацию о возможности наступления подобных ситуаций.
2. Продумать способы предупреждения конкретных жизненных опасностей, попытаться найти способы их смягчения.
3. Осознать, что большую часть вызывающих стресс ситуаций человек способен решить сам, не прибегая к посторонней помощи.
4. Стремиться активно вмешиваться в ситуацию, вызывающую стресс. Активный образ жизни способствует созданию в организме защитного фона против стресса, улучшая деятельность адаптационных организмов.

Заключение

Проблема стресса сложна и многогранна. Пути ее решения кроются в профессиональной мотивации учащихся и во внедрении в образовательный процесс основ здорового образа жизни, занятий с элементами тренинга, здоровьесберегающих технологий.

В рамках факультативных занятий педагогом-психологом колледжа с целью повышения стрессоустойчивости учащихся проводятся тренинги по повышению коммуникативной компетентности, основам саморегуляции в условиях стресса, бесконфликтному общению, психологическим аспектам успешного обучения, тренинги профессионального общения.

Частью систематической работы педагога-психолога колледжа является формирование позитивных жизненных навыков и компетенций. Формирование у учащихся

адекватного представления о себе, социальной компетентности, умения принимать на себя ответственность за свою жизнь, умения общаться с окружающими и сопереживать им (волонтерские отряды), а также выработка навыков поведения в стрессовых ситуациях, повышения уверенности в себе и самопринятие.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Завгородний, Т. О. Индивидуальные реакции на стресс, стрессоустойчивость, копинг-стратегии: влияние занятий боевыми искусствами / Т. О. Завгородний // Вестник психофизиологии. – 2017. – № 3. – С. 71–76.
2. Величковская, С. Б. Психологические трудности студентов в учебном процессе и возможности их преодоления / С. Б. Величковская // Вестник Московского Государственного Лингвистического Университета. Образование и педагогические науки. – 2018. – № 796. – С. 212–224.
3. Киселева, Е. В. Стресс у студентов в процессе учебно-профессиональной подготовки: причины и последствия / Е. В. Киселева, С. П. Акутина. // Молодой ученый. – 2017. – № 6 (140). – С. 417–419.

УДК 61:316.354.4

М. В. Щавелева¹, И. В. Тихоненко¹, Т. Н. Глинская², Л. В. Шваб¹

¹Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

²Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии»

г. Минск, Республика Беларусь

ВОЛОНТЕРСКОЕ ДВИЖЕНИЕ КАК РЕПУТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ОБЩЕСТВА И ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИВЛЕЧЕНИЯ РЕСУРСОВ

Введение

Осознанное сопереживание состоянию других людей, окружающей среды, которое, с точки зрения психологии, является нормой, – драйвер поиска неформального участия в помощи нуждающимся людям, решении ряда существующих и возникающих проблем. Одной из форм такого участия является волонтерское (добровольческое) движение. Это движение сегодня приобретает все большее признание в мире. Во многих странах участие в волонтерской деятельности является показателем социальной зрелости человека и общества. Волонтерство становится хорошим тоном и репутационным потенциалом. Признание получила практика «социального года» («года волонтерства»), когда молодежь (в том числе монаршие особы) перед поступлением в университет (или по его окончанию) не менее года отдают волонтерской деятельности. В 1985 году Генассамблея ООН предложила отмечать 5 декабря Международный день добровольцев (День волонтера); впоследствии Генассамблея ООН объявила 2001 год Международным годом добровольцев. По данным ООН (2018 год), глобальная неформальная и официальная добровольческая рабочая сила в мире составляет 109 миллионов эквивалентов работников, занятых полный рабочий день. Волонтеры – важнейший человеческий ресурс (ЧР), значимость которого невозможно переоценить. В современных социально-экономических условиях возрастающую потребность в ЧР испытывают все отрасли экономической деятельности, включая здравоохранение.

Цель

Рассмотреть историю возникновения, развития и состояния волонтерского движения в мире и Республике Беларусь.

Материалы и методы исследования

Обзор литературных источников и интернет-ресурсов, анализ нормативных правовых актов Республики Беларусь; проведение анкетирования врачей (244 человека); статистическая обработка полученных при анкетировании данных.

Волонтерство (лат. voluntaries – добровольный; волонтерская или добровольческая деятельность) – широкий круг деятельности, включающий традиционные формы взаимопомощи, сбора средств, официальное предоставление услуг и другие формы гражданского участия [1]. Волонтер – человек, участвующий на безвозмездной основе в общественно полезной деятельности. Изначально понятие «волонтер» имело несколько иной смысл. В XVI веке волонтерами называли солдат-добровольцев, участвующих в войнах на условии отсутствия содержания (оплаты). Вместо этого волонтерам гарантировалась воинская слава и участие в дележе военной добычи. Понятно, что в те времена понятие «волонтер» не могло быть таким однозначно позитивным, как сегодня. Есть мнение, что первое упоминание волонтеров, не связанных с воинской службой, появилось в Англии (1630-е годы) [1]. В этой же стране в 1844 году возникла известная волонтерская организация, получившая в последующие годы распространение и в других странах, – «Христианская ассоциация молодых людей» (YMCA). Последняя видела цель своей деятельности в развитии «здоровых «тела, ума и души», утвержденных на христианской вере» [1].

Создание в 1864 году Международного Комитета Красного Креста, развитие и распространение декларативно-добровольческих организаций все больше связывало понятие «волонтер» с благотворительной, общественно полезной и главное – бескорыстной деятельностью.

По данным отчета ООН, 2/3 глобальной добровольческой деятельности в настоящее время развивается неформальным путем, примерно 1/3 – реализуется официально через некоммерческие организации, различные ассоциации и пр. При этом в странах, находящихся на более высоком уровне социально-экономического развития, процент лиц, занятых официальной добровольческой деятельностью, выше [2]. Одно из самых крупных международных объединений, официально привлекающее добровольцев, – Международное движение Красного Креста и Красного Полумесяца, объединяющее по всему миру более 17 миллионов сотрудников и добровольцев. Движение считает своей главной целью «Помогать всем страждущим без какого-либо неблагоприятного различия, способствуя тем самым установлению мира на Земле». Белорусское общество Красного Креста является составной частью Международного движения Красного Креста и Красного Полумесяца и объединяет более 16 тысяч добровольцев.

С 2011 года ООН издала 4 отчета (SWVR), посвященные вопросам развития и оценки волонтерского движения в мире. Последний отчет «Доклад 2022 года о состоянии добровольчества в мире: создание равноправного общества для всех» [3] представил модель волонтерской деятельности XXI века. Основные элементы данной модели: 1) структура (формальная или неформальная), 2) место выполнения (онлайн/офлайн), 3) интенсивность (эпизодическая и/или регулярная), 4) мотивация (самосовершенствование и/или создание сообщества), 5) категория (предоставление услуг, взаимопомощь, участие, агитация и досуг и т.д.). Эти компоненты проявляются в различных конфигурациях и с разной интенсивностью в зависимости от того, каким образом выполняется волонтерская работа и что побудило людей к ее выполнению [3].

Следует отметить, что в Республике Беларусь создана достаточно объемная нормативная правовая база, регламентирующая волонтерскую деятельность. Один из первых

законодательных актов, связанных с данным вопросом, – Закон от 24.10.2000 № 437-3 «О Белорусском обществе Красного Креста». В республике 07.12.2009 принят закон № 65-3 «Об основах государственной молодежной политики». Последний определяет понятие молодежного волонтерского движения, гарантирует содействие его становлению и развитию. В рамках закона постановлением Совета Министров от 19.06.2021 № 349 утверждена стратегия развития государственной молодежной политики Республики Беларусь до 2030 года. Одним из столпов мероприятий стратегии по обеспечению занятости молодежи является развитие волонтерской деятельности.

К деятельности волонтеров обращаются законы Республики Беларусь от 30.11.2010 № 197-3 «О донорстве крови и ее компонентов» (статья 19), от 04.01.2014 № 125-3 «О физической культуре и спорте» (статья 64), а также другие нормативные правовые акты.

Особая категория лиц, все более активно привлекаемая к волонтерской деятельности во всем мире на фоне старения населения, – люди пожилого возраста, так называемые «волонтеры серебряного возраста», желающие продолжать свою самореализацию, в том числе через волонтерские социально значимые проекты. В Национальной стратегии Республики Беларусь «Активное долголетие – 2030» (постановление Совета Министров Республики Беларусь 03.2020 № 693) подчеркивается, что «одним из способов участия пожилых граждан в жизни общества является волонтерская (добровольческая) деятельность, которая служит источником морального удовлетворения и способствует расширению социальных контактов».

По данным Белстата [4], средний возраст волонтера в нашей стране составляет 46,4 года. Виды выполняемых волонтерами Республики Беларусь работ представлены следующим образом: оказание помощи животным – 47,0 %; социальные работы – 18,3 %; благоустройство и очистка территории населенного пункта – 6,3 %; участие в работе общественных, религиозных и других организаций – 5,6 %; сбор средств на благотворительность или социальный проект – 3,1 %; другое – 19,7 %.

Проведенное в начале 2023 года на базе БелМАПО исследование по изучению мнения врачей различных специальностей (всего 244 человека; средний возраст – $41,18 \pm 0,64$ года; средний стаж в занимаемой должности – $7,86 \pm 0,56$ года; 75,82 % опрошенных – женщины) относительно их оценки развитости волонтерской деятельности в сфере оказания медицинской помощи (МП) выявило следующее. Среди опрошенных 30,33 % указали, что знают о зарубежных волонтерских практиках в сфере оказания МП населению; в качестве примера чаще всего приводились различные страны Западной Европы (14,88 %), одинаково часто РФ и США – по 6,56 %; далее по частоте упоминаний следуют КНР, Япония, Казахстан и другие государства [5]. Немного больше (35,66 %) врачи указывали на знание применения волонтерских практик при оказании МП в нашей стране [5].

В ответе на вопрос «При оказании каких видов МП в нашей стране наиболее рационально привлекать волонтеров?» – анкетированные чаще всего указывали паллиативную МП (80,33 %), далее следовали медико-социальная помощь (76,64 %), первичная МП (28,69 %), высокотехнологичная МП (4,1 %); специализированная МП (3,28 %). В ответах 14,75 % опрошенных были перечислены одновременно три вида МП: первичная, медико-социальная, паллиативная. Позиции, на которых могут работать волонтеры в организациях здравоохранения нашей страны, по мнению опрошенных, – уход, уборка помещений, помощь при транспортировке пациентов, доставка рецептов, досуговая деятельность (расположено по уменьшению частоты упоминаний) и пр [5].

На вопрос: «Каким (кем) вы видите волонтера в здравоохранении?» – большинство опрошенных (72,13 %) ответил: «учащийся медицинского колледжа/университе-

та»; далее следовали: работник любой сферы деятельности – 57,38 %; учащийся любого колледжа/университета – 56,56 %; пенсионер – 26,23 %; представитель какой-либо конфессии – 25,4 %; старшеклассник – 23,36 %.

Опрошенные нами врачи довольно низко оценили развитость волонтерского движения в здравоохранении нашей республики (предложенная балльная оценка от «0» (самая низкая оценка) до «5» (самая высокая)): более половины оценок лиц, ответивших на данный вопрос, находились в диапазоне 1-2 балла. Выставляя данные оценки, анкетированные косвенно выражали свое мнение о необходимости более активного привлечения волонтеров в организации здравоохранения.

Заключение

В заключение отметим, что работа как по развитию волонтерского движения, так и по привлечению волонтеров к деятельности в социальной сфере будет более эффективной при постоянном активном формировании положительного имиджа волонтера в общественном сознании.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волонтерство. – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/волонтерство>. – Дата доступа: 25.03.2023.
2. State of the World's Volunteerism Report 2018: The thread that binds. – Режим доступа: <https://knowledge.unv.org/node/1665>. – Дата доступа: 23.03.2023.
3. Создание равноправного общества для всех: доклад 2022 года о состоянии добровольчества в мире: резюме. – Режим доступа: https://swvr2022.unv.org/wp-content/uploads/2022/01/SWVR_Overview2022_RU_web.pdf. – Дата доступа: 15.08.2023.
4. Социальное положение и уровень жизни населения Республики Беларусь : статистический сборник. – Минск : Национальный стат. комитет Респ. Беларусь, 2023. – С. 37. – Режим доступа: <https://www.belstat.gov.by/upload/iblock/21b/w6owecjp3jmfctzj7s5oqyzakaovx17uh.pdf>. – Дата доступа: 15.08.2023.
5. Человеческие ресурсы в здравоохранении: возможности волонтерского движения / М. В. Щавелева [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2023. – № 2. – С. 41–46.

УДК 614.2

Л. А. Якименко

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

СТРУКТУРА ИНФОРМАЦИОННО-КОГНИТИВНОЙ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ КАК БАЗИС ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ (САМОСОХРАНИТЕЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПРАГМАТИЗМА И АЛЬТРУИЗМА СОВРЕМЕННЫХ РОССИЯН)

Введение

Анализируя историческое развитие различных стран и народов достаточно трудно составить четкое и ясное научное представление, если ориентироваться на даты и

факты либо сосредотачиваться на биографиях выдающихся деятелей. Значительно легче понять и верно реконструировать прошлое, если опираться на смыслы происшедшего. Иными словами, история – это воплощенные мысли людей, их планы и стремления, преобразованные в даты и события, в успех или неудачу отдельных персоналий и зависящих от них групп людей или целых цивилизационных центров. В указанном контексте тезис о первичности Духа по отношению к Материи сегодня не кажется абсурдом, особенно после перехода от биологического этапа развития человечества к социальному. Именно в этот период природно-климатическая среда обитания человека дополнилась информационно-когнитивной средой (ИКС), значение которой лишь увеличивается, но всё ещё не признаётся традиционной наукой как актуальный объект исследования. Тем не менее особенно ярко ИКС-Дух (смыслы человеческой жизни) проявляют себя при прохождении критических поворотных судьбоносных (как принято иногда говорить) точек развития социумов, которые сопровождаются войнами, революциями, резким ухудшением социально-экономических условий и т. д. Ярким примером такого перехода из одной реальности в другую (по утверждению передовых экономистов из угольного уклада экономики в нефтяной) были события 1914 года. В трудное для Российской Империи время проявились лучшие качества национального характера, и возникли многочисленные формальные и неформальные организации для оказания медицинской, социальной и иной помощи больным и раненым, их семьям и семьям мобилизованных на войну, многочисленным беженцам. На Дону эти организации были представлены комитетами и отделениями Всероссийского союза городов по оказанию помощи больным и раненым, комитетами великих княгинь Марии Павловны, Елизаветы Федоровны, многочисленными комитетами по устройству беженцев [1]. Появление в августе 1915 года в Области Войска Донского Варшавского Императорского Университета в прямом смысле слова можно рассматривать как «устройство беженцев» из зоны боевых действий и понимать как мощный удар по тогдашнему российскому образованию на фоне ослабления российской армии и флота. В концептуальном плане сильная армия и флот – это воплощение прагматизма (эгоизма) лидера страны, ассоциирующееся с понятиями «мне», «моё». А гипертрофия благотворительности – это расцвет альтруизма – блага становятся «наши», мы ими делимся. Обе эти ипостаси составляют единое целое, как «инь» и «ян», и преобладание одной снижает активность противоположной. Являясь мировоззренческими концепции прагматизма и альтруизма присущи не только большим социальным организациям (империям, федерациям и конфедерациям), но и каждому отдельному человеку. В ментальной ИКС на уровне индивида прагматизм и альтруизм образуют определенный баланс [2], который может быть выражением социальной зрелости человека [3] и характеризовать степень архаизации его сознания [4]. В соответствии с рабочей гипотезой (РГ) баланс прагматизма/альтруизма может отражать важный переломный момент в жизни человека, который так или иначе будет отражаться на состоянии его здоровья. Актуальность темы нашей работы связана также с тем обстоятельством, что российская медицинская наука (РМН), как и всё общество, как любой другой социальный институт, переживает это нелёгкое время перемен, этот стратегический болезненный переход на новую ступень развития, в непривычную среду обитания. При этом РМН часто не успевает адекватно отреагировать на вызовы времени. Несмотря на то, что вопросы «наследственности» и «изменчивости» – это вопросы «жизни» и «смерти» в новой реальности, консервативные подходы пока преобладают над инновационными и могут сыграть роковую роль. Так, на 02.08.2023 г. сайт научной электронной библиотеки eLibrary содержал более 29140 работ, в которых упоминалось понятие «здоровье», и только 1 из них содержала слово «альтруизм». Слово «прагма-

тизм» вообще в указанном контексте никто не использовал. Столь незначительное внимание к медицинским аспектам ИКС как к объекту познания обусловлено, в том числе и значительными технологическими трудностями, а именно недостаточным количеством исследовательского инструментария, способного объективно измерять не только материальные (вещественные) характеристики нашей жизни, но и ее духовно-нравственные – информационно-когнитивные особенности. Эпоха глобальных перемен помогла преодолеть это препятствие на пути к социальному перелому, революционному освобождению научного сознания от стереотипов мира машин индустриального уклада, помогла переходу в новый мир – мир идей, мир информационно-когнитивного уклада экономики, стремительно перемещающегося из виртуального компьютерного пространства в толщу человеческого мозга, в наше сознание и нашу реальную жизнь. Согласно РГ ИКС-Дух также материальны, как любой другой предмет, как тень, отображаемая этим предметом в солнечную погоду. Тень в нашем случае – это рефлексия. Если есть предмет – есть тень – есть рефлексия, и наоборот: если нет предмета – нет тени – нет рефлексии. Осталось выбрать правильные предметы, которые точно отображали бы уровень прагматизма и альтруизма в человеке и сопоставить их с уровнем здоровья этого человека. Решая схожую задачу, Гришанина А.Н. (2014) предлагала измерять удовлетворенность и полноту жизни, радость человеческого бытия, продуктивность творческого самовыражения личности. В качестве индикаторов ею использовались такие количественные признаки как уровень жизненного комфорта, объем валовой продукции на душу населения, результативность умственных качеств нации, уровень образования, количество потребления интеллектуальной продукции на душу населения, частота внедрения изобретений, воспроизводство национального интеллектуального наследия, сохранение традиций своего народа и т. д. При этом очевидно, что четко отделить прагматизм от альтруизма фактически невозможно, также ускользает эмоциональная составляющая бытия, столь важная для оценки самочувствия и в конечном итоге для определения уровня здоровья. РГ нашего исследования включала также положение о том, что оцифровывание прагматизма/альтруизма должно отражать мотивационную сферу (МС), которая в свою очередь качественно и количественно характеризует основную совокупность поведенческих стереотипов (ПС) населения, направленных на удовлетворение жизненно важных потребностей. А поскольку МС и ПС составляют единое целое и базируются на общем органическом субстрате – головном мозге (ГМ) человека, то там же очевидно расположены и проекции конкретных внутренних органов и систем организма. То есть и структурно, и функционально альтруизм, прагматизм и здоровье должны быть связаны нейронами в ГМ. Иными словами, изменение одного элемента системы должно приводить к изменению другого. Если следовать указанной выше логике, то альтруизм и прагматизм формируют следующие, характеризующиеся сродством понятий, бинарные информационно-когнитивные двоичности: альтруизм-социоцентризм (АС); прагматизм-эгоцентризм (ПЭ). В контексте нашей работы АС можно определить как деятельность, не связанную с получением материальной выгоды, при которой общение является самоценностью и выражается через мотивы аффилиации (любви-«агапе» в её высшем альтруистическом смысле). В отличие от АС ПЭ аналогичен любви-«прагме», которая преследует конкретные материальные цели (выгоды). С другой стороны, любая деятельность человека является результатом рефлексии на изменения материального макро- или микромира и в свою очередь также оставляет материальные следы – вещественные отпечатки (в нашем случае – уровень НЗ), по которым можно восстановить как сам первоисточник, так и его размерность. Если абсолютизировать эти представления, то получится, что всё вещественное, что есть внутри и снаружи нас – это отпечаток различных состояний альтруизма/прагматизма (отпе-

чаток ИКС, отпечаток смысла жизни). Для объективной визуализации описываемого процесса необходимо что-то измерять снаружи нас, внутри нас, или на границе между окружающим миром и нами. Т.о. основную методическую проблему работы составляла конкретизация предмета исследования. Ежов И.В. (2008) предлагал исследовать жизненные смыслы (ЖС) в направлении выделения равноценных гедонистических, альтруистических, статусных, коммуникативных и иных категорий. ЖС в свою очередь группировались им в самооценочный, отношенческо-поведенческий, когнитивно-онтологический и мотивационно-ценностный разделы. Все они были выражены через 20 шкал. Получался обширный цифровой массив, который, однако, не позволял выполнить четкое разделение ЖС на альтруизм/прагматизм. Наша индикаторная модель базировалась на упомянутых выше двоичностях: прагматизм-эгоцентризм (то, что я делаю для себя и без чего не могу жить) и альтруизм-социоцентризм (то, что я делаю для других, и без чего не могут жить они).

Первая двоичность выражалась логической цепочкой, состоящей из трех конкретных вещей: работа (которая приносит деньги); деньги (как самостоятельная ценность, средство накопления и т. д.); товары длительного пользования (машина, квартира и т. д.), которые я приобретаю на заработанные деньги, что имеет общий смысл – «богатство». Вторая двоичность отражала то, насколько важны для человека другие люди, которых мы распределили исходя из социологических подходов: близкий человек (микро-уровень); коллектив (семья, коллеги, круг непосредственного общения, мезо-уровень); страна (родина – макро-уровень – люди, с которыми нет непосредственного общения, но которые обеспечивают респондента его национальной идентичностью). Смысл этой двоичности – «самопожертвование». Для перехода к оценке эмоциональной компоненты исследования нами было использовано понятие «счастье», дословно обозначающее «быть с частью чего-либо» (иметь (получить) свою долю). Следовательно, «несчастье» – это состояние, при котором «своя часть чего-либо утрачивается». Баланс между счастьем и несчастьем согласно РГ и будут определять уровень здоровья.

Уточняя РГ, следует заметить, что счастье (или несчастье) целесообразно рассматривать как потоковый количественный информационно-когнитивный процесс, протекающий в ГМ, отражающий перемещения конкретных социально значимых объектов (СЗО) внутрь, либо за пределы социально-экономического термина «Моё», который отграничивает нашу собственность от «не нашей». При этом СЗО будет определяться как вещественный элемент или процесс материального мира, который имеет высокую социальную значимость, ценность и в ситуации выбора рассматривается человеком как приоритетное направление действия. Однако с технической точки зрения намного удобнее индцировать не сами предметы, или направленные на них действия, а потоки информации (ПИ), выраженные через градиент афферентации (ГА), т. е. затухание или усиление ПИ. ГА таким образом отражает эмоционально переживаемый процесс присвоения или утраты СЗО. Утрата и присвоение, в контексте нашей работы, являются триггерными моментами, запускающими переход организма на новый уровень здоровья (УЗ).

Цель

Изучить самосохранительный потенциал баланса прагматизма и альтруизма как информационно-когнитивный базис профилактической медицины будущего.

Материалы и методы исследования

В исследовании применялись исторический, социологический и статистический методы. В период с 2015 по 2016 гг. было обследовано 586 взрослых жителей СКФО

и ЮФО, в том числе 312 мужчин и 274 женщины в возрасте от 30 до 50 лет включительно. Рандомизированная выборка была разделена на четыре группы в соответствии с УЗ: 1-я группа характеризовалась отсутствием жалоб на здоровье, включала 24,2 % от численности выборки, средний возраст $37,3 \pm 0,5$ года; 2-я группа – 1 заболевание, 53,9 % от выборки, $38,8 \pm 0,3$ года; 3-я группа – 2-3 заболевания, 17,7 % от выборки, $39,8 \pm 0,6$ года, 4-я группа – 4 и более заболеваний, 4,2 % от выборки, $40,6 \pm 1,3$ года. 1 условная единица (у. е.) ГА равнялась 1 случаю изменения ПИ от 1 утраченного (или приобретенного) СЗО. Сила связи между признаками определялась при помощи коэффициента ранговой корреляции (КРК) Спирмена, значимость связи рассчитывалась при помощи критерия достоверности Sr. Относительные величины в группах сравнения оценивались при помощи критерия Стьюдента (t). При величине $t \geq 2$ разница считалась достоверной (вероятность ошибки $p \leq 0,05$). Для расчета трендов применялись уравнения линейной регрессии и коэффициенты достоверности аппроксимации (R^2). Для формирования и статистической обработки базы данных было использовано приложение Excel программного пакета Microsoft Office, 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

Средневыборочная заболеваемость составила $1,137 \pm 0,043$ случаев на 1 обследованного, суммарный ГА $+0,411 \pm 0,030$ у. е. на 1 обследованного, суммарный ГА по модулю $1,131 \pm 0,033$ у. е. на 1 обследованного. Значимая сильная положительная корреляционная связь с ростом заболеваемости была обнаружена у таких индикаторов как «Потери альтруистические» (ПА) (КРК = 0,943; Sr = 0,236) и «Потери прагматические» (ПП) (КРК = 0,910; Sr = 0,293). При этом в целом по выборке ПА превысили ПП более чем на 40 % ($t = 2,7$). В отношении приобретений необходимо отметить, что обнаружилась противоположная ситуация – прагматические приобретения превысили альтруистические более, чем на 30 % ($t = 3,3$). При рассмотрении кумулятивного вклада среднегрупповых величин суммарного ГА в НЗ было установлено, что прагматический ГА в 2,8 раза превышал альтруистический ГА. Расчет уравнений линейной регрессии наглядно показал идеальный и минимально необходимый с точки зрения здоровья ПИ, соответствующий ГА всех приобретений, который наблюдался в 1-й группе и равнялся $0,718$ у. е. на 1 респондента, и ГА всех потерь в той же группе, равный $0,162$ у. е. на 1 респондента. Повышение ГА от всех приобретений приводило к ухудшению здоровья согласно уравнению: $y = 0,1031x + 0,5822$ ($R^2 = 0,9098$). При этом следует отметить, что ГА от всех потерь, возраставший согласно формуле $y = 0,2599x - 0,1545$ ($R^2 = 0,8791$), имел угловой коэффициент, превышающий соответствующее значение для ГА приобретений в 2,52 раза. Таким образом, в 4-й группе, где были сосредоточены респонденты с максимальным количеством заболеваний, отмечался максимальный ПИ, при котором ГА приобретений сравнился с ГА потерь, и оба ПИ = 1,000 у. е. В структуре ПИ от приобретений преобладала прагматическая составляющая (0,430 у. е.) над альтруистической (0,289 у. е.) как в группе наиболее здоровых респондентов, так и среди самых больных (группа 4) $0,583 / 0,417$ у. е. Угловые коэффициенты в соответствующих уравнениях линейных регрессий практически не отличались: $y = 0,0531x + 0,3436$ ($R^2 = 0,7878$) для прагматических приобретений; $y = 0,0500x + 0,2386$ ($R^2 = 0,8109$) – для альтруистических. В структуре ПИ от потерь в 1-й группе также преобладала прагматическая составляющая (0,099 у. е.) над альтруистической (0,063 у. е.), а в 4-й группе преобладал альтруистический ПИ (0,542 у. е.) над прагматическим (0,458 у. е.). Линии трендов характеризовались следующими уравнениями: $y = 0,1448x - 0,0888$ ($R^2 = 0,8884$) для альтруистического ПИ от потерь; $y = 0,1151x - 0,0657$ ($R^2 = 0,8286$) для

прагматического ПИ от потерь. Угловой коэффициент альтруистического ПИ от потерь превышал соответствующее значение для прагматического ПИ в 1,26 раза.

Заключение

На основании полученных данных можно утверждать, что будущее профилактической медицины (ПМ) будет тесно связано с управлением ИКС. Приоритетные управленческие усилия целесообразно сосредоточить на сокращении потоков информации от социально значимых объектов до расчетного популяционного уровня 718 ‰ приобретений и 162 ‰ потерь. Несмотря на то, что потери хронологически следуют после приобретений, наши данные показали, что сдерживание потерь в 2,5 раза более эффективно для сохранения здоровья, чем сдерживание приобретений. При этом и потери и приобретения тесно связаны с социально-экономической нестабильностью общества, которая также должна стать одним из основных объектов управления ПМ будущего. Другим, не менее важным объектом воздействия ПМ является мотивационная сфера потенциальных пациентов, сформированных обществом потребления. На момент наблюдений прагматические приобретения доминировали в мотивационной сфере респондентов, что повышало потенциальные риски ухудшения здоровья в будущем не только за счет потери приобретенных в неадекватных количествах материальных ценностей, но, что намного важнее, за счет потери родных и близких, обусловленной преобладанием прагматических (эгоистических) мотивов поведения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зарубинская, Л. Г. Ретроспективный анализ социально-экономических предпосылок укрепления альтруизма в профессиональной медицинской среде и в российском обществе в целом / Л. Г. Зарубинская, И. Ю. Худоногов // Непрерывное образование в России: состояние и перспективы : материалы докладов Всерос. науч.-практ. конф., РостГМУ, 27 сент. 2019 г. – Ростов : РостГМУ, 2019. – С. 57–66.
2. Худоногов, И. Ю. Социологическая технология объективизации представлений о духовности (количественная характеристика баланса между альтруизмом и прагматизмом в современной России) / И. Ю. Худоногов, Л. А. Якименко // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2022. – Т. 17, № 3. – С. 1510–1521.
3. Структурные характеристики социального возраста на фоне современных российских политико-экономических реалий / Ю. Г. Элланский [и др.] // В мире научных открытий. – 2015. – № 2–1 (62). – С. 639–653.
4. Худоногов, И. Ю. О выходе из стратегического тупика рыночной экономики (социально-гигиенические аспекты архаизации сознания) / И. Ю. Худоногов, М. В. Певнева, Л. А. Якименко // Развитие животноводства, современные технологии производства продуктов питания, производственная и гигиеническая безопасность здоровья : материалы междунар. науч.-практ. конф., пос. Персиановский, 26 мая 2023 г. : в 2 ч. – Персиановский : Донской государственный аграрный университет, 2023. – Ч. 1. – С. 189–193.
5. Худоногов, И. Ю. Информационно-когнитивная технология визуализации проблем экологии, гигиены и образа жизни путем социологической оценки баланса между альтруизмом и прагматизмом (литературный обзор) / И. Ю. Худоногов, М. В. Певнева, Л. А. Якименко // Современное животноводство, инновации в технологиях производства продуктов питания, проблемы безопасности и здоровья в пищевой отрасли : материалы междунар. науч.-практ. конф., пос. Персиановский, 25 нояб. 2022 г. : в 2 ч. – Персиановский : Донской государственный аграрный университет, 2022. – Ч. 1. – С. 304–309.

СОДЕРЖАНИЕ

Абрамов Б. Э., Сквиря И. М. Психотерапия — это мост, соединяющий науку и художественное творчество	3
Акимова М. А., Богданов С. И., Бабушкина Е. И., Баранская Л. Т. Формирование амбулаторных групп реабилитации больных алкоголизмом с использованием модифицированной шкалы drcs	5
Атаев О. Г., Ступак В. С., Пахомов С. П. Роль врача общей (семейной) практики в оказании акушерско-гинекологической помощи	9
Бездетко Г. И., Шкатова Е. Ю., Ступак В. С. Состояние стоматологического здоровья у студентов-медиков	13
Бубновская О. В. Вовлеченность молодежи в девиантное поведение : оценка связи со склонностью к риску	16
Волчек В. С. Анализ заинтересованности интернет-пользователей Гомельской области в теме скрининга рака	20
Гапанович-Кайдалов Н. В. Особенности мотивации ведения здорового образа жизни студентов медицинского университета	24
Гинько И. В. Медико-организационные и межведомственные аспекты сохранения здоровья работников на ОАО «Нафтан»	26
Григорьев С. Р., Шаршакова Т. М. Влияние значимых социальных кризисов на структуру суицидального поведения жителей Гомельской области за период 2019–2022 гг.	31
Громыко Н. Л., Мельник В. А. Эффективность лекционных занятий: мнение студентов	34
Гузик Е. О., Малахова А. А. Профилактический проект «школа – территория здоровья» – семилетний опыт реализации в Республике Беларусь	36
Дехнич С. Н., Артемьева Д. А., Александров А. С. Сравнение основных поведенческих рисков студентов медицинских и немедицинских вузов	40
Игольницын М. Р. Система выявления факторов риска девиантного поведения среди кандидатов на службу в МВД России	44
Ковалевская Л. В. О реализации молодежного проекта по формированию навыков оказания первой помощи «Ты не один!»	47

Ковалевский Д. В. Пути и методы преодоления барьеров в профилактике и лечении сахарного диабета	49
Коледа А. Г. Гигиеническая безопасность физических и химических фильтров, используемых в солнцезащитных средствах.....	54
Комарова М. М. Организация учебно-профилактических пресс-мероприятий в учреждениях образования как значимый компонент профилактики ВИЧ-инфекции.....	58
Кроткова Е. Н., Кратёнок В. Е., Семёнов А. В., Ясюля Т. В., Игумнова Е. С., Хавратович В. М., Куликина В. В. Использование инфекционных коек в период до и во время пандемии COVID-19 на примере Могилевской области	62
Куликова М. Ю. К вопросу сохранения и укрепления здоровья будущих медицинских работников: нарушения осанки и сколиоз среди учащихся Гомельского медицинского колледжа	66
Кульпанович О. А. Медицина Беларуси. Громкие имена и мировое признание	69
Лушкина Н. П. Сравнительная характеристика потребления алкоголя российскими городскими подростками-школьниками 15–17 лет в 1999–2000 гг. и в 2019–2020 гг.	74
Мельник А. А., Дик К. П., Сиденкова А. А., Бабушкина Е. И., Баранская Л. Т., Соколова И. В. Клинико-лабораторная диагностика когнитивных расстройств	78
Мосько П. Л., Калинина Т. В. Организационные технологии в работе перинатального центра третьего уровня	80
Мухаммадеева О. Р. Факторы формирования медицинской активности сельских жителей с хроническими дерматозами	83
Орлова М. Г., Санукевич Т. Г., Колядич Ж. В., Писарик В. М. Своевременное выявление новообразований гортани и онкологическая грамотность врача общей практики	87
Островский А. М., Коляда И. Н. Динамика естественного прироста населения Гомельской области за период с 2009 по 2019 г.	91
Пальмова Л. Ю., Кулакова Е. В. О проблеме популяризации новых средств доставки никотина в молодежной среде	94

Приложинская Е. А.

Влияние инфицирования COVID-19 на состояние здоровья людей, живущих с ВИЧ 97

Разуванов А. И., Зуева А. В., Пацко А. И., Пастухова О. Д.

Подход к оценке клинико-трудового прогноза у пациентов с нарушениями функций органов и систем организма 100

Ростовцев В. Н.

О переходе к системной парадигме здравоохранения..... 105

Рузанов Д. Ю., Малахова И. В., Семёнов А. В.

Обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения в Республике Беларусь..... 109

Сиденкова А. П.

Перспективы применения методов искусственного интеллекта при расстройствах аутистического спектра..... 113

Скворцова Е. С.

Характеристика потребления наркотических и токсикоманических веществ среди российских городских подростков-школьников..... 115

Соболева О. М.

Разработка оригинальных социально-просветительских материалов студентами медицинских вузов для формирования приверженности здоровому образу жизни школьников 119

Солонец Г. В., Куликова М. Ю., Шаршакова Т. М., Бакалец Н. Ф.

Совместный образовательный проект «Школа команды врача общей практики»: от идеи к реализации 121

Солтан М. М., Слайковская Л. А.

Участие молодежи в продвижении здоровья среди детей 125

Степанькова А. В., Рубан Н. М.

Исследование профиля здоровья населения г. Гомеля 128

Ступак В. С., Бантьева М. Н., Соколовская Т. А.

Особенности организации медицинской помощи женщинам Российской Федерации, проживающим в сельской местности..... 132

Хаджилаева Ф. Д.

Менеджмент качества медицинской помощи при диспансерном наблюдении беременных Усть-Джегутинского района..... 136

Хейфец Н. Е., Солтан М. М., Хейфец Е. Н.

Особенности градации профессиональных рисков при осуществлении медицинской деятельности в зависимости от стажа работы руководителей организаций здравоохранения 138

Худоногов И. Ю.

Рыночная экономика как основной фактор повышения заболеваемости в современной информационно-когнитивной среде обитания..... 142

Царев С. А.

Динамика структуры и величины социальной стоимости наркомании
в Самарской области в 2017–2020 гг. 146

Шепелевич В. Л.

Стрессоустойчивость учащихся медицинского колледжа.
Факторы риска, профилактика..... 150

Щавелева М. В., Тихоненко И. В., Глинская Т. Н., Шваб Л. В.

Волонтерское движение как репутационный потенциал общества и возможность
привлечения ресурсов..... 154

Якименко Л. А.

Структура информационно-когнитивной среды обитания как базис
профилактической медицины (самосохранительный потенциал прагматизма
и альтруизма современных россиян) 157

Научное издание

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ
К ПРОДВИЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ**

Сборник научных статей
IX Республиканской научно-практической конференции
с международным участием,
приуроченной к 30-летию кафедры общественного здоровья
и здравоохранения с курсом факультета повышения квалификации
и переподготовки
(г. Гомель, 13 октября 2023 года)

**Редактор *Т. А. Соколова*
Компьютерная верстка *Ж. И. Цырыкова***

Подписано в печать 10.10.2023.
Формат 60×84^{1/8}. Бумага офсетная 80 г/м². Гарнитура Times New Roman.
Усл. печ. л. 19,53. Уч.-изд. л. 12,06. Тираж 20 экз. Заказ № 488.

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.

