

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ: СОЦИАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ В УСЛОВИЯХ КРИЗИСА



Сборник научных трудов

КУРСК 2021

УДК 614.2
ББК 51.1

Издается по решению редакционно-
издательского совета Курского
госуниверситета

Здоровье населения: социальная регуляция в условиях кризиса (с использованием дистанционных технологий). Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. 13-14 мая 2021 г. / Под ред. Т.Н. Каменевой. – Курск: КГМУ, 2021. – 194 с. – Текстовое (символьное) электронное издание (2,0 МБ). – Курск, 2021. – 1 эл. опт. диск (CD/R).

Сборник научных трудов «Здоровье населения: социальная регуляция в условиях кризиса» представляет собой проблемно ориентированное издание, преимущественно посвященное изучению специфики социальной регуляции здоровья населения в период пандемии covid-19. Сборник включает доклады и статьи ведущих российских и зарубежных ученых, молодых ученых, аспирантов, студентов образовательных организаций высшего образования. Представленные в сборнике материалы могут быть полезны магистрантам, аспирантам, молодым исследователям и практикам в сфере общественного здоровья, организации здравоохранения.

ISBN 978-5-7487-2779--2

ББК 51.1

© Коллектив авторов, 2021
© Курский государственный
медицинский университет,
2021

ОТ РЕДКОЛЛЕГИИ	5
ВСТУПИТЕЛЬНАЯ СТАТЬЯ	6
Ю. А. Зубок , Т. Н. Каменева	
И.С. Шаповалова Генно-модифицированная продукция в рефлексии населения: быть или не быть?	9
Ю.М. Пасовец Медицинское обслуживание населения в фокусе регионального общественного мнения	17
И.Э. Надуткина, А.В. Сергеева Региональная программа развития здравоохранения Белгородской области: проблемы практики реализации	22
Т.В. Андриянова, Е.В. Лосева Отношение к здоровью среди сельского населения современной России: индикаторы социологического измерения	27
А.В. Верещагина, М.В. Герасимов Массовый спорт как индикатор жизненной активности и здоровья молодежи: оценка российских реалий	35
Д.П. Солодухина Здоровьесохранительное поведение иностранных студентов в условиях пандемии	41
В.З. Зарбалиев Значение теории капиталов П. Бурдьё в изучении здоровьесберегающих практик	45
А.Ю. Сахно, О.Е. Чуйков Опыт дистанционного обучения в медицинских университетах	51
Секция «Отношение к здоровью и здоровый образ жизни: традиционные и современные практики саморегуляции».	
К.А. Алфимова, И.А. Грибовская Влияние табакокурения на заболеваемость и течение новой коронавирусной инфекции среди молодежи	55
М.Д. Бурцева Ценность здоровья в репрезентации студентов медицинского института	59
А.А. Ванина, О.В. Пыжова Здоровье в системе жизненных ценностей студентов-медиков	63
Н.А. Вялых Проблемы социологической концептуализации Феномена социального самочувствия медицинских Работников в период пандемии COVID-19	67
Н.С. Иванов Спортивное питание в рационе молодёжи	74
Н.А. Котелевцев Использование современных методов психической саморегуляции в работе с обучающимися дефектологического факультета.	77
Н.В. Лазуренко, О.В. Ковальчук Самосохранительное поведение студенческой молодежи: факторы формирования	80
Е.В. Левченко, Д.В. Котова Роль лечебной физической культуры и медицинской психологии в формировании здорового образа жизни у молодежи	86
А.Г. Лукьяшко Ценностная составляющая здоровья российской молодежи и векторы трансформации ее культуры здоровья	93
М.Д. Маркова История развития здорового образа жизни в России	98
О.С. Мосиенко Мнения и оценки медицинских работников о готовности системы здравоохранения к возникновению пандемии COVID-19 (на	101

примере Ростовской области)	
О.А. Нор-Аревян, А.И. Черевкова Социально-экономическая удовлетворенность среднего медицинского персонала Ростовской области в период распространения коронавирусной инфекции	109
З.О. Муминова, И. И. Ризаев Оздоровление и духовное воспитание личности	119
П.О. Пономарева Влияние пандемии COVID-19 на отношение молодежи к здоровью	124
В.О. Подвойская история развития антисептики в России	127
К.Э. Рожабова, Л.И. Саидова Молодежный туризм в цифровую эпоху: потенциал здоровьесбережения	130
А.А. Сизов, И.П. Молчанов, М.П. Ивенков Специфика организации быта в условиях режима самоизоляции	135
В.В. Хаева Спортивное питание. Обзор вреда и пользы. Секция «Основные направления совершенствования законодательства в сфере охраны здоровья»	139
А.И. Левин Правовые аспекты обеспечения санитарно- эпидемиологического благополучия населения в условиях пандемийного распространения коронавирусной инфекции	143
К.О. Беспалова, Рудакова Э.Ю. Суррогатное материнство в законодательстве России	152
А.Н. Чередниченко, Н.В. Кубикова Коррупция в сфере здравоохранения до и во время пандемии COVID-19. Правовые механизмы борьбы с ней Секция «Актуальные проблемы здоровья различных групп населения».	156
Г.А. Ихтиярова., М.Ж. Аслонова., Н.Н. Мавлянова., Т.Б. Салимова Ранняя диагностика синдрома ограничение роста плода	161
Е.А. Бородина, О.В.Пыжова ЭКО в РОССИИ: от первых опытов к широкой клинической практике	166
Т.К. Завкибекова, Г. А. Ихтиярова Доброкачественные новообразования яичника и методы его лечения	170
П.И. Лифиренко Проблема стигматизации и дискриминации ВИЧ- инфицированных в России	172
Я.С. Олифер Солнце – наш друг или враг?	176
И.И. Тошева, Г.А. Ихтиярова, А.Г. Бозоров, Г. Каюмова, Ф. Гайбуллаева Медико-социальные проблемы невынашивание в период пандемии	182
Ш. Ф. Бахадирова, Г. А. Ихтиярова Исходы родов после экстрокорпорального оплодотворения	191
Е.А. Шилова Обзор инфекций, передающиеся половым путем среди лиц молодого возраста	192

ОТ РЕДКОЛЛЕГИИ

Настоящий сборник представляет проблемно-ориентированное издание посвященное вопросам социальной регуляции здоровья населения в условиях пандемии Covid 19.

Авторы публикуемых в настоящем издании материалов могут занимать позиции, не совпадающие с точкой зрения редколлегии. Ответственность за точность приводимых цитат, ссылок, библиографических и статистических данных, географических названий и т.п. несут авторы.

Редколлегия приглашает к сотрудничеству всех, кто работает в области социологии семьи, молодежи, региональной социологии, в смежных областях и чьи научные интересы близки тематике нашего сборника.

Наш электронный адрес: kalibri0304@yandex.ru

ВСТУПИТЕЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Зубок Ю. А. (Москва)
Каменева Т. Н. (Курск)

Ю.А. Зубок, Москва
ИСПИ ФНИСЦ РАН
Т.Н. Каменева, Курск
ФБГОУ ВО КГМУ Минздрава России

ЗДОРОВЬЕ В УСЛОВИЯХ КРИЗИСА: ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ¹

В статье предпринята попытка проанализировать роль социального регулирования в сфере здоровьесбережения в условиях кризиса. Пандемия коренным образом изменила привычные условия жизнедеятельности и обострила проблемы связанные с социальным регулированием здоровьесбережения, наполнив их противоречиями.

Ключевые слова: здоровье, регулирование здоровьесбережения, социальное регулирование.

The article attempts to analyze the role of social regulation in the field of health care in a crisis. The pandemic has radically changed the usual living conditions and exacerbated the problems associated with the social regulation of health care, filling them with contradictions.

Key words: health, health-saving regulation, social regulation.

В настоящее время общество переживает особый кризис, обусловленный влиянием пандемии, коренным образом изменившей привычный уклад жизни. В таких условиях особую актуальность приобрели вопросы, связанные со здоровьем населения, отношением к нему и, безусловно, задачи его сбережения.

Реальность пандемии показала и доказала, что здоровье основополагающая составляющая, а проблемы, связанные с ним могут не только до неузнаваемости трансформировать действительность, но и в прямом смысле остановить жизнь общества.

Сфера здоровьесбережения достаточно сложная, ее состояние обусловлено отношением людей к своему здоровью и представлениями о

¹ Статья подготовлена при поддержке РФФИ в рамках проекта 20-011-00585 «Саморегуляция жизнедеятельности молодежи в изменяющейся социальной реальности»

нем. В тоже время здоровье являясь безусловной ценностью человека, будучи значимым, может стать объектом манипулирования — большинство людей боятся заболеть и потерять здоровье.

Быстро меняющиеся условия жизнедеятельности способствовали формированию множественных и гибридных образов здоровья в представлениях различных групп населения. Жизнь в условиях пандемии стала своеобразным вызовом и требовала существенного пересмотра отношения к здоровью, практик его сохранению. В результате, и имеющаяся гибридная и нечеткая структура здоровьесбережения стала переформатироваться и наполняться новым содержанием, связанным с высоким риском заболеть и страхами за свою жизнь и жизнь близких. Сложившиеся обстоятельства актуализировали значимость регулирования в сфере здоровья населения.

Социальное регулирование здоровьесберегающего поведения включает в себя совокупность направляющих и координирующих воздействий со стороны общества на поведение людей в сфере здоровья, которые призваны обеспечивать не только формирование и распространение установок на здоровый образ жизни, но и улучшение показателей здоровья. В качестве социальных регуляторов традиционно выступают: ценностные, через понимание важности сохранения здоровья; директивные подразумевающие социально-значимые программы направленные на здоровьесбережение и информационные предполагающие пропаганду здорового образа жизни.

В тоже время стресс пандемией привел к снижению эффективности традиционных регуляторов, формированию значимых противоречий в сфере сохранения здоровья и, следовательно, необходимости поиска новых.

Противоречия обусловлены комплексом факторов и прежде всего, тем, что в существующих условиях произошло фокусированию проблем в сфере здоровья исключительно на предупреждение, борьбу с новой коронавирусной инфекцией оставив вне поля зрения все другие аспекты здоровья населения.

Значительные изменения в отношении к здоровью, безусловно, связаны с экономическими кризисами, когда происходит актуализация решения насущных проблем и относительное нивелирование значимости здоровьесбережения. Следует также отметить и неподготовленность системы правового регулирования и ее экстренную, зачастую противоречивую адаптацию к «пандемийной» жизни.

Введение ограничительных мер, необходимых и продиктованных пандемией, исключение социальных контактов, фактически легализованный переход в виртуальную реальность не всегда согласовывался с имеющимися у большинства населения представлениями о здоровом образе жизни и привел к их еще большему размыванию.

Несмотря на то, что в сложном процессе формирования установок на сохранение здоровья, особенно в кризисных условиях, средства массовой информации играют огромную роль, в период пандемии информационный поток носил алармистский характер, порой дезориентируя население, и еще более усугублял травмирующие «пандемийные» условия.

В любых условиях, а в кризисных особенно, должный и значимый образ здоровья, отношения к нему воспроизводятся на основе партнерских отношений в сфере здоровья, среди всех его участников начиная с государства, в основе которых лежит доверие и эффективная коммуникация. Пандемия, внедрение цифровых технологий в сферу здравоохранения способствовали росту страхов, нестабильных коммуникаций, доверие перешло в зону некоего риска.

Новый облик приобрела проблема неудовлетворенности существующими институциональными условиями в сфере здоровьесбережения, связанная со значимостью ценности здоровья, потребностью его сохранения и необходимостью продолжения нормальной жизнедеятельности, работы, самореализации. Разрешение, которой видится в корректировке существующих, и возможно, выработке новых механизмов социальной регуляции здоровья населения.

Таким образом, важными задачами, стоящими перед научным и профессиональным сообществом являются анализ процессов социальной регуляции здоровья в условиях кризиса, изучение специфики отношения к здоровью, выбор эффективных технологий здоровьесбережения различных групп населения и определение вектора политика в сфере охраны здоровья.

ПЛЕНАРНЫЕ ДОКЛАДЫ

Шаповалова И.С. (Белгород)
**ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный
исследовательский университет»**

ГЕННО-МОДИФИЦИРОВАННАЯ ПРОДУКЦИЯ В РЕФЛЕКСИИ НАСЕЛЕНИЯ: БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ?

Глобальная борьба за ресурсы, а также рост продолжительности жизни и рождаемости обуславливают поиск новых форм удовлетворения потребностей населения страны с использованием искусственных комбинаций потенциалов естественных организмов. Чтобы не допустить непреодолимой социально-экономической отсталости России в области новых возможностей, а также способствовать изменению общественного мнения и мировоззрения граждан, необходимо установить актуальные координаты и векторы развития нашего государства с точки зрения использования ГМ-продукты. Социологический опрос, проведенный среди граждан России, показал, что около 40% граждан убеждены во вреде генномодифицированной продукции и тщательно избегают ее использования. Другая часть населения не против использования таких продуктов или не задумывается об этой проблеме. В России создан негативный имидж такой продукции, несмотря на ее широкое распространение во всем мире. Создание риск-ориентированной модели использования продуктов генетической модификации, с одной стороны, не оставит Россию позади в экономике и научно-техническом прогрессе от развитых стран, а с другой – предотвратит негативные последствия, в ситуациях доказанного риска.

Ключевые слова: генетически модифицированные продукты, качество жизни людей, риски, среда обитания человека

The global struggle for resources as well as increased life expectancy and birth rates conditions the search for new forms of satisfying the needs of the country's population by using artificial combinations of the potentials of natural organisms. To prevent Russia's insurmountable social and economic backwardness in the area of new opportunities and also to facilitate the change in shaping the public opinion and the citizens' outlooks, it is vital to establish the actual coordinates and vectors of development of our state in terms of using GM products. A sociological survey conducted among Russian citizens showed that there are about 40% of citizens who are convinced of the harm of genetically modified products and carefully avoiding it in use. The other part of the population does not mind using such products or does not think about this

problem. In Russia, a negative image of such products has been created, despite the widespread use of it throughout the world. The creation of a risk-based model of the use of products of genetic modification will, on the one hand, not leave Russia behind in the economy and scientific and technological progress from developed countries, and on the other – prevent negative consequences, in situations of proven risk.

Keywords: genetically modified products, the quality of peoples life, risks, human environment

Включение генетически модифицированных продуктов в повседневную жизнь современного человека – это не вопрос ближайших лет, а скорее данность. Дело только в масштабах и направлениях интенсификации использования таких продуктов и в том, какое мировоззрение должно формироваться в обществе в отношении ГМО. Рост населения на Земле, сопровождаемый эскалацией эксплуатации всех исчерпаемых и неисчерпаемых ресурсов, делает проблему существования человечества глобальной проблемой сегодняшнего дня, решение которой следует искать в комплексном научном подходе и взаимодействии людей со всеми сферами их обитания – природно-экологические, техногенные и социокультурные.

Глобальная борьба за ресурсы, а также рост продолжительности жизни и рождаемости обуславливают поиск новых форм удовлетворения потребностей населения страны с использованием искусственных комбинаций потенциалов естественных организмов. В этом вопросе страны разделились пополам - те, кто активно использует генетически модифицированные продукты, и те, кто строго контролирует их использование. Отсутствие однозначных доказательств вреда от ГМ-продуктов в каждом конкретном случае создает дисбаланс в возможностях использования результатов научно-технического прогресса и шансов на дополнительные сценарии социально-экономического развития.

Актуальность исследования основывается на необходимости принятия взвешенного решения при столкновении с неопределенными разноплановыми рисками среды обитания человека, о которых много написано в статье И.С. Шаповаловой [16] и научного коллектива Белгородского государственного национального исследовательского университета [3, 9, 25]. С одной стороны, речь идет о повседневных достижениях в области геномной инженерии, прорывные свойства которой могут продвинуть страну в ее социально-экономическом развитии. С другой стороны, существует риск длительных (отсроченных) последствий от внедрения новых продуктов для широкой публики, которые могут нейтрализовать возможности, открываемые для страны научно-техническим прогрессом. В то же время наблюдается устойчивое негативное отношение населения к продуктам питания, произведенным

путем трансгенных манипуляций, что существенно тормозит развитие в этой сфере.

Чтобы не допустить непреодолимой социально-экономической отсталости России в области новых возможностей, а также способствовать изменению общественного мнения и мировоззрения граждан, необходимо установить актуальные координаты и векторы развития нашего государства с точки зрения использования ГМ-продуктов.

Спектр и скорость появления генно-инженерных инноваций позволяют нам в настоящее время говорить не о генетически модифицированных продуктах, а, скорее, о трансгенных продуктах, которые включают продукты питания, организмы (как животных, так и растения) и их отходы.

Вопрос о генетически модифицированных продуктах, их преимуществах и недостатках широко обсуждается на разных уровнях уже более 10 лет, но безрезультатно. Нетривиальность этого вопроса обусловлена целым рядом существующих противоречий: преимущества, появляющиеся во всех секторах экономики, нивелируются недостатками и сомнениями, связанными с трансгенными продуктами и организмами. За каждой из этих дихотомий стоит тщательно продуманная база данных исследований, которые подтверждают или, наоборот, опровергают полярные данные. Наиболее частый вариант – опровержение отрицательных сторон использования генной инженерии – эксперименты не подтверждают ни их однозначный вред здоровью, ни влияния на экологию.

Однако существующие предпосылки социально-экономических, а иногда и социально-политических систем прямо или косвенно устранили барьеры, возникающие на пути распространения трансгенных продуктов по всему миру, включая Россию. Образ такой продукции в нашей стране сформирован с явно негативным подтекстом, но, несмотря на такое общественное мнение, некоторые искусственно мутированные продукты официально разрешены в России, и по неофициальным данным, определенный процент этих элементов может быть обнаружен. почти во всех комбинированных пищевых продуктах (продукты, содержащие сою, крахмал, кукурузу, некоторые овощи и фрукты).

На наш взгляд, нынешние темпы распространения генетически модифицированных продуктов, попадающих на поля, рынки и в жизнь населения в целом, требуют понимания и оценки реальной ситуации без предварительной поляризации задачи. Требуется подробный аналитический синтез имеющихся данных, их дальнейшая оценка и долгосрочное прогнозирование с точным описанием вероятности различных прогнозов, без попытки доказать определенный вред или пользу постоянно трансформирующихся инноваций в этой сфере. Невозможность предотвратить контакт граждан России с результатами

генетической модификации требует проведения системного исследования глобального антропогенного эффекта от внедрения генетически модифицированных продуктов в России, выявления зон риска (влияющих на качество жизни россиян). модели риска для такой реализации и разработки корректирующих и упреждающих рекомендаций и мер.

Сложность проблемы создания, использования и обработки генетически модифицированных продуктов не позволяет в принципе рассматривать ее с точки зрения какой-либо одной научной области. Из-за своей высокой экономической значимости, а также из-за включения в сформировавшееся общественное мнение и общественное мнение, которое еще предстоит сформировать, проблема генно-инженерных продуктов перестает относиться только к области естественных наук. «Я сейчас говорю, что в мире есть технология \diamond – чтобы на устойчивой основе накормить население в 10 миллиардов человек. Сегодня более уместный вопрос: разрешат ли фермерам и владельцам ранчо использовать эту новую технологию?» Сказав это, лауреат Нобелевской премии Норман Э. Борлоуг обрисовал траекторию работы с продуктами научно-технического прогресса в сфере генной инженерии специалистами в области экономики, политики, социологии и социальной инженерии.

Говоря об исследованиях по оценке влияния генетически модифицированных продуктов на качество жизни населения, стоит разделить все исследования на два лагеря: те, которые содержат мнение, что генетически модифицированные продукты довольно вредны для человека, и те, где ученые скорее настаивают на том, что риск от трансгенных продуктов не доказан. Нас больше интересует второй тип исследований, который позволяет нам без какой-либо предварительной оценки искать методы, позволяющие раскрыть правду.

И здесь мы сталкиваемся с междисциплинарным дискурсом. К таким исследованиям относятся эксперименты по поиску методов определения генетических изменений в готовой к употреблению продукции (В.В. Светличкин [12], А.Б. Каверин [6]) и по определению рисков от производства и использования трансгенных продуктов (М.С. Соколов [26], В.В. Велков [27] и др.). Особое внимание следует уделить исследованиям, в которых делается попытка дать экономическую оценку ситуации «трансгенной эскалации и производства» и последствий отказа от нее, а также сопоставить данные из разных стран мира (Е.А. Филимонов [15], К. Промвек [11], Р.Дж. Герринг [19], М. О'Коннор [22], М. Маркс [20], Т. Джослинг и Дж. Барбинар [21], Л.О. Сэндблом [24], К. Андерсон и Ли А. Джексон [18], А. Пракаш и К.Л. Коллман [23], С. Заррилли [29] и др.).

Обращаясь к проблеме ГМО, следует учитывать работы ученых-медиков, разрабатывающих и предлагающих ввести систему государственного пострегистрационного мониторинга ГМО и начать

создание системы государственного пострегистрационного мониторинга ГМО (Г.Г. Онищенко [10]) обеспечить эффективную систему управления циркуляцией ГМО (В.А. Тутьельян [13], Н.В. Тышко [14]).

Некоторые важные аспекты правового регулирования генной инженерии исследованы в диссертации О. Красовского «Правовые проблемы генной инженерии» [8].

Серьезные опасения по поводу общественного мнения о ГМО и социологов вызывают: проведенные исследования, хотя и зачастую региональные, показывают «ненаучность» мировоззрения граждан, инерцию их взглядов, наличие суеверий и низкий уровень критики. по этому вопросу (А.В. Аникина [1], А.С. Астахова [2], И.А. Войно [28], Т.А. Иваненко [4], Е.О. Картовых [6], Г.С. Широкопалова [17] и др.).

Несмотря на большое количество исследований по этой проблеме, а тем более убедительную риторику ученых, мы видим практические шаги по формулированию экономической стратегии России и формированию мировоззрения россиян, чтобы избежать употребления этого продукта. Разнообразие рисков по данному вопросу подтверждает необходимость комплексной оценки влияния генетически модифицированных продуктов на качество жизни и принятия обоснованных решений по стратегии общественного поведения в этой сфере.

В результате проведения исследовательского опроса (социологический опрос населения, количество 600 респондентов, Россия, Белгородская область, 2019 год) было определено отношение жителей российской провинции к генетически модифицированным продуктам.

Более половины опрошенных (51,0%) считают опасным употребление продуктов питания с использованием генетических технологий, практически 20% респондентов не задумывались об этом, 13,5% не беспокоятся по этому поводу, последние позиции – те, кто считает таковыми. продукты безопасны (12,5%).

54,7% респондентов знают, какие продукты содержат ГМО, но 31,2% стараются их не употреблять, а 23,4% не избегают их употребления. Из тех, кто не знает, в какие продукты производились добавки, 21,7% хотели бы получить такую информацию, а 22,5% пожелали остаться в неведении.

На вопрос о готовности платить большую сумму за натуральный продукт респонденты ответили по-разному. Более 31% готовы платить более высокую цену за продукцию, не содержащую генных модификаций. Количество несогласных, переплачивающих за продукцию, составляет 30%. И только 22,6% респондентов готовы покупать товар любого качества, но приемлемого по цене.

Более 49% опрошенных считают, что стоит запретить продукцию, содержащую элементы генной модификации. И только 26,6% респондентов считают, что запрет на такую продукцию не нужен.

Несмотря на такое распределение, многие респонденты признали важность биотехнологий в нашей жизни и обеспечении питания населения. Например, более 12,1% респондентов считают, что биотехнология обеспечит продовольствием всю планету, 37,7% говорят, что биотехнология способствует долгосрочному хранению продуктов питания, а 21,7% считают, что биотехнология может снизить затраты на производство продуктов питания.

Граждане высказали свое мнение о контроле производства и использования генетически модифицированных продуктов. Около 30% респондентов считают, что контроль возможен, если они проводят регулярные исследования и проверки качества продукции. Более 33,2% считают, что регулирование будет более эффективным, если будут установлены определенные нормы использования биотехнологий в пищевых продуктах. 18,5% считают контроль эффективным, если в производство вводится должность специалиста по контролю за использованием биотехнологий в пищевых продуктах.

Таким образом, обобщая наши аргументы, можно утверждать, что проблема использования генетически модифицированных продуктов, несмотря на повышенное внимание со стороны науки и правительства стран, не решена. Этот продукт вреден или нейтрален? Как это повлияет на будущее поколение и ресурсы планеты? Не приведет ли отказ от него к экономическому коллапсу и демографической катастрофе? Сможем ли мы справиться без перенаселения планеты? Эти вопросы требуют дополнительного изучения с привлечением междисциплинарных исследовательских групп.

Проведенное социологическое исследование позволило сделать следующие выводы. Большинство потребителей не имеют необходимой информации о пользе или вреде генетически модифицированных организмов. Примерно половина респондентов знают о содержании генетической модификации в продуктах и немногим меньше не владеют этой информацией.

39,5% участников опроса считают генетически модифицированные организмы потенциально опасными для здоровья. Эти же респонденты считают, что необходимо бороться с использованием биотехнологий в продуктах питания. Законно бороться предлагают 20,5%, а 25,3% респондентов считают, что бороться нужно, но простой человек не может этого сделать.

Таким образом, речь идет о широком распространении генетически модифицированных продуктов и неоднозначном отношении к ним населения из-за неадекватной информации граждан о пользе или вреде такой продукции. В России создан негативный имидж такой продукции, несмотря на ее широкое распространение во всем мире. Создание риск-ориентированной модели (модели, где будут обозначены участки

доказанного и отсутствующего риска) использования продуктов генной модификации позволит, с одной стороны, не отставать от России в экономике и научно-техническом прогрессе от развитых стран, а с другой – предотвращать негативные последствия, в ситуации доказанного риска.

1. Аникина А.В Информированность населения о ГМО-продукции: региональный аспект. // Проблемы рекультивации отходов быта, промышленного и сельскохозяйственного производства. IV международная научная экологическая конференция. – Москва, 2015. – С. 641-645.

2. Астахова А.С. Автономия научного сообщества, популяризация науки и общественные дебаты на примере обсуждения ГМО-продукции. // Социология власти. – 2013. – № 3. С. 135-144.

3. Зубок Ю.А., Чупров В.И., Шаповалова И.С. Риски трансформирующейся среды обитания: проблема исследования и управления. – Белгород, 2016.

4. Иваненко Т.А. Некоторые аспекты информированности граждан о продуктах, полученных из генно-модифицированных организмов. // Вестник Адыгейского государственного университета. – Серия 4: Естественно-математические и технические науки. – 2011. – № 4. – С. 138-144.

5. Каверин А.В., Дутова Н.А. Качество среды жизни в регионе как мера удовлетворения потребностей людей: эколого-социально-экономический анализ. // Регионология. – 2002. – № 2. – С. 79-90.

6. Картавых Е.О. Представления студенческой молодежи региона о продуктах с ГМО и их влиянии на здоровье. Миссия современного преподавателя: духовность, патриотизм, профессия. // Сборник Международной конференции молодых ученых светских и духовных учебных заведений «Молодой преподаватель ВУЗа – доверенное лицо государства». – Москва, 2015. – С. 101-104.

7. Коробко И.В., Георгиев П.Г., Скрябин К.Г., Кирпичников М.П. ГМО в России – наука, общество и закон. // Acta Naturae (русскоязычная версия). – 2016. – Т. 8. – № 4 (31). – С. 6-15.

8. Красовский О.А. Правовые проблемы генной инженерии: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук. – Москва, 1997.

9. Ломакин В.В., Асадуллаев Р.Г., Лифиренко М.В., И.С. Шаповалова, Информационные технологии поддержки принятия решений при оценке социальных рисков развития техногенных систем. – Белгород, 2015.

10. Онищенко Г.Г. Государственная политика по укреплению здоровья российской нации. // Журнал медико-биологических исследований. – 2016. – № 4. – С. 76-83.

11. Промвек К. Различия в политике о ГМО между США и ЕС // Вестник РУДН. – Серия: Политология. 2011. №2. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/razlichiya-v-politike-o-gmo-mezhdu-ssha-i-es> (дата обращения: 05.04.2021).

12. Светличкин В.В., Кононенко А.Б., Ярков С.П. Тест-системы и технические средства ускоренного контроля безопасности и качества объектов ветеринарного надзора. // Российский журнал «Проблемы ветеринарной санитарии, гигиены и экологии». – 2010. – № 1. – С. 30-40,

13. Тутьельян В.А. Проблемы генно-инженерно-модифицированных организмов: оценка безопасности и контроль. // Биотехнология: состояние и перспективы развития. Материалы VIII Московского Международного Конгресса. – Москва, 2015. – С. 20-23.

14. Тышко Н.В., Садыкова Э.О. Разработка многоуровневой системы оценки безопасности ГМО-содержащей пищевой продукции. // Биотехнологии в комплексном развитии регионов. Материалы международной научно-практической конференции. – Москва, 2016. – С. 56-57.

15. Филимонов Е.А. Научно-технологический прогресс в аграрной сфере в контексте развития генно-инженерной деятельности. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук. – Екатеринбург, 2012.

16. Шаповалова И.С., Гоженко Г.И., Структура современной среды обитания: онтологическая и факторная модель. // Научный результат. Социология и управление. – 2015. – Том 1. – № 4. – С. 78-84.

17. Широкалова Г.С. ГМО: степень осознания проблемы. // Островские чтения. – 2014. – № 1. – С. 273-283.

18. Anderson K., Jackson L.A. Why are the US and the EU policies toward GMOs so Different? // AgBioForum. – 2003. – 6 (3). – pp. 95-100.

19. Herring R.J., Miracle Seeds, Suicide Seeds and the Poor: GMOs, NGOs, Farmers and the State Land, Poverty, Social Justice and Development // International Conference. – 9-14 January. – 2006.

20. Marx M.E. The Benefits and Ethical Issues Behind Using Genetically Modified Organisms in Agriculture // The Interdisciplinary Journal of Health, Ethics, and Policy. – 2007. – Pp. 1-5;

21. Josling T., Babinard J., The Political Economy of GMOs: Emerging Disputes over Food Safety, the Environment and Biotechnology Department of Agricultural Economics. – USA: University of Illinois, 1999.

22. O'Connor M., Global Trends: GMO – Who's Who // International Marketing Division Agriculture and Rural Development. – 2009. – URL: www.agrifoodalberta.ca.

23. Prakash A., Kollman K.L. Biopolitics in the EU and the U.S.: A Race to the Bottom or Convergence to the Top? // International Studies Quarterly. – 2003. – 47. – pp. 617-641.

24. Sandblom L.O. Genetically Modified Organisms (GMOs): A Transatlantic Trade Dispute. // Monterey Institute of International Studies: MACD PROJECT CD 690/691. – USA, 2012. – URL: www.commercialdiplomacy.org.

25. Shapovalova I.S., Kisislenko A.V., ets. Social Risks of Human Habitat. // The Social Sciences. – 2016. – Vol. 10. – № 11. – pp. 2416-2420. – DOI: 10.3923/sscience.2016.2416.2420. – URL: <http://medwelljournals.com/abstract/?doi=sscience.2016.2416.2420>.

26. Sokolov M.S., Glazko V.I. The global social and environmental problem - approaches to solving. // Journal of Agricultural Technology. – 2015. Vol. 11. – № 5. – pp. 1177-1183.

27. Velkov V.V., Medvinsky A.B., Sokolov M.S., Marchenko A.I. Will transgenic plants adversely affect the environment? // Journal of Biosciences. – 2005. – Vol. 30. – № 4. – pp. 515-548.

28. Voino I.A. GMOs as a global challenge to humans and society in the face of food shortages. // IV All-Russian Sociological Congress. – Moscow, 2012. – pp. 6894-6900.

29. Zarrilli S. International Trade in Genetically Modified Organisms and Multilateral Negotiations: A New Dilemma for Developing Countries. – 2000.

Пасовец Ю.М. (г. Курск)

ФГБОУ ВО «Курский государственный университет»

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В ФОКУСЕ РЕГИОНАЛЬНОГО ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ

В статье раскрываются возможности использования данных социологических опросов для характеристики медицинского обслуживания населения в регионе. Рассматриваются структура обращений населения Курской области за медицинской помощью, в том числе на платной основе, а также развитие рынка медицинских услуг в данном регионе.

Ключевые слова: общественное здоровье, здравоохранение, медицинские услуги, регион, общественное мнение.

The article reveals the possibilities of using sociological surveys to characterize medical services for the population in the region. The structure of Kursk region population's appeals for medical care, including on paid basis, and the development of the medical services market in this region are considered.

Keywords: public health, health care, medical services, region, public opinion.

Актуальность социологического исследования проблематики общественного здоровья и здравоохранения определяется потребностью в выявлении как субъективных оценок населением состояния здоровья, так и распространенности определенных социальных практик в этой сфере жизнедеятельности. При этом социологические опросы позволяют получить необходимую информацию по тем показателям, которые не отражены в государственной статистике и в то же время имеют решающее значение для понимания и оценки происходящих изменений, выступая способом фиксации общественного мнения [3].

Наряду с биологическими, экологическими, социально-экономическими и средовыми факторами ключевое воздействие на состояние общественного здоровья оказывают особенности функционирования системы здравоохранения [5, с. 39]. Состояние системы здравоохранения определяется численностью врачей и среднего медицинского персонала, наличием необходимого количества медицинских учреждений (фельдшерско-акушерских пунктов, поликлиник, больниц и др.), больничных коек и их обеспеченностью качественными оборудованием и лекарственными средствами, доступностью медицинской помощи для населения (особенно в отдаленных населенных пунктах) и рядом других важных составляющих.

Применительно к современному российскому обществу наблюдается зависимость функционирования системы здравоохранения от региональных условий. Так, орловскими исследователями отмечено, что на уровне их региона проявляются такие проблемы доступности и качества медицинских услуг, как недостатки организации системы записи и приема пациентов, связанные с наличием очередей в регистратуру и на прием к врачу, нехватка узких специалистов в бюджетных учреждениях, недостаточное количество койко-мест и т.п. [6].

Одним из направлений развития системы здравоохранения как в России в целом, так и на уровне регионов является расширение рынка медицинских услуг, предполагающего предоставление платных медицинских услуг населению. При этом позиционируется, что платные виды медицинской помощи выступают в качестве дополнения к бесплатному медицинскому обслуживанию [1, с. 126].

С учетом этого обратимся к анализу изменений в системе медицинского обслуживания населения, связанных с развитием частной медицины, на примере одного из российских регионов – Курской области.

Эмпирическая база настоящего исследования представлена данными государственной статистики и результатами массового репрезентативного опроса населения, проведенного нами в сентябре-октябре 2020 г. в Курской области (N=400 человек) на основании типовой программы и методики «Социокультурный портрет региона России» (модификация – 2015 г.) с учетом дополнительных параметров и индикаторов.

В последнее время важным изменением региональной системы здравоохранения стало расширение сферы платных медицинских услуг, оказываемых населению как в рамках государственных, так и частных врачебных организаций. По данным государственной статистики, в период с 2010 г. по 2018 г. в Курской области объем платных медицинских услуг вырос с 813 до 2151 миллиона рублей, или в 2,7 раза (см. рис. 1). Аналогичные изменения затрагивают и другие региональные системы здравоохранения Центрального Черноземья: в Белгородской области этот показатель увеличился в 3,3 раза, в Воронежской – в 2,6 раза, в Липецкой – в 3,8 раза, в Тамбовской – в 2,6 раза (см. рис. 1).

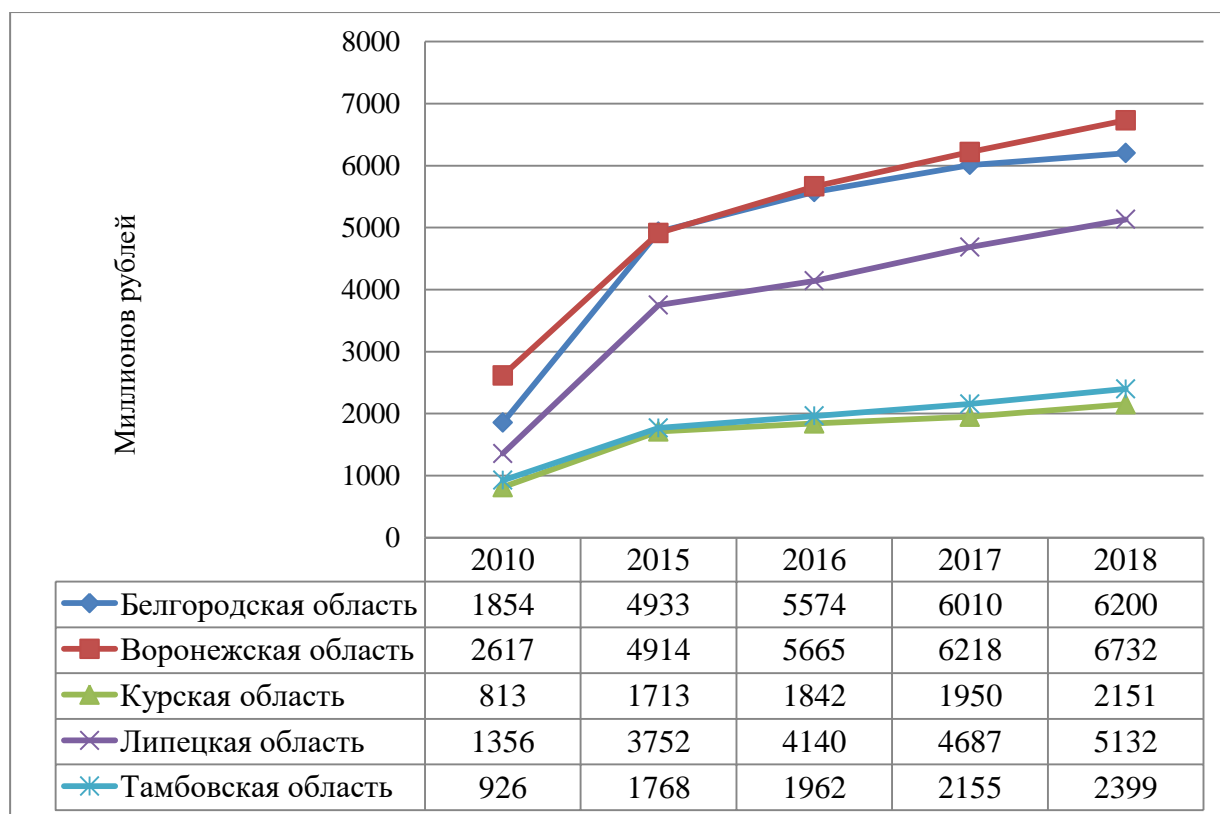


Рисунок 1. Объем платных медицинских услуг населению регионов Центрального Черноземья (миллионов рублей)

Источник: Платное обслуживание населения в России. 2019. Приложение: стат. сб./ Росстат. – М., 2019. – R-09-Pril-2019.xlsx

При этом факторами, обуславливающими расширение сферы платных медицинских услуг в конкретном регионе, выступают:

– социально-демографические факторы, связанные с численностью населения, состоянием его здоровья;

– материальные факторы, определяющие доступность этих услуг для более широких слоев населения, ограниченную уровнем доходов и наличием возможности для их оплаты;

– субъективные факторы, выражающиеся в запросах и предпочтениях отдельных категорий населения.

По данным нашего опроса, около половины (49,0 %) курян получали последний раз медицинскую помощь в медпункте или поликлинике по месту жительства, 7,0% – в медпункте, поликлинике, стационаре предприятия, 1,0% – дома. Пятая часть опрошенных (23,0%) находилась на лечении в больнице или специализированном медицинском учреждении. Примерно такое же число (17,0%) респондентов получали медицинскую помощь в частных медицинских клиниках или кабинетах («в кабинете частного врача») (см. рис. 2).



Рисунок 2. Место получения медицинской помощи населением Курской области за последнее время, в % числа опрошенных

Обращает на себя внимание тот факт, что 3,3% курян затруднились вспомнить свое последнее посещение какого-либо медицинского учреждения. В аспекте сохранения здоровья подобное поведение чревато

увеличением уровня запущенности многих заболеваний, прежде всего злокачественных новообразований. В связи с этим возникает необходимость активизации профилактических и диспансерных обследований всех категорий населения.

Если рассматривать соотношение условно бесплатных (по полису ОМС) и платных медицинских услуг населению, то среди всех посетителей муниципальных поликлиник, медпунктов по месту жительства подавляющее большинство (89,3%) из них получает медицинскую помощь бесплатно. В то же время для третьей части (34,4%) пациентов больниц, специализированных медицинских учреждений их лечение оказывается сопряжено с оплатой медицинских услуг.

Сравнение полученных в 2020 г. данных с результатами опроса населения Курской области, проведенного нами в 2007 г. на основе этой же программы и методики [4], позволяет наглядно представить ряд изменений в региональной системе здравоохранения, связанных с развитием частной медицины:

- значительное увеличение числа потребителей медицинских услуг в частных медицинских учреждениях (с 5,6 % в 2007 г. до 17,0% в 2020 г., или в 3 раза);

- сокращение числа тех, кто оплачивает медицинскую помощь в бюджетных поликлиниках или больницах (в муниципальных поликлиниках, медпунктах по месту жительства с 24,9% в 2007 г. до 10,7% в 2020 г., или 2,3 раза; в государственных больницах, медицинских центрах с 43,1% в 2007 г. до 34,4% в 2020 г., или в 1,25 раза).

Таким образом, как показывают результаты массового опроса, медицинская помощь в поликлинических учреждениях различного типа и на дому (услуги участкового терапевта, скорой медицинской помощи и др.) оказывается населению бесплатно. При этом лечение в больницах, специализированных медицинских учреждениях для третьей части пациентов связано с определенными затратами собственных денежных средств.

Публикация подготовлена с использованием материалов научного проекта РФФИ № 18-011-00739.

1. Алексеева О.И., Маликова А.А. Критерии эффективности здравоохранения // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2017. № 68. С. 126–130.

2. Козырева П.М., Смирнов А.И. Масштабы распространения и размеры оплаты медицинских услуг // Социологическая наука и

социальная практика. 2018. № 3(23). С. 26–42. DOI: 10.19181/snsp.2018.6.3.6001

3. Пасовец Ю.М. Общественное здоровье в условиях риска // Социальная динамика населения и устойчивое развитие. Сборник тезисов. – Москва: МАКС Пресс, 2020. – С. 164–166.

4. Пасовец Ю.М. Потенциал здоровья населения региона // Ученые записки. Электронный журнал Курского государственного университета. – 2008. – №1. – URL: [http:// scientific-notes.ru](http://scientific-notes.ru), свободная.

5. Римашевская Н.М., Мигранова Л.А., Молчанова Е.В. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения России // Народонаселение. 2011. № 1 (51). С. 38–49.

6. Старых Н.П., Егорова А.В. Анализ доступности и качества медицинских услуг в городе Орле // Научный результат. Социология и управление. 2018. Т. 4. № 3. С. 97–107. DOI: 10.18413/2408-9338-2018-4-3-0-8.

Надуткина И.Э. (г. Белгород)

Сергеева А.В. (г. Белгород)

**ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный
исследовательский университет»**

РЕГИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ: ПРОБЛЕМЫ ПРАКТИКИ РЕАЛИЗАЦИИ

В статье дается содержательная характеристика практики реализации государственной политики в сфере здравоохранения, совокупности управленческих мер нацеленных на создание государственных гарантий в оказании медицинской помощи соответствующего качества и в надлежащем объеме для повышения эффективности управления социально-экономическим развитием Белгородской области.

Ключевые слова: государственная политика, сфера здравоохранения, эффективность управления.

The article provides a meaningful description of the practice of implementing the state policy in the field of healthcare, a set of management measures aimed at creating state guarantees in the provision of medical care of appropriate quality and in the appropriate volume to improve the efficiency of managing the socio-economic development of the Belgorod region.

Keywords: state policy, healthcare sector, management efficiency.

Для современной России здоровье населения является одним из наиболее ценных экономических ресурсов, поэтому сфера здравоохранения находится под пристальным вниманием государства. Однако если установленные приоритеты государственной политики в сфере здравоохранения (повышение качества медицинского обслуживания населения в системе обязательного медицинского страхования за счет перехода на одноканальную модель финансирования медицинской помощи и др.) соответствуют лучшей мировой практике и уровню развития социально-экономических отношений в России, то механизм реализации государственной и муниципальной политики в этой сфере требует принципиальных преобразований.

Современный этап развития отечественной системы здравоохранения подразумевает, прежде всего, ее реформирование, главной движущей силой которого является комплекс проблем национальной системы здравоохранения, включая проблему социально-экономической эффективности реализации государственной политики в сфере здравоохранения в регионах страны.

Представляется, что есть противоречие между необходимостью улучшения качества услуг населению Белгородской области в сфере здравоохранения на программно-целевой основе и недостаточной разработанностью практических рекомендаций по организации этого процесса на региональном уровне [2, 4].

Для решения этой проблемы необходимы анализ существующих возможностей научно-технического, коммуникационного и управленческого потенциала, а также разработка практических рекомендаций для учреждений здравоохранения, аптек и департамента здравоохранения Белгородской области.

За последние годы в стране сложилась крайне неблагоприятная обстановка в отрасли здравоохранения: снизилось качество и доступность медицинской помощи населению; стала ощутима острая нехватка лекарственных препаратов; увеличилось число заболеваний социально опасного характера; медико-демографическая ситуация характеризуется ростом смертности и снижением рождаемости, отрицательным естественным приростом населения, что стало началом комплексного реформирования системы здравоохранения [3].

В целях совершенствования системы органов исполнительной власти Белгородской области, повышения эффективности управления социально-экономическим развитием Белгородской области, было принято решение преобразовать и переименовать с 25 января 2021 года департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области в департамент здравоохранения Белгородской области. Распоряжением

Губернатора Белгородской области от 01 февраля 2021 г. №38-р утверждена структура департамента здравоохранения Белгородской области [1].

Социальный заказ на здоровье нации в Белгородской области, неотъемлемой частью которой является «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки». В рамках реализации этой концепции проведена работа по повышению качества и обеспечению доступности медицинской помощи совершенствованию структурной эффективности отрасли. Приоритетный национальный проект «Здоровье», стартовавший в области с января 2006 г., стал катализатором всех направлений этой работы [6].

Реализация мероприятий областных целевых программ, приоритетного национального проекта «Здоровье» позволила снизить в области уровень цереброваскулярных и онкологических заболеваний, смертность от этих болезней сократилась на 8 %.

Разработана целевая программа профилактики, диагностики и лечения сердечно сосудистых заболеваний, ведется работа по созданию регионального нейрососудистого и кардиохирургического центров в областной клинической больнице и открытию отделений нейрососудистой патологии в городах Белгород и Старый Оскол.

По реализации государственной программы «Развитие здравоохранения Белгородской области» кассовый расход за 2020 год по государственной программе за счет всех источников финансирования составил 33 534 605,0 тыс. рублей (97,6% от плана), в том числе за счет средств: областного бюджета – 15 433 113,3 тыс.руб. (97,4%), федерального бюджета 4 817 237,5 тыс.руб., (98,9%), консолидированного бюджета муниципальных образований – 550,0 тыс. руб., (100%), территориальных внебюджетных фондов – 13 266 854,2 тыс. руб., (100%), иных внебюджетных источников – 16 850,0 тыс. руб., (4,4%). Экономия сложилась по результатам торгов и по результатам выполненных работ по строительству и капитальным ремонтom, а также по фонду оплаты труда и в связи с эпидемиологической ситуацией (COVID-19)[5].

По реализации государственной программы «Развитие здравоохранения Белгородской области» за 3 месяца 2021 год плановые финансовые показатели основных мероприятий Программы приведены в соответствии с законом Белгородской области от 26 декабря 2020 года №19 «Об областном бюджете на 2021 год на плановый период 2022 и 2023 годов» в части областных федеральных средств, а также с законом Белгородской области от 26 декабря 2020 года № 23 «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Белгородской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» в части средств государственных внебюджетных фондов. Кассовый

план на 3 месяца 2021 года составил 5384357,5 тыс.руб., освоение - 69,0% [5].

Ожидаемый результат реализации Программы на 2021 год, выраженный в конкретных значениях показателей непосредственной эффективности проведения всех обозначенных подпрограмм (мероприятий): ожидаемая продолжительность жизни при рождении – 74,32 года; коэффициент рождаемости на 1 тыс. чел. населения – 9,2 чел.; доля детей 1 и 2 групп здоровья, обучающихся в общеобразовательных учреждениях – 81%; смертность населения в трудоспособном возрасте на 100 тыс. чел. населения соответствующего возраста – 447 случаев; численность лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами по всем классам болезней, на 10 тыс. чел. населения соответствующего возраста – 50 чел.; смертность от всех причин на 1 тыс. чел. населения – 12,7 случая; обеспеченность врачами на 10 тыс. чел. населения – 35,5 чел., обеспечение населения паллиативной помощью в стационарных условиях в расчете на 1 жителя – 0,092 койко-дня; доля медицинских организаций государственной (муниципальной) систем здравоохранения, использующих медицинские информационные системы для организации и оказания медицинской помощи гражданам, обеспечивающих информационное взаимодействие с ЕГИСЗ, – 100%; доля зданий государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, находящихся в аварийном состоянии или нуждающихся в капитальном ремонте, к общему количеству зданий государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения – 15,7%; доля тяжелого оборудования, используемого в двухсменном и/или круглосуточном режиме, в общем количестве тяжелого оборудования – 75%; уровень удовлетворенности населения услугами с сфере здравоохранения (процент от числа опрошенных) – 82,5%; уровень удовлетворенности населения услугами с сфере государственной регистрации актов гражданского состояния (процент от числа опрошенных) – 90%.

Планируемый общий объем финансирования Подпрограммы «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях» в 2020 году за счет всех источников финансирования составил 1 323 791,6 тыс.руб., Кассовый расход за отчетный период за счет всех источников финансирования составил 99,1%. В рамках данной подпрограммы за 2021 год ожидаются следующие результаты: удовлетворенность потребности отдельных категорий граждан в необходимых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, а также специализированных продуктах питания для детей-инвалидов (от числа лиц, имеющих право на государственную социальную помощь и не отказавшихся от получения социальной услуги лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-

инвалидов) – 98%. Среднее количество обслуженных рецептов на одного обратившегося льготополучателя в год – 6 ед.; охват лекарственным обеспечением лиц, включенных в региональный сегмент Федерального регистра лиц 12 ВЗН, по оформленным рецептам при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях – 99,7%; доля рецептов, находящихся на отсроченном обеспечении – 3%; среднее количество рецептов на одного льготополучателя в год – 8 ед.; среднее количество обслуженных рецептов на одного обратившегося льготополучателя, сохранившего право на НСУ, в год – 14 ед.; для лиц не имеющих группы инвалидности и перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда и другие острые сердечно-сосудистые заболевания, обеспеченных лекарственными препаратами в амбулаторных условиях, в течение 1 года после возникновения состояния или проведения оперативного вмешательства к общему числу лиц с данным состоянием, находящихся под диспансерным наблюдением – 60%.

Таким образом, ограничиваясь рамками статьи, отметим, что в условиях региона актуализируется осознание того, что здоровье сегодня стало социально значимым феноменом, по уровню и состоянию которого принято судить о степени развитости и благополучия Белгородской области. Проводя анализ ситуации власти региона должны обратить внимание на негативные тенденции и показатели общественного здоровья, квалификацию и наличие в достаточном объеме медицинских кадров, а также уровень развитости и оснащенности медицинских учреждений – это серьезная социально-политическая проблема, требующая усилий всего общества и вмешательства органов государственного и муниципального управления по средствам регулирования деятельности медицинских учреждений, а также четко выстроенных эффективных отношений с аптеками, фармацевтическими поставщиками.

1. О переименовании департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области в департамент здравоохранения Белгородской области: постановление Правительства Белгородской области от 25.01.2021 №23-рп // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Белгородская область (Версия Проф)».

2. Астахов, Ю.В., Конев И.В., Надуткина И.Э., Луговская М.В., Компаниец С.А. Проблемы развития персонала и кадрового потенциала в новой России: прямые угрозы и риски [Текст] / // Материалы международной сессии по факторам экстенсивного развития регионов. – 2020. –№1. С. 22-25.

3. Каменева Т.Н., Конищева Е.В., Надуткина И.Э., Селюков М.В.,

Шалыгина Н.П. Влияние жизненных затруднений на здоровье педагогов высшей школы [Текст] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – №28, С. 748–753.

4. Миронова, Н.Д. Проблемы и перспективы развития государственного управления в сфере здравоохранения [Текст] / Н. Д. Миронова // Экономика и предпринимательство. – 2019. – № 8 (109). – С. 204-207.

5. Официальный сайт департамента здравоохранения Белгородской области [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://belzdrav.ru/>

6. Общая информация о Министерстве здравоохранения Российской Федерации [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/ministry> Официальный сайт Федеральной антимонопольной службы РФ. Антимонопольная деятельность в социальной сфере. Проблемы лекобеспечения [Электронный ресурс] – Режим доступа: [https://fas.gov.ru/netcat_files/File/PROBLEMY%20LEKOBESPEChENIYa-1%20\(1\).pdf](https://fas.gov.ru/netcat_files/File/PROBLEMY%20LEKOBESPEChENIYa-1%20(1).pdf)

Андриянова Т.В. (г. Курск)

Лосева Е.В. (г. Курск)

ФГБОУ ВО «Курский государственный университет»

ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ: ИНДИКАТОРЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИЗМЕРЕНИЯ

Статья посвящена обзору имеющихся статистических данных и результатов социологических исследований, проведенных в сельских территориях Российской Федерации (Курская и Псковская области, республика Бурятия) с целью выявления ключевых индикаторов, характеризующих отношение к здоровью среди сельского населения. В качестве основного метода использован компаративистский анализ, позволяющий сформулировать теоретико-методологические подходы к оценке здоровья и здорового образа жизни на селе.

Ключевые слова: сельское население, здоровый образ жизни, общественное здоровье, сельские территории.

The article is devoted to the review of available statistical data and the results of sociological studies conducted in rural areas of the Russian Federation (Kursk and Pskov regions, Republic of Buryatia) in order to identify key indicators that characterize the attitude to health among the rural population. The main method used is comparative analysis, which allows us to formulate

theoretical and methodological approaches to the assessment of health and a healthy lifestyle in rural areas.

Keywords: rural population, healthy lifestyle, public health, rural areas.

Для современного человека вопросы здоровом образе жизни стали наиболее острыми в период пандемии COVID-19. Каждый день нас призывают к правильному образу жизни всеми возможными способами, начиная с контента на телевидении, интернет-пространстве, и, закачивая продуктами питания в «здоровой и полезной» упаковке. Если раньше вопрос здоровья поднимался лишь на обследовании у врача, то на сегодняшний день интерес к теме правильного образа жизни растёт с каждым днём.

Социологические исследования, нацеленные на изучение отношения современного общества к здоровому образу жизни, становятся всё более актуальными. Исследователи выявляют разного рода факторы, непосредственно влияющие на стиль жизни не только отдельных категорий граждан, но и всего общества, рассматривают влияние социально-экономических, политических, духовных и даже психологических аспектов на отношение людей к здоровому образу жизни.

Изучая категорию здоровья, исследователи разделяют данное понятие на индивидуальное здоровье человека, где во внимание берутся такие индикаторы как возраст, уровень и образ жизни, наличие и состав семьи, уровень образования, наличие работы, уровень благосостояния, жилищные условия и т.д., а также общественное/популяционное здоровье, включающее в себя комплекс различных демографических индикаторов (например, характер окружающей среды, условия труда, величина реальной заработной платы, обеспеченность продуктами питания, одеждой и жильем, уровень развития здравоохранения и т.д.). Безусловно, природно-климатические факторы заслуживают отдельного внимания, поскольку они напрямую влияют на здоровье и качественное состояние населения, а также на его хозяйственную, бытовую, рекреационную и другие стороны жизнедеятельности. Оценивая здоровье населения, исследователи прибегают к использованию таких медико-социальных индикаторов как: уровень смертности, уровень рождаемости, количество заболеваний, продолжительность жизни, а также учитывают самооценку населения своего здоровья и самочувствия, удовлетворенности условиями и качеством жизни и желанием вести здоровый образ жизни [14].

Социально-экономический уровень жизни населения имеет первостепенное значение в оценке здоровья людей, их жизнедеятельности, благополучия и, что не маловажно, экономической производительности труда. На сегодняшний день, исследователями уделяется особое внимание проблеме повышения качества здравоохранения именно в сельской местности, поскольку, в рамках современной действительности, сельская

территория является важнейшим «ресурсом жизнеобеспечения (производство продовольствия), жизнедеятельности (условия и качество жизни в сельской местности), жизнеустройства (степень освоенности среды обитания) и воспроизводства населения, национальной культуры и менталитета» [Там же, с. 1065].

Естественно, образ жизни сельского населения имеет свои отличительные особенности в сравнении с укладом жителей городов в силу социально-экономического уровня развития сельской местности, а также социально-психологических отношений среди односельчан. К основным отличительным особенностям жизни в сельской местности, влияющим, в том числе на здоровье, можно отнести:

- отсутствие развитой инфраструктуры;
- ограниченность досуговой, культурной и других форм деятельности;
- занятость населения главным образом в аграрном секторе;
- ведение личных подсобных хозяйств;
- подчинённость труда ритмам и циклам года и т.д.

Сельские поселения характеризуются также элементами соседской общины, относительно стабильным составом жителей, тесными родственными и соседскими связями, размеренным и неторопливым ритмом жизни [8].

Забота о сохранении здоровья сельского жителя выражается в формировании системы поддержки, адекватной современным условиям демографии, экономики, культуры, медицины и управления. Здесь выявляется является достаточно серьёзная проблема, отставания индикаторов физического и психологического состояния сельского населения от аналогичных показателей горожан, и их устойчивое ухудшение.

Ряд исследователей находят этому следующее объяснение [14]:

1. Неблагоприятные условия труда и быта сельского жителя, связанные с минимальной защищённостью от воздействия неблагоприятных факторов. Работа с землёй, например, представляет особую опасность для человека – через почву передаются такие заболевания, как столбняк, токсоплазмоз, аскаридоз, кишечные инфекции.

2. Трудность в доступе к квалифицированной медицинской помощи ввиду удалённости населённого пункта и отсутствия транспортного регулярного сообщения с районным центром и городом.

3. Традиционализм жизненного уклада жителей сельской местности, порождающий лечение заболеваний народными средствами, а иногда и вовсе стремление скрыть заболевание из-за осуждения односельчан.

4. Интерпретация своего здоровья через призму бытовых представлений и т.д.

По данным Росстата на 2020 год сельское население РФ составляло 37,2 млн. человек, то есть 25% от населения всей страны [12], а число сельских поселений по субъектам РФ – 16,8 тыс. [13].

Исследуя вопросы, касающиеся укрепления здоровья, роста продолжительности жизни населения и сокращения смертности в контексте экологии человека, в 2017 году Росстат провел оценку качества и доступности для населения услуг в сфере здравоохранения и социального обслуживания (N=115155). С целью решения поставленных исследовательских задач в рамках сельской местности была сформирована целевая подвыборка, включающая 11 063 жителей сельской местности, где 44,6% составили мужчины и 55,4% – женщины [5; 6]. Ее результаты показывают, что менее половины опрошенных селян (40,3%) оценивают состояние своего здоровья как хорошее. Однако, сельское население гораздо реже обращается за медицинской помощью, нежели жители городов, причиной чего выступает низкая доступность медицинских услуг в сельской местности. Имея возможность получать медицинскую помощь бесплатно (наличие полиса ОМС), в 35,4% случаев селяне вынуждены оплачивать подобные услуги по причине отсутствия специалистов и оборудования в своей поликлинике, хотя только 13,6% селян могут позволить себе это сделать без дополнительных ограничений. При этом 60,9% опрошенных обеспокоены отсутствием оборудования и лекарств в поликлинике, 57% – нехваткой хорошо оснащенных больниц и поликлиник, а 39,8% – отсутствием специалистов нужного профиля. Длительное ожидание приезда, невозможность связаться с диспетчером, а также рекомендации по телефону вместо оформления вызова являются причинами неудовлетворённости 32,4% селян бригадами скорой помощи.

Бесспорно, низкая экономическая и территориальная доступность медицинских услуг ограничивают рост продолжительности жизни сельского населения и повышают смертность. Так, по данным Росстата за 2019 год смертность сельского населения РФ составила 496,6 тыс. человек, а естественная убыль – 130,9 тыс. человек [10]. Как показали результаты исследования, причиной нечастого обращения селян за медицинской помощью является её недоступность в сельской местности. Именно поэтому необходимо сосредоточить ресурсы государства на совершенствовании системы сельского здравоохранения в целях повышения эффективности оказания медицинских услуг, уровня удовлетворённости пациентов и соответственно качества жизни сельчан.

Обратимся к вторичным данным социологических исследований по интересующей нас теме. В конце 2020 года ВЦИОМ представил данные социологического опроса о том, каким россиянам запомнился 2020 год и чего они ждут от 2021-ого года [9]. Выделим наиболее показательные на наш взгляд данные. Так по результатам исследования, главным международным событием 2020 года россияне назвали пандемию

коронавируса COVID- 19 (42%), принятие поправок в Конституцию РФ и разработку первой в мире вакцины от COVID-19 (по 25% соответственно). Более половины опрошенных россиян (67%) согласились с тем, что в этом году было больше плохого, чем от него ожидали, столько же респондентов отметили, что год был очень тяжёлым для них и их семей, а каждый третий охарактеризовал 2020 год как «хороший» или «удачный». В топ-3 задач по улучшению системы здравоохранения в 2021 году, по мнению респондентов, входит: обеспечение пациентов доступными лекарствами (45%), укомплектование штатов медицинского персонала (39%), расширение сети фельдшерско-акушерских пунктов на селе и в малодоступных территориях (34%).

Наличие или отсутствие в сёлах или деревнях школ, детских садов, домов культуры, магазинов, медпунктов, а также удалённость от районного города имеют весомое значение в оценке уровня и качества жизни сельского населения. В связи с этим приведем данные опроса, проведенного в 2015 году в Псковской области среди сельских жителей (N=200), с целью оценки качества их жизни [8]. Как показали его результаты, более половины респондентов охарактеризовали себя как «бедные и малообеспеченные». Раскрывают эту характеристику следующие индикаторы:

– «условия жизни», где подавляющее большинство респондентов (77%) отметили, что проживают в домах с печным отоплением, имеют газ в баллонах и водоснабжение из колодца; почти все ведут личное подсобное хозяйство и имеют приусадебный участок; более половины (62%) считают, что состояние окружающей среды ухудшилось;

– «организация свободного времени и досуга», где сельяне указали, что свободное время посвящают просмотру телевизора, походам в лес, на рыбалку, посещению и приёму родных и друзей, а также клубным мероприятиям; почти половина опрошенных (47%) употребляют алкоголь;

– «развитие сельской инфраструктуры», где опрошенные отметили, что на территории сельских поселений, как правило, находятся магазины, кафе, почта, медпункт, клуб с библиотекой, здание волости, однако в некоторых деревнях нет школы и дошкольного образовательного учреждения, а 84% предложили развивать сельское строительство, сельский туризм, ремёсла и т.д.; к числу проблем данной территории псковитяне отнесли плохое использование земли, отсутствие рабочих мест, низкие доходы, несанкционированные свалки и недостаток культурных мероприятий.

Необходимо подчеркнуть, что наряду с выявлением проблем сельского населения, особое внимание уделяется их решению в связи с чем в Псковской области в 2018 году территории поселка Ямм был реализован социальный проект «Здоровое село», направленный на оздоровление всех жителей данного посёлка (N=950). Целью данного проекта являлось

формирование у жителей посёлка культуры здорового образа жизни и негативного отношения к вредным привычкам, а также привлечение внимания СМИ и власти к проблемам организации спортивного досуга в сельской местности на территории РФ. В ходе реализации проекта было выполнено обустройство спортивной площадки «Тропа здоровья» и проведено 27 мероприятий, направленных на формирование позитивных интересов в сфере досуга и здорового образа жизни у жителей посёлка всех возрастных категорий – дети и подростки, молодежь и студенты, пенсионеры. Планировалось, что в рамках данной программы, жители посёлка Ямм, используя полученные в ходе проекта знания и умения, будут наиболее инициативны и замотивированы к ведению активного образа жизни [11]. Необходимо отметить, что подобные проекты были реализованы и в сельских поселениях на территории Курской области [1-4].

В целом, для достижения более высокого уровня общественного здоровья предлагается создавать «школы здоровья», в рамках формирования которых будут задействованы как административные ресурсы системы здравоохранения, так и личные ресурсы самого сельского населения. Подобные «образовательные учреждения» представляют собой медицинские практики, как группового, так и индивидуального характера, целью которых будет «повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению того или иного заболевания, повышение приверженности пациентов к лечению для профилактики осложнений заболевания, улучшения прогноза и повышения качества жизни» [14, с. 1069]. На сегодняшний день особое место в политике государства занимает развитие так называемой восстановительной медицины, направленной на оздоровление больных из групп риска и на реабилитацию пациентов с распространёнными заболеваниями. В рамках развития сельского здравоохранения наиболее перспективным направлением выступает система телемедицины, которая «позволяет осуществлять информационно-телекоммуникационную связь и консультативную помощь врачам, работающим в сельской местности» [Там же].

Необходимо отметить, что в настоящее время ухудшаются индикаторы физического и психологического здоровья молодёжи: подрастающее поколение имеет проблемы с массой тела, ухудшением рациона питания, распространённостью вредных привычек (курение, употребление алкоголя, наркомания), эмоциональными и психологическими перегрузками и т.п. Общее состояние здоровья молодого поколения напрямую влияет на их образование, работу, физическое и культурное развитие, организацию досуга и отдыха и прочие сферы жизнедеятельности. Так, в ходе проведения анкетного опроса в селе Тарбагатай (республика Бурятия) в 2016 году (N=60) среди жителей в

возрасте от 16 до 21 года, целью которого являлось изучение отношения сельской молодёжи к здоровому образу жизни, были получены результаты, подтверждающие это [7]. По индикатору «распространенность вредных привычек» 68% опрошенных указали употребление алкоголя и курение как часть повседневной практики. В индикаторе «здоровый образ жизни»: 75% респондентов никогда не делали зарядку; 56% – уверены, что занялись бы спортом, если бы начали новую жизнь; 48,3% ответили, что можно обойтись без здорового образа жизни; 42% опрошенных соблюдают режим питания и ровно столько же – почти не тратят денег на приобретение витаминов и полезных продуктов питания (фрукты, овощи и т.д.); 24% – в свободное время занимаются спортом. Показательно, что на заключительный вопрос анкеты «Как Вы считаете, абсолютно здоровая нация это: ...», подавляющее большинство (81,6%) ответили, что это «иллюзия». Результаты проведённого исследования показали, что уровень позитивного отношения к ведению здорового образа жизни у сельской молодёжи недостаточно сформирован. В связи с этим, исследователи отмечают необходимость создания условий, в которых молодёжь будет иметь возможность обеспечить себе правильное питание и активный отдых, ведь здоровый образ жизни – это определённый навык человека, представляющий собой выполнение конкретных действий, направленных на укрепление и сохранение своего здоровья и профилактику болезней.

Безусловно, общий уровень культуры общества, экологическая обстановка, развитие социальной инфраструктуры села, обеспечение транспортной и экономической доступности медицины на должном уровне, а также достойный уровень здравоохранения населения оказывают значительное влияние на качество жизни людей, проживающих в сельской местности. Однако, не всегда всё зависит от тех или иных внешних проявлений, от медицины и врачей. Много зависит от населения, его отношения к своему здоровью, уровня культуры лечения, образа жизни и взглядов на сегодняшнюю действительность. Оптимизм, доброжелательность по отношению к другим людям и вера в лучшее многократно приумножают резервы здоровья и продлевают жизнь, тогда как агрессивность, разочарование, потеря смысла жизни и чрезмерные стрессовые нагрузки способствуют распространению вредных привычек и, соответственно, росту заболеваемости. Избавление от вредных привычек, больше движения и спорта, употребление экологически чистых продуктов, здоровый сон и многие другие «полезные» привычки сделают человека здоровее не только физически, но и психологически, а также станут причиной «тотального долгожительства» в сельской местности.

Изученные индикаторы показывают, что сохранение и здоровье населения – одна из наиболее актуальных задач современности. И важно, что при решении данной задачи наиболее эффективными направлениями будут: образовательные программы по сохранению здоровья населения, а

также реализация пропаганды здорового образа жизни и заботы о собственном здоровье и здоровье окружающих.

1. Андриянова Т.В. Демографический фактор управленческих решений как основа социокультурного развития региона // Социальная динамика населения и устойчивое развитие: II Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием; Москва, 10 октября 2019 г.; МГУ имени М.В. Ломоносова: Сборник тезисов / под общ. ред. А.И. Антонова. М.: МАКС Пресс, 2019. С. 18-21.

2. Андриянова Т.В. Организация работы с молодежью как основа реализации социальных проектов руководителями сельских учреждений культуры Курской области // Молодежь XXI века: образ будущего / Материалы научной конференции XIII Ковалевские чтения 14-16 ноября 2019 года. / Отв. редакторы: Н.Г. Скворцов, Ю.В. Асочаков. СПб.: Скифия-принт, 2019. С. 781-782.

3. Андриянова Т.В. Управленческие аспекты развития учреждений культуры региона. Курск: Курск.гос.ун-т, 2019.

4. Андриянова Т.В. Управленческие аспекты социальной политики региона: демография и семья // Современная семья: изменяющиеся смыслы и практики [Текст]: сб. научных трудов. Курск, КГУ, 13-14 мая 2019 г. Курск. гос. ун-т. Курск, 2019. С. 201-206.

5. Блинова Т.В., Вяльшина А.А., Русановский В. А. Отношение сельского населения к своему здоровью и доступности медицинской помощи // Экология человека. 2020. № 12. С. 52-58.

6. Выборочное наблюдение качества и доступности услуг в сферах образования, здравоохранения и социального обслуживания, содействия занятости в 2017 г. URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/quality17/index.html (дата обращения: 19.03.2021).

7. Думнова О.И. Особенности формирования здорового образа жизни сельской молодёжи. URL: <https://nsportal.ru/npo-spo/zdravookhranenie/library/2016/04/25/osobennosti-formirovaniya-zdorovogo-obraza-zhizni> (дата обращения: 20.03.2021).

8. Ефимова А.А. Образ жизни сельского жителя // Молодой ученый. 2015. №20 (100). С. 411-414.

9. Новости: Итоги 2020-го: события, люди, оценки, ожидания от 2021-го. Аналитический обзор. ВЦИОМ. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/itogi-2020-go-sobytija-ljudi-ocenki-ozhidaniya-ot-2021-go> (дата обращения: 25.03.2021).

10. Рождаемость, смертность и естественный прирост. Естественное движение населения. Росстат: 2019. URL: [https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/demo21\(1\).xls](https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/demo21(1).xls) (дата обращения: 20.03.2021).

11. Социальный проект «Здоровое село». URL: <https://президентскиегранты.рф/public/application/item?id=cda0316e-b2ec-4e2d-a638-f86ae1f66222> (дата обращения: 19.03.2021).

12. Численность населения. Демография. Росстат: 2020. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/demo11.xls> (дата обращения: 19.03.2021).

13. Число муниципальных образований по субъектам Российской Федерации на 1 января 2020 года. Росстат. URL: https://www.gks.ru/free_doc/new_site/bd_munst/1-adm_2020.xlsx (дата обращения: 19.03.2021).

14. Юрова И.Ю., Андриянова Е.А., Федорова Л.М., Масляков В.В. Проблема здоровьесбережения сельского населения современного российского общества // Фундаментальные исследования. 2014. № 7-5. С. 1065-1069.

**Верещагина А.В. (г. Ростов-на-Дону)
Герасимов М.В. (г. Ростов-на-Дону)
ФГАОУ ВО Южный федеральный университет**

МАССОВЫЙ СПОРТ КАК ИНДИКАТОР ЖИЗНЕННОЙ АКТИВНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ: ОЦЕНКА РОССИЙСКИХ РЕАЛИЙ

В статье обосновывается важнейшая функция массового спорта - развитие субъектности молодежи, реализация которой предполагает наличие двух условий: соответствующей для обеспечения включенности в спортивные практики социальной среды и инфраструктурной доступности. Анализ российской социальной реальности показал, что оба эти условия сформировались неравномерно в отношении различных групп молодежи. Наименее благоприятно они складываются для молодежь возрастного периода – 21-30 лет, ведущая социальная характеристика которой связана с периодом профессиональной самореализации. После окончания вузов молодежь переходит в профессиональную сферу, которая не сегментирована спортивной деятельностью, т.к. вся организационная структура массового спорта подчинена либо в строгом смысле слова коммерческим задачам, либо образована в форме имитационного продукта. В итоге, послевузовская молодежь находится за пределами любых организованных форм спортивной деятельности.

Ключевые слова: спорт, массовый спорт, молодежь, доступность спорта, спортивная инфраструктура, ценность спорта, здоровье.

The article substantiates the most important function of mass sports - the development of the subjectivity of young people, the implementation of which presupposes the presence of two conditions: appropriate to ensure inclusion in sports practices of the social environment and infrastructural accessibility. An analysis of Russian social reality showed that both of these conditions were formed unevenly in relation to various groups of young people. They are the least favorable for young people of the age period - 21-30 years old, the leading social characteristic of which is associated with the period of professional self-realization. After graduating from universities, young people move into the professional sphere, which is not segmented by sports activities, because the entire organizational structure of mass sports is subordinated either in the strict sense of the word to commercial objectives, or formed in the form of an imitation product. As a result, postgraduate youth are outside of any organized forms of sports activity.

Keywords: sports, mass sports, youth, accessibility of sports, sports infrastructure, value of sports, health.

Как известно, российское государство на протяжении последних лет осуществляет масштабное строительство, направленное на улучшение спортивной инфраструктуры, на повышение уровня здоровья молодого поколения. Результаты этой работы, хоть и приносят свои результаты, пока не позволяют отставить в сторону актуальные вопросы, связанные со снижением социального и физического самочувствия российской молодежи, с деградацией культуры здоровья российского населения в целом [3]. И результаты нашего социологического опроса также показали, что в этом направлении еще предстоит многое осмыслить, чтобы понять происходящее в сознании молодежи, в трансформации ее ценностей и ценности спорта как детерминирующей самосохранительные практики, в том числе.

Эмпирический инструментарий. 1) Массовый опрос российской молодежи (N = 866). Опрос проводился в режиме онлайн. Выборка исследования целевая, двухступенчатая (1 ступень - определение социальных сетей в качестве локализации опроса; 2 ступень - распределение статистических квот) квотная. Распределение квот для опроса целевой группы (сетевой молодежи) для каждой социальной сети осуществлялось в зависимости от охвата социальных сетей и составило: YouTube – 330 респондентов; Вконтакте – 309; Instagram – 107; Одноклассники – 87; Facebook – 33.

2) Экспертный опрос среди социально-профессиональных групп, представляющих науку и образование, спортивные организации и комитеты, органы государственной власти и местного самоуправления на Юге России (N=89 чел.).

Анализ эмпирического массива данных, полученных в ходе нашего исследования, позволил сделать вывод о том, что для полноценного

включения молодежи в спортивные практики в современной России недостаточно доступной спортивной инфраструктуры. Мнения опрошенных экспертов и респондентов можно свести к ряду позиций.

Во-первых, спортивных объектов и сооружений в России построили недостаточно для того, чтобы удовлетворить все потребности молодежи в спортивной деятельности. Длительное время в нашей стране, например, в 90-е годы, в области спорта практически ничего не строили, используя ресурсы, доставшиеся в наследство от советского прошлого. Неудивительно, что со временем этот ресурс оказался исчерпанным. Его восстановление потребовало от властей серьезных вложений. Как видно, их оказалось недостаточно. Поэтому наращивание строительства объектов для массового спорта уже с начала 2000 года превратилось в жизненную необходимость.

Во-вторых, значительная часть экспертов и пятая часть респондентов (молодежи) указали на то, что спортивные объекты и сооружения являются малодоступными вследствие высокой стоимости пользования ими. Это существенным образом снижает возможности молодых людей заниматься спортом. Надо понимать, что молодежь относится к той возрастной группе, которая еще не имеет устойчивого социального статуса, включая статус профессиональный. Ее доходы, как правило, ниже тех, что имеют представители более старших возрастных когорт. Следовательно, наличие актуализированных потребностей в спорте, а также соответствующих ценностных ориентаций у молодежи не обеспечивает ей включенность в мир спортивной жизни.

Отсюда актуальным является вопрос о том, какие меры, способные повысить доступность массового спорта для молодежи, видят эксперты (табл. 1).

Табл. 1

**Необходимые меры для повышения
уровня вовлеченности молодежи в занятия спортом**

Параметры оценки	Результаты, в ед.
Увеличить число спортивных объектов и сооружений	39
Увеличить количество бесплатных кружков и секций для занятий спортом	71
Проводить больше спортивных мероприятий, соревнований, являющихся доступными (бесплатными) для молодых людей	41
Улучшить систему подготовки кадров для спортивной отрасли	12
Повысить заработную плату спортивным педагогам и тренерам	22

Усилить пропаганду спорта и здорового образа жизни	42
--	----

Наиболее примечательным в полученных результатах является вовсе не повышение заработной платы спортивным педагогам и тренерам, как можно было ожидать от работников данной отрасли, многие из которых выступают в нашем опросе в роли экспертов. Частота выбора представленных вариантов четко коррелируется не с потребностями экспертов, а с необходимостью существенного увеличения возможностей для пользования спортивными объектами на безвозмездной основе. Да, большинство родителей готовы оплачивать своим детям платные секции. Но, во-первых, есть еще и меньшинство, которое просто не находит на это средств, а интересы их детей тоже нужно учитывать. Во-вторых, имеется еще одна группа молодежи, в возрасте 21-30 лет, которая уже не может рассчитывать на помощь своих родителей, но сама часто не имеет достаточного количества финансовых ресурсов, чтобы посещать платные спортивные секции. Второй по частоте избрания является опция «усилить пропаганду спорта и здорового образа жизни». Это необходимо в целях укрепления мотивации молодежи для занятий спортом, что предполагает формирование определенной системы ценностей, прочно укорененных в представлениях о том, что спорт должен иметь приоритетное значение для организации жизнедеятельности человека.

Выявленные проблемы с доступностью спортивных сооружений, безусловно, уже сыграли свою негативную роль, повлияв на возникновение индифферентности у молодежи к спорту. Соответственно, чем дальше будет игнорироваться проблема обеспечения доступности спорта, тем более необратимый характер приобретет возрастание ценностной индифферентности в отношении спорта. И, наконец, третий выбор в иерархии экспертов – «проводить больше спортивных мероприятий, соревнований, являющихся доступными (бесплатными) для молодых людей». Он тоже предельно очевиден. Массовый спорт, особенно для группы молодежи в возрасте 21-30 лет, крайне слабо институционализирован. Одна из главных проблем – практически полное отсутствие организованных соревновательных практик. Не проводятся турниры, чемпионаты, кубки, а если и проводятся, то или слишком формализовано, или в форме имитации, или на коммерческой основе, или в качестве разовой акции. Традиции массового спорта, которые поддерживались и развивались в советскую эпоху, разрушились вместе с распадом производственной и образовательной систем Советского Союза. Теперь это необходимо воссоздавать заново, если ставится цель сформировать у молодежи устойчивые спортивные ценности, ориентирующие её на развитие здоровой конкуренции, стремление

побеждать, умение дистанционно распределять силы, стратегически и перспективно мыслить, поддерживать на высоком уровне свое физическое состояние. Именно на это и обращают внимание эксперты.

Современная российская молодежь ориентирована, преимущественно, на конструирование и реализацию краткосрочных жизненных проектов [1], что подтвердилось и нашим исследованием в полной мере (55,9%), а потому мы обратились к мнению экспертов и попросили их оценить причины, препятствующие молодежи конструировать свое будущее на долговременную перспективу (табл. 2).

Табл. 2

Причины, препятствующие молодежи формировать образ своего будущего

Параметры оценки	Результаты, в ед.
Молодежь стремится жить одним днем, не желает «заглядывать» в будущее	36
Молодежь не может проектировать свое будущее в условиях современной российской реальности, наполненной неопределенностью, непредсказуемостью и рискогенностью	44
Молодежь не учит этому сейчас ни в семье, ни в системе образования	29
Молодежь не самостоятельна и в планировании своего будущего полностью полагается на взрослых (родителей, родственников)	28

В полученных данных, хоть они и отражают причинный комплекс негативных процессов, связанных с неумением (нежеланием) со стороны российской молодежи осуществлять жизненное проектирование, есть один позитивный сюжет. Из четырех переменных табл. 2 только одна («молодежь не самостоятельна и в планировании своего будущего полностью полагается на взрослых») выглядит как приговор, свидетельствующий о необратимости личностных изменений. Речь идет об инфантилизации сознания и поведения молодежи [2]. Между тем, эту переменную эксперты выбирали реже, чем те, негативное влияние которых преодолимо. Более того, наиболее популярным ответом среди молодежи о субъекте ответственности за реализацию жизненных планов стал выбор «сама молодежь». Это говорит о том, что у молодежи есть осознание того, кто должен быть наиболее активным актором в процессе социальной деятельности. Вопрос в другом: как сделать так, чтобы это осознание трансформировалось в источник действия? Здесь мы вновь обращаемся к

спорту. Его мы рассматриваем как один из факторов, который обладает соответствующими возможностями.

Полагаем, что спорт влияет на способность конструировать и реализовывать в социальных практиках жизненные проекты, преобразуя личностные характеристики молодежи, которые проявляются в совершенствовании её социальных, физических и психологических качеств.

К *социальным* можно отнести развитие самостоятельности, приобретение навыков систематической трудовой деятельности, улучшение коммуникабельности, приобретение социального капитала благодаря расширению контактов в мире спорта, появление чувства ответственности. Развитие *психологических* качеств личности осуществляется через приобретение уверенности в своих силах, умение четко распределять время и выстраивать распорядок дня; понимание того, что за достигнутые результаты дается вознаграждение; выработку навыков в достижении поставленных целей, воспитание упорства и настойчивости, обретение способности преодолевать трудности, появление уверенности в своих силах, возникновение навыка контролировать эмоции, развитие мотивационной сферы, умение поэтапно рассчитывать свои силы для достижения основной цели. Совершенствование *физических* характеристик личности выражается в обретении благодаря спорту высокого жизненного тонуса, сохранении и укреплении здоровья, повышении стрессоустойчивости [4].

Занятия спортом оказывают немаловажное значение на патриотические установки молодежи с точки зрения готовности покинуть Родину. В проведенном нами массовом опросе наиболее патриотичной с этой точки зрения выглядит занимающаяся спортом молодежь, что выводит на высокую духовную ценность спорта, которая влияет и на жизненные планы молодежи, ее отношение к стране, установки на выезд из страны. установка на то, чтобы уехать из России в случае представившейся возможности возрастает пропорционально снижению уровня активности в спорте: самая высокая она у тех, кто вообще не занимается спортом (44,2%).

В целом, из полученных результатов можно сделать вывод о том, что при наличии определенных условий: спортивной инфраструктуры, должной институционализации, бесплатных спортивных сооружений, – степень вовлеченности молодежи в занятия спортом ещё более возрастет. Решение этих проблем должно составлять пространство государственного интереса и самого общества, от которого немало зависит на уровне спортивно-воспитательной деятельности, реализуемой такими важными акторами социализации, как семья и образование [5].

1. Алиев Ш.И. Жизненное проектирование российской молодежи: региональная специфика и факторы риска: монография. Ростов-на-Дону: Фонд науки и образования, 2018. 351 с.
2. Демиденко А.С. Социальная инфантильность российской молодежи: специфика научного дискурса // Историческая и социально-образовательная мысль. 2018. № 3. С. 143-149.
3. Мавропуло О.С. Факторы кризиса культуры здоровья в современной России // Социально-гуманитарные знания. 2017. № 7. С. 131–137.
4. Kasyanov V.V., Lyubetsky N.P., Krotov D.V., Kosinov S.S., Gerasimov M.V., Mukhina K.S., Samygin S.I. Sport and value orientations of the youth // //Revista Inclusiones. 2019. Т. 6. № 2. С. 138-149.
5. Vereshchagina A.V., Gafiatulina N.K., Kumykov A.M., Stepanov O.V., Samygin S.I. Gender Analysis of Social Health of Students. Review of European Studies, 2015. Vol. 7. No. 7. Pp. 223-230. URL: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/res/article/view/48999>.

Солодухина Д.П. (г. Курск)
ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский
университет

ЗДОРОВЬЕСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

Статья представляет результаты социологического исследования здоровьесохранительного поведения 225 иностранных студентов-медиков в период распространения коронавирусной инфекции. Изучено соблюдение студентами мер профилактики COVID-19, таких как регулярное мытьё рук, использование дезинфекторов, ношение масок и перчаток, социальное дистанцирование. Проанализирован образ жизни студентов в период пандемии, в частности, особенности питания, соблюдение режима сна и отдыха, физическая активность, состояние психического здоровья.

Ключевые слова: поведение студентов, образ жизни, коронавирусная инфекция.

The article presents results of the survey on health-saving behavior of 225 international medical students during the spread of COVID-19. The work studies how properly students follow the recommended preventive measures like washing hands, use of disinfectants, wearing masks and gloves, keeping social distance. Also the research covers the aspects of students' life style during

pandemic, including dietary habits, sleeping regime, physical activities, mental health.

Key words: students' behavior, life style, coronoviral infection.

В 2020 году население многих стран столкнулось с проблемой распространения новой короновирусной инфекции. Для контроля заболевания власти разных стран вводили карантинные мероприятия, требовали соблюдение масочного режима, регулярное мытье рук, обработку рук и предметов быта антисептиками, социальное дистанцирование. Выполнение всех требований населением контролировали органы полиции и общественные структуры, средства массовой информации призывали население следовать предписаниям Роспотребнадзора и соблюдать противоэпидемические мероприятия. Однако не все всерьез восприняли угрозу эпидемии новой короновирусной инфекции, поэтому среди многих категорий населения самосохранительное поведение в отношении своего здоровья нарушалось и становилось рискованным как по отношению к себе, так и окружающим.

В уже имеющихся исследованиях поведения студентов в условиях пандемии авторы отмечают проблемы, характерные для студенческой популяции, в частности установки студентов о бесполезности ношения масок здоровыми людьми, отнесение себя к категории лиц с легким течением короновирусной инфекции [2, стр.66]. В литературе отражены данные о снижении физической активности студентов, находящихся на дистанционном обучении [3, стр.68]. Проводились попытки выделить модели поведения студентов в условиях риска [1, стр.76].

Цель исследования – оценить здоровьесохранительное поведение иностранных студентов-медиков, находящихся на территории Российской Федерации в период пандемии COVID-19. Студенты представляют собой высококомобильную группу населения, которая активно перемещается как внутри страны, так и между странами. Именно поэтому важно предотвратить вспышки новой короновирусной инфекции среди студенческой молодежи. Студенты-медики представляют собой особую группу риска, так как потенциально в ближайшем будущем будут контактировать с пациентами – возможными носителями и инфицированными COVID-19.

Материалы и методы. Было проведено социологическое исследование, охватившее 225 иностранных студентов из Индии (23,1%), Бразилии (28,5%), Нигерии (9,3%), Шри-Ланки (18,7%), Малайзии (20,4%). Время проведения исследования – апрель – сентябрь 2020 года. 56,4% опрошенных составили девушки, 43,6% - молодые люди. На момент опроса все студенты находились на территории РФ. Студенты представили случайную выборку 3-5 курсов, средний возраст студентов составил 23,6.

Результаты исследования. 51,1% студентов проживали в общежитии или в съемном жилье, имея при этом в собственном распоряжении комнату. Остальные 48,9% разделяли комнату с соседом по общежитию или в арендованной квартире. Таким образом, половина опрошенных в выборке находились в близком контакте со своим соседом, никто из опрошенных мер дистанцирования в комнате проживания не соблюдал.

Мы проанализировали соблюдение студентами гигиенических навыков – регулярное мытье рук в течение минимум 20 секунд. Среди опрошенных студентов 52,4% ответили, что всегда моют руки после посещения общественных мест или улицы, перед приготовлением или приемом пищи. 37,8% студентов признались, что не всегда моют руки с мылом, периодически забывают делать это даже после посещения общественных мест. Наконец, 9,8% студентов сказали, что не имеют такой привычки мыть руки с мылом, делают это редко, в исключительных случаях.

Наибольший риск передачи инфекции через невымытые руки представляют ситуации, когда человек трогает руками свое лицо, нос, рот, чешет глаза и т.д. В нашем опросе только 45,3% студентов помнят об этом предупреждении эпидемиологов и потому неукоснительно соблюдают меры предосторожности. 42,2% выполняют данное требование периодически, а 12,5% вообще не задумываются об этом, потому не соблюдают никаких мер профилактики.

Далее мы изучили вопрос использования дезинфекторов для обработки рук. 61,3% опрошенных заявили, что регулярно используют антисептики для очистки рук и обработки бытовых поверхностей. 24,9% студентов используют дезинфекторы периодически, нерегулярно. 13,8% никогда не используют дезинфекторы, главным образом, по причине нежелания тратить средства на этот товар.

Ещё один вопрос, актуальный для молодежи, – посещение публичных мест и друзей. 60,9% опрошенных во время пандемии старались избегать места массового скопления людей, не пользовались общественным транспортом и минимизировали социальные контакты. Тем не менее, 39,1% студентов признались, что не готовы полностью отказаться от посещения магазинов, кафе, других общественных мест.

Что касается ношения защитных масок, в этом вопросе большинство иностранных студентов очень дисциплинированы, 91,1% студентов ответили, что всегда носят маски в транспорте, общественных местах и даже на улице. Остальные могут нарушить правило в исключительных случаях. Относительно ношения защитных перчаток, только 19,6% студентов имеют их при себе и используют в магазинах и транспорте.

61,3% студентов строго соблюдают принцип социального дистанцирования, придерживаются линий разметки в общественных местах, 30% следуют принципам соблюдения безопасной дистанции

между людьми лишь в некоторых случаях, 8,7% студентов вообще не задумываются об этом и никаких ограничений не соблюдают.

Мы знаем, что состояние иммунной системы является важным показателем восприимчивости человека к короновирусной инфекции. Иммунитет человека зависит от его образа жизни, возраста, наличия хронических соматических заболеваний и психологического состояния. Именно поэтому в период пандемии важно соблюдать принципы здорового питания, правильного режима организации учебы и отдыха, быть физически активным.

В нашем исследовании студенты поделились информацией о питании и пищевых привычках в период пандемии. Большинство студентов никак не изменили их по сравнению с обычным периодом времени. Тем не менее, 7,8% самостоятельно студентов стали применять иммуномодуляторы, 8,4% - витаминно-минеральные комплексы и другие биологически активные добавки для укрепления иммунитета.

В целом, больше половины студентов (55,1%) отметили, что их питание разнообразно, богато свежими овощами и фруктами, мясом, молочными продуктами. 31,1% студентов не обращают большое внимание на свое питание, не следят за сбалансированностью рациона и объемом получаемых калорий, периодически ограничивают себя в тех или иных продуктах. 17,8% студентов вынуждены экономить на питании, поэтому не всегда позволяют себе свежие фрукты, мясо, рыбу. Более трети опрошенных не контролируют свое потребление сладкого, мучного, соли и фастфуда.

Что касается режима дня, соблюдения необходимой продолжительности сна и отдыха, более половины студентов (56%) оценили свой режим дня как правильный. Четверть опрошенных (25,3%) сказали, что у них сбит режим дня в сторону позднего отхода ко сну, так как утром нет необходимости идти на учебу. Остальные студенты отметили периодически возникающие проблемы как бессонница, беспокойный сон с частыми пробуждениями по ночам, вялость и желание спать в течение дня. Косвенно эти признаки могут указывать на депрессию, усталость, а также быть результатом низкой физической активности.

В нашем исследовании только 35,1% студентов оценили свой уровень физической активности в период пандемии как удовлетворительный, 38,2% посчитали его низким, а 26,7% студентов – неудовлетворительным, очень низким. Это обусловлено невозможностью посещать спортивные фитнес-центры в период пандемии, а также боязнью иностранных студентов перемещаться на далекие расстояния во время пеших прогулок по городу.

Также мы исследовали поведение студентов в отношении посещения торговых центров и супермаркетов. Чуть меньше половины опрошенных

(48%) активно пользуются интернет площадками для покупок и заказа продуктов на дом. 52% предпочитают самостоятельно ходить по магазинам, аргументируя этот выбор приятными эмоциями, сопровождающими процесс шопинга. В период пандемии молодым людям и девушкам не хватает физической активности, общения и новых впечатлений, поэтому поход в супермаркет иногда является единственной возможностью куда-то выйти из дома.

Наконец, мы попытались оценить психическое здоровье студентов. 65% опрошенных отметили у себя наличие эмоциональных проблем, периодически возникающие перепады настроения, чувство одиночества, печали, усталости. Только 17,3% студентов заявили у себя отличное психоэмоциональное состояние, тогда как 17,8% считают, что у них плохое психическое самочувствие, они подавлены, тревожны. Мы понимаем, что психическое здоровье обусловлено многими факторами, тем не менее, определенный вклад карантинной ситуации в ухудшение ментального здоровья очевидно.

Заключение. Таким образом, в целом, в исследуемой выборке около половины студентов можно отнести к категории поведения низкого риска в период распространения коронавирусной инфекции. Около 30% студентов имеют средний уровень риска, так как не всегда соблюдают здоровый образ жизни и нарушают превентивные меры. Наконец, почти 20% студентов имеют поведение высокого риска с несоблюдением элементарных правил профилактики. В связи с этим необходимо усилить меры просветительского характера среди иностранных студентов по внедрению здорового образа жизни и соблюдению профилактических мер в отношении распространения коронавирусной инфекции.

1. Ковальжина Л.С. Социальные практики здоровьесбережения и модели поведения студентов в условиях инфодемии COVID-19 // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. 2021. №1. С. 66-79.

2. Кондрашихина О.А. Представления студентов о коронавирусной инфекции и готовность выполнять противоэпидемические мероприятия в условиях пандемии COVID-19 (на примере использования средств индивидуальной защиты) // Мир педагогики и психологии. 2021. №2 (55). С.65-71.

3. Логинов С.И., Николаев А.Ю., Снигирев А.С. Триада факторов риска здоровья студентов в эпоху цифровизации образования и пандемии КОВИД-19 // Физическая культура: воспитание, гообразование, тренировка. 2021. №1. С. 67-69.

ЗНАЧЕНИЕ ТЕОРИИ КАПИТАЛОВ П. БУРДЬЁ В ИЗУЧЕНИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ПРАКТИК²

В статье рассматриваются методы, благодаря которым индивиды осуществляют здоровьесберегающие практики на основе теории капиталов французского социолога П. Бурдьё. Исследователь выделил формы капитала в соответствии с областью, в которой они функционируют: экономический, культурный и социальный. Согласно его убеждениям, замысел социального действия состоит в достижении определённой позиции в социальном пространстве. Принимая во внимание специфику конкретной ситуации, индивиды используют различные виды капиталов. Также производится анализ понятия «здоровьесберегающие практики» и даётся авторское определение, где они представлены как совокупность действий, направленные на сохранение и улучшение здоровья, основанные на возможностях индивида с целью достижения определённого социального качества. На характер действий индивида оказывает влияние общество, в которой он функционирует. Поскольку индивиды в ходе социализации встречаются с негативными практиками других людей и могут их воспроизводить, то важно содействовать сохранению и развитию положительных моделей поведения.

Ключевые слова: здоровьесберегающие практики, формы капитала, культурный капитал, социальный капитал, экономический капитал.

The article discusses the methods by which individuals carry out health-saving practices based on the theory of capital of the French sociologist P. Bourdieu. The researcher identified the forms of capital in accordance with the field in which they function: economic, cultural and social. According to his beliefs, the idea of social action is to achieve a certain position in the social space. Taking into account the specifics of a particular situation, individuals use different types of capital. The author also analyzes the concept of "health-saving practices" and gives the author's definition, where they are presented as a set of actions aimed at preserving and improving health, based on the individual's capabilities in order to achieve a certain social quality. The nature of an individual's actions is influenced by the society in which he functions. Since individuals in the course of socialization encounter negative practices of other people and can reproduce them, it is important to promote the preservation and development of positive behaviors.

² Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-311-90089 «Социальные практики здоровьесбережения молодёжи в условиях трансформации российского общества».

Keywords: health-saving practices, forms of capital, cultural capital, social capital, economic capital.

Здоровье является одним из базовых показателей, отражающих обстановку и социальные изменения в обществе. В научной литературе имеется немало количество исследований, касающихся вопросов здоровья. Однако, понятие «здоровьесберегающие практики» не так часто фигурирует в научной литературе и требует уточнения в содержательном плане.

На данном этапе работы обозначим содержание понятия «здоровьесберегающие практики» для осуществления последующего анализа в рамках теории П. Бурдьё. Составной частью ключевого понятия работы «здоровьесберегающие практики» является здоровьесбережение. Важно выявить специфику идеи здоровьесбережения с точки зрения социологической науки, поскольку в научной литературе имеется ряд понятий близких к нему в содержательном плане. Среди таких понятий следует выделить: здоровый образ жизни, здоровый стиль жизни, самосохранительное поведение, культура здоровья и т.д.

Обратимся к существующим трактовкам понятия «здоровьесбережение» в ряде исследований. А.М. Козин отмечает: «здоровьесбережение в современных научных исследованиях рассматривается в двух основных аспектах: ортобиотическом – как сознательно осуществляемая деятельность, направленная на сохранение всех компонентов индивидуального (собственного) здоровья, и валеологическом – как деятельность педагогов, направленная на создание условий, способствующих укреплению и сохранению здоровья обучающихся (студентов, воспитанников)» [2, с. 29]. Как мы видим, оба определения даны на базе деятельностного подхода, но во втором случае упор делается на педагогические технологии.

Также имеются работы, где понятие «здоровьесбережение» рассматривается в ракурсе институционального подхода. В частности, Т.Л. Лепихина и А.В. Пепеляева пишут: «здоровьесбережение – это совокупность политических, экономических, социальных, правовых, медицинских, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и культурных норм и правил, которые обеспечивают рациональное потребление «капитала здоровье» и его эффективное воспроизводство» [3, с. 51]. Таким образом, мы обнаруживаем в научной литературе наличие многообразия в определении понятия «здоровьесбережение», которое связано с применением исследователями различных научных подходов.

Для определения специфики понятия «здоровьесбережение» необходимо также обратить внимание на семантические свойства двух лексем, из которых оно состоит: «здоровье» и «сбережение». «Здоровье» в социологическом энциклопедическом словаре определяется как

«состояние человеческого организма как живой системы, характеризующееся полной ее уравновешенностью с внешней средой и отсутствием каких-либо выраженных изменений, связанных с болезнью [4, с. 87].

В.И. Даль в толковом словаре живого великорусского языка слово «сбергать» определяет следующим образом: «сохранять, беречь в целости, в запас, не тратить; беречь от растраты» [5]. То есть осуществление действий по сбережению предстает в виде рациональной стратегии, при которой человек задумывается о своём положении в будущем. Если рассматривать время как ресурс, то человек при сбережении здоровья диверсифицирует его для обеспечения в перспективе лучшего состояния с той целью, которую он изначально определил для себя.

Категория «практика» является предметом изучения ряда общественных наук: философия, политология, культурология, где имеются конкретные традиции его осмысления. В социологической науке также представлены определенные подходы, которые раскрывают суть этого понятия.

Основываясь на вышеперечисленных теоретических положениях, мы определяем здоровьесберегающие практики как совокупность действий, направленные на сохранение и улучшение здоровья, основанные на возможностях индивида с целью достижения определённого социального качества.

Теперь остановимся на сущности каждого капитала и роли, которую они играют в реализации здоровьесберегающих практик. Экономический капитал включает в себя экономические ресурсы (товары, деньги, обладание собственностью), которые агент может применить для достижения определённых целей, в том числе и для улучшения своего здоровья [1, с. 60]. Доступ к здоровьесберегающим благам (медицинская помощь, осуществление здорового питания, спортивные тренировки на платной основе) во многом зависит от имеющихся у индивида экономических ресурсов. Семьи или отдельные индивиды, испытывающие проблемы с доходами, в некоторых случаях будут проживать в местах с ограниченным доступом к здоровому питанию, возможностями трудоустройства и качественным образовательным учреждениям. Значительное расхождение в состоянии здоровья прослеживается между людьми с самыми высокими и низкими доходами.

Составляющими культурного капитала являются образование, положение учебного заведения, значимость его дипломов. П. Бурдьё представляет культурный капитал в трёх состояниях: 1) в рамках инкорпорированного состояния культурного капитала подчеркиваются компетенции, навыки, которые были приобретены индивидами и неразрывно связаны с ними, то есть люди являются физическими

носителями различных знаний; 2) объективированное состояние связано с представлением культурного капитала в материальных предметах. В качестве примеров культурного капитала в объективированном состоянии можно привести книги, картины, письменные документы, инструменты и т.д.; 3) институционализированный культурный капитал охватывает формальное признание культурного капитала [1, с. 60]. Признание выражается в присвоении индивиду аттестатов, дипломов и званий, благодаря чему человеческий капитал обретает принципиально оригинальные свойства.

Представляется, что более высокий уровень образования может привести к увеличению регулирования собственного поведения. В такой ситуации формирование компетенций (коммуникативных, образовательных, информационных) играет особую роль в реализации здоровьесберегающих практик.

Описывая социальный капитал, П. Бурдьё говорит о средствах, которые связаны с принадлежностью человека к определённой социальной группе. Исследователь формулирует социальный капитал как «совокупность реальных или потенциальных ресурсов, связанных с обладанием устойчивой сетью более или менее институционализированных отношений взаимного знакомства и признания» [1, с. 66].

Безусловно, принадлежность индивида к высшему классу открывает для него широкие возможности в достижении целей, а незначительный уровень социальных связей оказывает отрицательный эффект на состоянии индивида. При нахождении в условиях социальной изоляции может наблюдаться незначительный репертуар действий, направленных на сохранение и улучшение своего здоровья, что, в свою очередь, повышает риск отрицательных исходов в отношении здоровья. Однако, значение отрицательных исходов в данном случае зависит от степени изолированности индивида от других индивидов или социальных групп. В большинстве случаев отторжение индивида от всего общества является худшим сценарием. Выделим некоторые моменты в рамках социальной изоляции, которые иллюстрируют отрицательную динамику в отношении здоровья:

- отсутствие связей с другими индивидами обуславливает недостаточную социальную поддержку, что может служить основой для возникновения стрессовых ситуаций;

- низкий уровень социальных контактов не способствует в должной мере трансляции и получению информации, а такое положение дел ограничивает жизненные шансы индивида.

Уровень социально-экономического положения во многих экономически развитых государствах мира повышается, тем не менее, более высокие темпы прогрессивного развития увеличивают неравенство в

плане здоровья. Преобразования социально-экономической обстановки могут повлечь за собой чувство незащищенности у определённых групп населения. Им становится сложнее адаптироваться к принципиально новым социально-экономическим изменениям. Формирование равных социально-экономических условий для всех жителей конкретного государства, представляется затруднительной задачей, которая не всегда может быть реализована с успехом. Для реализации данной цели важно создать условия для защиты различных социальных групп, уменьшить их уязвимость [6, с. 33].

Таким образом, обобщая теорию П. Бурдьё, отметим, что замысел социального действия состоит в достижении определённой позиции в социальном пространстве. Принимая во внимание специфику конкретной ситуации, индивиды используют различные виды капиталов. В содержательном плане ключевыми элементами здоровьесберегающих практик выступают: возможности, снижение рисков, социальное качество. Возможности, которыми обладает индивид помогают ему достичь целей в различных направлениях жизни. Поскольку существуют здоровьеразрушающие формы активности, закреплённые в обществе в том или ином виде, то важным моментом для индивида становится уменьшение воспроизводства этих негативных действий и увеличение реализации качественных практик, следовательно, будет наблюдаться минимизация рисков в отношении здоровья. Положительное состояние человека отражается на его функционировании в обществе и взаимодействии с другими людьми, и помогает ему состояться в обществе в успешном качестве.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-311-90089 «Социальные практики здоровьесбережения молодёжи в условиях трансформации российского общества».

1. Бурдьё П. Формы капитала (перевод М.С. Добряковой под науч. ред. В.В. Радаева). Экономическая социология. 2002. Т. 3. № 5. С. 60-74.

2. Козин А.М. Теоретическое осмысление психологических аспектов самореализации личности в сфере здоровьесбережения. Вестник ЮУрГУ. Серия: Образование. Педагогические науки 2011; (13): 28-35.

3. Лепихина Т.Л., Пепеляева А.В. Анализ взаимодействия формальных и неформальных правил в формировании института здоровьесбережения // Национальные приоритеты и безопасность. – 2012. – № 15 (156). – С. 50–59.

4. Социологический энциклопедический словарь. На русском, английском, немецком, французском и чешском языках. Редактор-

координатор – академик РАН Г.В. Осипов. – М.: Издательская группа ИНФРА М – НОРМА, 1998. – 488 с.

5. Толковый словарь живого великорусского языка: В 4 т. / В. Даль. - Репр. воспроизв. изд. 1912-1914. - М.: Цитадель, 1998.

6. Savičiūtė R., Juozulynas A., Jurgelėnas A., Venalis A. Relation of social and economic factors to health policy // ACTA MEDICA LITUANICA. 2012. Vol. 19. No. 1. P. 31–36. Lietuvos mokslų akademija, 2012.

**Сахно А.Ю., Чуйков О.Е. (г. Курск)
ФГБОУ ВО Курский государственный
медицинский университет Минздрава России**

ОПЫТ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ УНИВЕРСИТЕТАХ

Эпидемиологическая ситуация, связанная с вирусом COVID-19, заставила весь мир посмотреть по-новому на все области жизнедеятельности человечества. В статье рассмотрены методы и способы организации дистанционного образования (ДО) в медицинских университетах в период пандемии.

Ключевые слова: дистанционное образование; пандемия; университет; проблемы; обучение; студенты.

The epidemiological situation associated with the COVID-19 virus made the whole world look in a new way at all areas of human life. The article considers methods and methods of organization of distance education (DD) in medical universities during the pandemic.

Keywords: distance education; pandemic; university; problems; training; students.

С приходом пандемии все ВУЗы страны перешли на дистанционный формат обучения. Был изменён порядок объёма материалов, активно внедрялись способы электронного обучения. Прежде известные цифровые технологии проходили проверку на прочность, в связи с увеличенным в разы количеством пользователей, одновременно использующими их ресурсы [1,2]

Цель исследования: на примере нескольких российских медицинских вузов (Приволжском исследовательском медицинском университете (ПИМУ), Первом Московском медицинском университете имени И. М. Сеченова (Сеченовский Университет), в Нижегородском государственном университете имени Н. И. Лобачевского (Университет Лобачевского) и в Курском государственном медицинском университете

(КГМУ)) выявить методы и способы обучения студентов в период пандемии[6].

С началом пандемии, в марте 2020 года, Приволжский исследовательский медицинский университет (ПИМУ) начал проводить лекции на дистанционной основе [2,3], существенно увеличилась необходимость в форме онлайн - обучения и проверке полученных знаний. В сложившейся ситуации для оптимизации условных взаимодействий с учащимися на первом этапе был протестирован обширный диапазон известных информационных инструментов, который насчитывал примерно 20 программных товаров. Во время применения некоторых из них, возникли технические трудности, главным образом из-за большого количества единовременно находящихся на сайте пользователей, в следствии чего, происходили сбои.

Управленческим составом ВУЗа было проведено заседание, на нём обсуждались вопросы оптимизации дистанционного обучения, итог которого дал возможность выработать целостные подходы и создать идеальную интернет-платформу. В дальнейшем сайт предоставил возможность полноценно применять способы дистанционного обучения, организовать абсолютную посещаемость, проводить практические занятия и проверять полученные студентами знания.

Общение студентов с преподавателями проводилось с помощью мессенджеров. Бесценным средством связи являлась электронная почта, через неё любой студент мог связаться с нужным педагогом используя его e-mail. Значимым источником информации для обучающихся и педагогов служил электронно-библиотечный комплекс, был предоставлен свободный доступ для изучения необходимой литературы в онлайн режиме [4,6]. Для студентов была разработана «Виртуальная полка» с мультимедийными учебными пособиями и научные издания для разных курсов [5].

Обучающиеся Сеченского Университета были переведены на дистанционное обучение с 16 марта 2020 года. Университет организовал работу обучающихся и педагогических работников посредством электронной информационно-образовательной среды. Единый образовательный портал Сеченского Университета заработал на новой платформе, активно обновлялся контент, при этом сохранялось право преподавателей использовать любые ресурсы (мессенджеры, почты, корпоративные площадки) для коммуникации по освоению образовательной программы. Всем обучающимся были созданы необходимые условия для комфортного дистанционного обучения и личностного роста.

Профессорско-преподавательский состав кафедр Вуза в кратчайшие сроки разработал онлайн – платформы, где размещались все необходимые учебные материалы на русском и на английском языках. В открытом доступе для студентов на сайте были лекции, ссылки на учебный материал,

ситуационные задачи. С целью контроля успешности усвоения информации студенты регулярно проходили тестирования, отправляли ответы на задания своим преподавателям, выходили с ними на связь в онлайн-режиме, как с использованием образовательного портала, так и других интернет-ресурсов, к примеру: Zoom, Skype и т.д. [7].

Для реализации дистанционного обучения в Университете Лобачевского применялись различные технологические решения и сервисы. Большинство систем ВУЗа работало через единый корпоративный логин и пароль, для входа в него необходимо было зарегистрироваться на едином сайте login.unn.ru и получить доступ. Сайт включал в себя информационные сведения, касающиеся образовательного процесса университета. Ключевой задачей портала было предоставление современных способов обмена информацией между педагогами и студентами.

Все материалы, относительно дистанционного обучения, размещались на сайте source.unn.ru, студентам была доступна прямая ссылка на него. Этот интернет-ресурс содержал сведения о предстоящих онлайн-вебинарах, материалы лекций, практических заданий, которые выкладывали преподаватели каждый по своему предмету [8].

На дистанционное обучение студенты КГМУ перешли 23 марта. Удалённое образование предполагало непрерывное взаимодействие обучающихся и преподавателей через вход в электронную информационно-образовательную среду на платформе Moodle, а также мобильные мессенджеры и электронную почту. Инструкции для работы с порталом были размещены в разделе «Цифровой КГМУ» на официальном сайте университета kurskmed.com. Образовательный портал университета давал возможность изучать предметы на двух языках: русском и английском. Вход в Moodle позволял посещать электронную библиотеку ВУЗа с доступом к десяткам крупнейших научных и медицинских онлайн-ресурсов России и Европы [9].

Невзирая на проблемы, сложившиеся в первое время при переходе на дистанционное обучение, студенты и преподаватели университетов с пониманием отнеслись к нововведению. Дистанционная форма образования имеет как плюсы, так и минусы. Среди плюсов студенты отмечают экономию средств и времени на переезды, удобство обучения в домашней обстановке, возможность выбора предпочтительного ритма освоения учебного материала, повторение изученного, общедоступность информационных ресурсов. Минусы дистанционного образования в медицинских университетах делятся на несколько групп. Первоначально, само дистанционное образование в профессии врача неприемлемо, т. к. здесь требуются практические навыки (осмотр пациента, диагностика, лечебные процедуры и т. д.), чего невозможно освоить качественно на дистанционном обучении, даже при помощи обширного интернет-

пространства. Весомым недостатком ДО является отсутствие прямого контакта между педагогом и студентом и навыков работы в команде.

Технические проблемы ДО связаны с тем, что каждый студент и педагог должен иметь дома всё необходимое компьютерное оборудование с постоянным выходом в Интернет, обладать достаточными навыками пользования компьютерной техникой и программным обеспечением. Но самая главная проблема заключается в неспособности сайтов выдерживать такое количество интернет-пользователей.

Дистанционное образование сыграло значимую роль при обучении студентов медицинских университетов в период пандемии. Предшествующий опыт ДО дал возможность эффективно сконструировать современный вид формирования образовательного механизма. Однако, нынешний показатель компьютерных методик не в состоянии всецело компенсировать преимущества очного обучения будущих врачей, главным образом в части выработки профессиональных практических навыков.

Исходя из собственного опыта, как студента медицинского ВУЗа, считаю традиционное обучение лучше, чем электронные ресурсы. Дистанционное образование, не может заменить практическую часть обучения, которая является важной для будущего медицинского работника.

1.Абрамов А.П., Чуйков О.Е. Социология управления: учебное пособие. – 2-е изд., с исп. и доп. – Курск: Изд.- во ЗАО «Университетская книга», 2019. – 305с.

2. Каменева Т.Н., Конищева Е.В., Надуткина И.Э., Селюков М.В., Шалыгина Н.П. Влияние жизненных затруднений на здоровье педагогов высшей школы [Текст] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. –№28, С. 748–753.

3. Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 14 марта 2020 г. № 397 «Об организации образовательной деятельности в организациях, реализующих образовательные программы высшего образования и соответствующие дополнительные профессиональные программы, в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» [Электронный ресурс] UTR:<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73645128/>(дата обращения: 20.03.2021 г.)

4.ТОП-5 лучших бесплатных мессенджеров 2019 года The Progs.ru // THEPROGS.RU [Электронный ресурс] URL: <https://theprogs.ru/top-5-luchshix-besplatnyx-messendzherov2019-goda> (дата обращения: 20.03.2021 г.)

5. Электронно-библиотечная система [ibooks.ru](https://pimunn.ru/tpost/t3vdgbesag-elektronno-bibliotechnaya-sistema-ibooks) открывает бесплатный доступ [Электронный ресурс] URL: <https://pimunn.ru/tpost/t3vdgbesag-elektronno-bibliotechnaya-sistema-ibooks> (дата обращения: 20.03.2021 г.)

6. «Виртуальная полка» на сайте научной библиотеки [Электронный ресурс] URL: <https://pimunn.ru/tpost/zubvu89y0s-virtualnaya-polka-na-saite-nauchnoi-bibl> (дата обращения: 20.03.2021 г.)

7. Чуйков О.Е. Государственные муниципальные услуги. - Курск, 2017.

8. Официальный сайт Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова // www.sechenov.ru (дата обращения: 24.03.2021 г.)

9. Официальный сайт Нижегородского государственного университета имени Н. И. Лобачевского // www.source.unn.ru (дата обращения: 24.03.2021 г.)

10. Официальный сайт Курского государственного университета // <https://kurskmed.com> (дата обращения: 30.03.2021 г.)

Секция «ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ И ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ: ТРАДИЦИОННЫЕ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРАКТИКИ САМОРЕГУЛЯЦИИ».

**Алфимова К.А. (г. Курск)
Грибовская И.А. (г. Курск)
ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России**

ВЛИЯНИЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ТЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

В статье представлены зарубежные и отечественные научные данные о табакокурении как факторе восприимчивости к инфицированию COVID – 19. Также приведена содержательная характеристика влияния данной вредной привычки на лечение и исход новой коронавирусной инфекции не только среди молодежи, но и старшего поколения.

Ключевые слова: табакокурение, молодежь, коронавирусная инфекция, социальная проблема.

The article presents foreign and domestic scientific data on tobacco smoking as a factor of susceptibility to COVID – 19 infection. The article also provides a meaningful description of the influence of this bad habit on the treatment and outcome of a new coronavirus infection not only among young people, but also among the older generation.

Key words: tobacco smoking, youth, coronavirus infection, social problem.

На сегодняшний день табакокурение – это социальная проблема развитого общества, которая затрагивает как курящих, так и некурящих людей. Табакокурение является основным фактором риска различных заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистых, бронхолегочных и онкологических. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) табак убивает более 8 миллионов человек во всем мире каждый год. При этом 7 миллионов из этих смертей связаны с прямым употреблением табака, а около 1,2 миллиона – из-за воздействия вторичного табачного дыма на некурящих [4].

Новая коронавирусная инфекция представляет собой тяжелый острый респираторный синдром, вызаемый новым штаммом коронавируса — SARS-CoV-2, главной мишенью которого является преимущественно дыхательная система организма, а именно легкие.

Анализируя публикации о влиянии табачного дыма на заболеваемость COVID-19, ВОЗ сделала заявление о том, что табакокурение негативно воздействует на функционирование бронхолегочного аппарата и затрудняет борьбу организма с коронавирусом. Согласно ВОЗ, имеющиеся научные данные показывают, что курильщики в большей степени подвержены риску развития тяжелых форм COVID-19 и смерти от этого заболевания [4].

Ретроспективный анализ научных исследований зарубежных коллег показывает, что взаимосвязь между употреблением табака и инвазивностью COVID – 19 сложная и противоречивая. Ранее считалось, что употребление табака уменьшает активность рецептора ангиотензинпревращающего фермента - 2 (АПФ-2) через который COVID-19 способен проникнуть в клетки макроорганизма. Однако позже было доказано, что курение способно повысить активность данного рецептора и, тем самым, повышает риск развития коронавирусной инфекции [1,2,4].

По данным группы китайских ученых Liu W. et al., в числе пациентов, у которых COVID-19 прогрессировал, доля курящих в анамнезе была достоверно выше, чем в группе выздоровевших: 27,3% и 3,0% соответственно. При этом вероятность прогрессирования болезни была в 14 раз выше у курящих пациентов [3].

В одной из публикаций журнала Tobacco Induced diseases (март 2020 г.) представлены пять исследований, характеризующих данные о статусе курильщиков, инфицированных COVID-19. Результаты исследований показали, что у табакзависимых в 1,4 раза чаще отмечались серьезные симптомы COVID-19. Помимо этого, курильщики практически в 2,4 раза чаще поступали в отделение интенсивной терапии, нуждались в ИВЛ или скорострительно умирали по сравнению с некурящим [1].

Смертность от тяжести течения и осложнений от новой коронавирусной инфекции в Китае была выше у мужчин молодого возраста (4,7%), чем женщин (2,8%), что отражает большую разницу между курящими мужчинами и женщинами в Китае (курят 52,1% мужчин и 2,7% женщин).

По данным Европейского центра профилактики и контроля заболеваний смертность и случаи тяжелого течения COVID-19 были в 2,7 раза выше у молодых мужчин. Кроме того, тяжелое течение заболевания и неблагоприятные исходы чаще встречались у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, хронической обструктивной болезнью легких, диабетом, онкологическими заболеваниями, риски развития которых увеличивались с числом выкуриваемых в день сигарет и с длительностью никотинзависимости [3].

В одном из исследований отечественных коллег, проведенных на базе инфекционного отделения стационара ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И.Мечникова» МЗ РФ участвовало 79 пациентов в возрастной когорте от 25 до 73 лет инфекционного отделения COVID-19 с двусторонней полисегментарной пневмонией. В ходе исследования были выделены группы пациентов: «некурящие» и «курящие». Из всех обследуемых доля женщин составила 45,6% - 36 человек, а мужчин 54,4% - 43 человека. При этом среди лиц, курящих было 71,1% мужчин - 32 человека и лишь 28,9% женщин – 13 человек. При оценке тяжести состояния больных использовались протокол оценки тяжести состояния NEWS (версия на 20.04.2020), показатели компьютерной томографии органов грудной клетки, термометрии и анализ С-реактивного белка. В ходе исследования выяснилось, что курящие пациенты переносят COVID-19 в тяжелой и крайне тяжелой форме значительно чаще, чем некурящие – 44,7% и 4,7% соответственно (уровень значимости – $p < 0,001$) [2].

Потребление электронных сигарет, вейпов, а также кальянов среди молодежи столь же опасно с точки зрения инфицирования коронавирусом и развития тяжелых последствий, как и курение. Электронные сигареты содержат такие химические вещества, как пропиленгликоль, глицерин и ароматизаторы, и эти химические вещества способны проникать глубоко в легочную ткань, повреждая ее, что опасно при инфекции COVID-19, также поражающим паренхиму легких.

Эксперты Центра по контролю и профилактике заболеваний США связывают молодеющую статистику случаев COVID-19 в США с популярностью электронных сигарет и вейпинга среди молодежи, как фактора, способного ухудшить состояние инфицированных. По данным Центра в США каждый четвертый подросток пользуется электронными сигаретами. Научные сотрудники американского Центра предупреждают молодое поколение о возможном развитии заболевания, угрожающего жизни молодого организма. Это так называемая патология EVALI,

характеризующаяся серьезным поражением легких, обусловленное использованием вейпов и электронных сигарет. Поскольку доказано, что не только курение, но и вейпинг опасны для легких и дыхательных путей, эксперты считают, что потребление электронных сигарет молодыми людьми, также может усугублять симптомы COVID-19.

Доказано, что использование электронных сигарет снижает активность генов иммунного и воспалительного ответа в клетках слизистых верхних дыхательных путей, причем, даже в большей степени, чем курение. Следовательно, их нельзя рассматривать в качестве менее опасной альтернативы табакокурению сигарет [1].

Подводя итог вышесказанному, следует вывод, что курящие имеют более тяжелое течение и неблагоприятные исходы COVID-19 по сравнению с некурящими больными, которые обусловлены, в том числе, снижением функции легких, наличием хронических заболеваний, ассоциированных с табакокурением (в частности, ХОБЛ, сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний). Следует отметить, что течение заболевания также зависит от возраста самого пациента. Так, организм некурящего молодого человека, намного быстрее справится с вирусной инфекцией, чем организм пожилого человека. В связи с этим отказ от потребления табака может снижать риски тяжелого течения и неблагоприятного исхода COVID-19.

Имеющаяся на сегодняшний день никотиновая заместительная терапия, такая как жевательная резинка и пластыри, разработана, чтобы помочь курильщикам бросить курить. ВОЗ рекомендует курильщикам незамедлительно принять меры к тому, чтобы бросить курить, используя проверенные методы, такие как бесплатные телефонные линии для отказа от курения, мобильные программы обмена текстовыми сообщениями и никотинзамещающие препараты [1].

Таким образом, табакокурение среди молодежи опасно и вредно для здоровья, особенно в аспекте новой коронавирусной инфекции. На сегодняшний день нет каких-либо доказательств, свидетельствующих о том, что курение защищает от COVID-19. По рекомендациям экспертов, отказ от курения — неотъемлемая часть борьбы с COVID-19.

1. Гамбарян М. Г., Драпкина О. М. Курение табака и COVID-19: старый враг в новом облики. Обзор текущей научной литературы // КВТиП. – 2020. – №3. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kurenie-tabaka-i-covid-19-staryy-vrag-v-novom-oblichii-obzor-tekushey-nauchnoy-literatury> (дата обращения 25.03.2021)

2. Панасюк Э.И., Агурбаш А.Н. Сравнительная оценка тяжести заболевания COVID-19 у курящих пациентов // Медицина и

здравоохранение в современном обществе. – 2020. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43793411> (дата обращения 25.03.2021).

3. Яблонский П.К., Суховская О.А. Влияние табакокурения на исходы и осложнения после операций коронарного шунтирования // РКЖ. – 2018. – №1. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-tabakokureniya-na-ishody-i-oslozhneniya-posle-operatsiy-koronarnogo-shuntirovaniya> (дата обращения 25.03.2021).

4. WHO statement: Tobacco use and COVID-19 2020 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/news-room/detail/11-05-2020-who-statement-tobacco-use-and-covid-19>, свободный. – (дата обращения 25.03.2021).

Бурцева М.Д. (г. Курск)
ФГБОУ ВО Курский государственный университет

ЦЕННОСТЬ ЗДОРОВЬЯ В РЕПРЕЗЕНТАЦИИ СТУДЕТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

В современном мире одной из актуальных проблем является поддержание здорового образа жизни у молодежи. Студенты медицинских вузов особенно должны сохранять и укреплять уровень своего физического здоровья. В статье рассматриваются ценностные предпочтения молодежи медицинского вуза.

Ключевые слова: ценностные предпочтения, здоровый образ жизни, профилактика, студенческая молодежь.

One of the important problems in the modern world is maintaining a healthy lifestyle among young people. Medical students should specifically maintain and strengthen their level of physical health. The article is devoted to the value preferences of young students of the medical university.

Keywords: values and preferences, healthy lifestyle, prevention, student youth.

Вопросы образа жизни и отношения к здоровью у современной молодежи требуют особого внимания. Здоровый образ жизни является важным составляющим жизни каждого человека. Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) представляет данные о том, как россияне заботятся о своем здоровье и что предпринимают в случае проблем. Для обозначения наиболее изученных проблем в конце статьи применен описательный метод [9].

Хорошим состоянием здоровья сегодня может похвалиться каждый третий россиянин (32%), а каждый второй считает свое здоровье удовлетворительным (53%). Негативные оценки своего самочувствия дают 15% опрошенных (среди женщин эта доля выше – 21%, нежели среди мужчин – 8%). За последние пять лет эта доля в целом изменилась незначительно, тогда как в сравнении с 2006 г. заметно снизилась (с 24%). В последнее время забота о здоровье у молодых людей активизировалась, что связано с увеличением заболеваемости в процессе профессиональной подготовки.

В большей степени ценность здоровья зависит от собственных действий индивида и выбора им своего жизненного пути. При поступлении в вузы многие студенты уже имеют некоторые проблемы со здоровьем. Анализ литературы показал, что уже до 50% поступающих имеют следующие отклонения в состоянии здоровья - функциональные отклонения и хронические заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой системы и пищеварения. Во время учебы риск развития многих заболеваний увеличивается. Это связано с тем, что в процессе адаптации к новым условиям студенты испытывают гиподинамию, нехватку времени, психоэмоциональную нагрузку и негативное влияние окружающих. Такие трудности чаще всего связаны с переездом в другой город, недосыпами, новыми знакомствами, нарушенными привычками и загруженным ритмом [6,7].



Рис.1 – Состояние здоровья россиян.

Студенты медицинского института должны ответственно подходить к вопросу о своем здоровье, ведь они формируют приоритеты еще при поступлении в вуз. Профессия врача предполагает отношение к здоровью как к высшей ценности человечества. К сожалению, для некоторых

студентов ценность здоровья как средства продолжительной и полноценной жизни становится менее важной по сравнению с ценностью здоровья как средства достижения жизненных целей [1]. В связи с чем вопросам формирования здоровья учащихся посвящено значительное количество публикаций. Многие люди даже не задумываются о ценности здоровья в молодости, а вспоминают о нем только тогда, когда оно утрачивается.

Большинство студентов высших заведений все-таки считают здоровье приоритетной ценностью и адекватно подходят к мысли о его сохранении на ранних этапах. Такие студенты регулярно занимаются физическими нагрузками, организуют свой сон и режим питания, соблюдают режим труда и отдыха и выполняют все требования гигиены [1,2]. Поддержание здоровья для многих обучающихся важно для реализации возможностей не только как залога материального и семейного благополучия, но и как возможного примера для пациентов в своей врачебной деятельности. Почти половина наших сограждан (47%) винит в плохом самочувствии прежде всего самих себя – столь самокритичны в этом вопросе респонденты не были еще никогда (для сравнения, в 2008 г. эта доля составляла 37%, в 2014 г. – 40%). Данную точку зрения чаще разделяют молодые люди (52% от 18 до 24 лет), обучавшиеся в ВУЗах (51%), с высоким достатком (54%), нежели пожилые (41% старше 60 лет), малообразованные (30%), с плохим материальным положением (34%). Четверо из десяти (28%) главным негативным фактором воздействия на здоровье называют плохую экологию. Нельзя оставить без внимания влияние окружающей среды на самочувствие студента, так как это связано с эмоциональным состоянием и психическим равновесием. Студенты-медики зачастую обращают внимание на пропаганду здорового образа жизни и профилактику заболеваний [6]. Они следят за вредными привычками не только у себя, но и у своих пациентов. Повышенное внимание к своему образу жизни проявляется уже на уровне сознания и воспитания у студентов. По мнению многих авторов, профессия врача в современном мире требует некоторого уровня физической подготовки, поэтому ВУЗы создают все условия для повышения физической работоспособности [3,5,7].

Анализ литературы показал, что репрезентациями здорового образа жизни у студентов медицинского института являются традиции семьи, система образования и СМИ [2]. Знания же в области здоровья студенты получают в большей степени от преподавателей, врачей и из научно-популярной литературы, а не основываются на опыте знакомых и друзей. Но знания - часто недостаточная мотивация для поддержания высокого уровня физического состояния организма; студент в первую очередь озабочен учебным процессом и не имеет способности оценить возможные

последствия своих действий, что, несомненно, сказывается на его дальнейшей жизни.

Многие студенты-медики старших курсов считают себя здоровыми и не ставят заботу о себе на первый план. Скорее всего, это связано с выходом их в самостоятельную семейную жизнь - им просто не хватает сил и времени для того, чтобы уделять внимание себе. Они понимают ценность здоровья, но во взрослой жизни на первом плане стоит обеспечение материального и семейного благополучия [3,4].

Сохранение и укрепление здоровья для такой профессии, как врач, является необходимой мерой для дальнейшей трудовой деятельности. Ценность здоровья у студентов-медиков не может стоять на втором плане, ведь от этого зависит не только их собственное благополучие, но и отношение окружающих их людей к заботе о себе. Врач не может пропагандировать здоровый образ жизни, не соблюдая его сам; он – пример подражания для пациентов, неисчерпаемый мотивационный ресурс, а также авторитетный источник знаний о здоровье и путях его достижения.

-
1. Алексеенко С.Н. Ценностно-мотивационные приоритеты студентов медицинского вуза в отношении здорового образа жизни/С.Н. Алексеенко, М.Г. Авдеева, Е.В. Дробот // Фундаментальные исследования.-2013.-№2-1.-С.16-19- [Электронный ресурс] URL: <http://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=31044> (дата обращения: 28.04.2021)
 2. Архипова Л.Ю., Храмов В.В., Алексеева В.О. Ценность здоровья в студенческой среде как социально-профессиональная проблема // Медицина и Фармацевтика: эл.научный журнал. – 2019 – № 1(2). – 24 с. – С. 18-21 [Электронный ресурс] URL: <https://journalmed.ru/archive/2> (дата обращения: 29.04.2021)
 3. Каменева Т.Н. Здоровый образ жизни как объект саморегуляции в молодежной среде // Государственная молодежная политика: национальные проекты 2019-2024 гг. в социальном развитии молодежи. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Федеральный научно-исследовательский социологический центр, Институт социально-политических исследований. — 2020. — С. 186-191.
 3. Корнилова Д.С. Формирование когнитивного компонента отношения к профессиональной деятельности в процессе обучения / Д.С. Корнилова // Психологическая наука и образование PSYEDU.ru. -2015.- Т. 20.-№2.-С.55-63.-[Электронный ресурс] URL: <http://psyjournals.ru/psyedu/2015/n2/Kornilova.shtml> (дата обращения 28.04.2021)

4. Люкшина Д.С. Отношение к здоровью студентов медицинского вуза на старшем курсе обучения / Д.С. Люкшина, И.И. Черемискина, О.Б. Асриян и др. // Современные наукоемкие технологии.-2016.-№5-3.-С.570-574.- [Электронный ресурс] URL: <http://top-technologies.ru/ru/article/view?id=35955> (дата обращения: 27.04.2021)
5. Осяк С.А. Факторы, влияющие на здоровый образ жизни студентов вуза/ С.А. Осяк, Е.В. Соколова, Р.С. Чистов и др. // Современные проблемы науки и образования.- 2014.-№4.- С.15-21.- [Электронный ресурс] URL: <http://scienceeducation.ru/ru/article/view?id=13905> (дата обращения: 30.04.2021)
6. ФГОС ВПО-12 Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по направлению подготовки 060601 Лечебное дело (квалификация «специалист») //Информационно-правовой портал Гарант-Ру.-2016.
7. Чуйков О.Е. Государственные муниципальные услуги. - Курск, 2017. – 210с.
8. Chuikov O.E., Gordeev I.A., Batyrov V.V. The discoveries and achievements of modern historiography of the don cossacks in the second half of the XIX century// Былые годы. Российский исторический журнал. 2016. № 41-1 (3). С. 675-687.

Ванина А.А. (г. Курск)
Научный руководитель – к.ф.н., доцент Пыжова О.В.
ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский
университет Минздрава России

ЗДОРОВЬЕ В СИСТЕМЕ ЖИЗНЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Статья посвящена проблеме здоровья в системе жизненных ценностей студентов-медиков. Представлены результаты анкетирования студентов Курского государственного медицинского университета по данному вопросу. Изучена степень информированности студентов о своем здоровье, уровень заботы о нем, желание заниматься им. Также представлены возможные пути преодоления этой проблемы.

Ключевые слова: здоровье, студенты-медики, ценности, информированность, заболевания.

The article is devoted to the problem of the status of health in the system of values of medical students' lives. The results of a questionnaire survey carried out among the students of the Kursk State Medical University on the issue are presented. The degree of students' awareness of their own health, the

degree of individual care for it, and the desire to take care of personal health have been studied. The ways to overcome this problem are also presented.

Keywords: health, medical students, values, awareness, diseases.

Студенты – часть общества, наиболее подверженная пагубному влиянию социума. В этот период утрачивается стабильность социальных и психологических ориентиров, происходит смена ценностей. Понятие «норма» размывается, что приводит к возникновению противоречий в представлениях о здоровье и его положении среди ценностей. Социальные условия современного общества предъявляют особые требования для формирования ценностных характеристик личности [1, с. 683].

Проблема сохранения здоровья населения является актуальной в системе жизненных ценностей общества. Это явление значимо, как в общественном, так и в личностном плане, ведь здоровье нации складывается из каждого человека [3, с. 5]. Согласно определению ВОЗ, здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов [4, с. 121]. Студенты-медики постоянно подвергаются негативным влияниям стресса, повышенной нагрузке, переутомлению. Эти и многие другие факторы могут провоцировать развитие заболеваний. Часть расстройств и патологий в большей степени зависят от образа жизни человека, а предупредить их можно ещё в молодом возрасте первичной профилактикой [2, с. 66].

В связи с актуальностью данного вопроса было проведено исследование на базе Курского государственного медицинского университета, касающееся положения здоровья в системе ценностей студентов, а также информированности студентов о своем здоровье. Цель исследования – оценка представлений студентов Курского государственного медицинского университета о своем здоровье и его месте в системе жизненных ценностей. Было проведено анонимное анкетирование студентов-медиков, в котором приняло участие 56 человек. Респонденты отвечали на вопросы связанные с ценностной значимостью здоровья, знанием о его состоянии и параметрах.

В результате данного опроса было выяснено, что лишь 25% опрошенных считают, что здоровье – это их главная ценность, более половины ответили «скорее да», остальные же определяют здоровье как менее значимую ценность. Это показывает, что далеко не все будущие врачи полагают эту ценность первостепенной. Касательно составляющих жизненного успеха здоровье также не заняло первую позицию: 83,9% респондентов важнейшим фактором посчитали наличие хорошей работы, 78,6% – здоровье, 69,6% – хорошее финансовое положение, 64,3% – семья и дети. Уверенность в себе выбрали 30 студентов (53,6%). Качественное образование показалось важнейшей составляющей жизненного успеха

51,8% респондентов. Интеллектуальные способности, порядочность и честность, коммуникабельность набрали менее 50% голосов. Таким образом, по мнению студентов КГМУ, в достижении успеха материальный компонент важнее морального.

В вопросе о состоянии здоровья студентов мы получили следующие результаты: лишь 5,1% студентов считают себя абсолютно здоровыми, скорее здоровые – 71,4%, скорее не здоровы 21,4% респондентов, больным себя ощущает лишь один студент. Даже несмотря на то, что болен всего один человек, нельзя назвать субъективное состояние студентов удовлетворительным, ведь большинство видит у себя определенные отклонения в состоянии. Увеличить знания о своем здоровье желают 58,9% обучающихся, 33,9% студентов эта тема скорее интересна, остальные же не интересуются или же затрудняются ответить в равной степени. Этот вопрос отражает достаточно высокую степень заинтересованности студентов в состоянии своего здоровья. Ни один человек в результате опроса не имеет абсолютного здоровья, каждый респондент испытывает определенные недомогания. Так, лёгкое недомогание и усталость беспокоят 75% опрошенных, что является следствием повышенной нагрузки и постоянного стресса. Угнетенное психологическое состояние испытывают 46,4% опрошенных, подобного рода недомогания могут негативно сказываться на общем самочувствии студентов. Простудные заболевания беспокоят 32,1% студентов, этот показатель в период пандемии особенно важен, ведь за симптомами обычных простудных заболеваний могут скрываться COVID-19 или грипп. Хронические и наследственные заболевания суммарно присутствуют у 30,4% респондентов, эти заболевания зачастую могут осложнять учебную деятельность. Студентам с такой категорией заболеваний может быть необходима помощь специалистов, плановые госпитализации и пониженная нагрузка в периоды обострений. Недомогания в области сердечно-сосудистой системы встречаются у 8,9%. Таким образом, все студенты так или иначе имеют угнетенное состояние физического или же психического здоровья.

Важно отметить, что первичная профилактика может уберечь от множества заболеваний. Чтобы проводить профилактические мероприятия, необходимо знать параметры здоровья, которые не соответствуют норме. Так, на вопрос об информированности студентов о своих параметрах здоровья были получены неоднозначные ответы. На вопрос о знании своего роста и веса 94,6% опрошенных дали положительный ответ. Этот параметр должен знать каждый, ведь повышенная или же пониженная масса тела может быть фактором предрасположенности ко многим заболеваниям, а также может свидетельствовать об уже имеющейся патологии. Свою группу крови и резус-фактор знает 82,1%. Нормальный уровень своего артериального давления известен 62,5% опрошенных, а

этот фактор очень важен в диагностике различных патологий сердечно-сосудистой системы. Более 80% студентов информированы о заболеваниях перенесенных ими в детстве, 44,6% знают о хронических патологиях и 32,1% о своей предрасположенности к определенным болезням. Эти факторы не менее важны и могут помочь в будущей диагностике и лечении, поэтому студенты должны быть максимально осведомлены.

Информацию о здоровье и здоровом образе жизни обучающиеся получают из разных источников. Так, по результатам опроса основным источником являются консультации врачей (66,1%), 62,5% опрошенных формируют свои знания на основании медицинской литературы, 46,4% познают это с помощью социальных сетей, 44,6% получают информацию из разговоров с близкими и родственниками, а 10,7% используют для этих целей телевидение. Подход к этому вопросу должен быть наиболее рациональным, то есть с использованием медицинской и научной литературы под руководством специалистов. Это важно, ведь самолечение может навредить, а советы в Интернете и по телевидению не всегда объективны и научны.

На вопрос о мерах, предпринимаемых для сохранения здоровья, студенты ответили разнообразно. Так, самым популярным методом в результате опроса (41,1%) является прием БАДов и витаминов. Но, как известно, без консультации специалиста принимать подобные препараты не всегда полезно. Около 34% студентов соблюдают принципы правильного питания, 30,4% занимаются спортом, 23,2% соблюдают режим, 16,1% регулярно посещают врача в лечебных и диагностических целях, только 12,5% проводят время на свежем воздухе. Около 18,4% ничего не делают из вышеперечисленного и не заботятся о здоровом образе жизни, а 12,5% затрудняются ответить на данный вопрос. Эти показатели довольно тревожны, ведь из таких мелочей складывается здоровье человека.

В анкете также присутствовал вопрос о проблеме пренебрежения студентами своим здоровьем, и 57,1% студентов-медиков ответили на него положительно, сказав что сами страдают от этой проблемы. Так, 21,4% респондентов скорее имеют такую проблему, а 14,3% имеют знакомых с такой проблемой. Скорее не имеют такой проблемы лишь 2 студента, затрудняются ответить тоже 2 человека (3,6%). Таким образом, люди, которые должны спасать жизни других, не заботятся о себе, что явно в будущем может осложнить их жизнь и трудовую деятельность.

По мнению студентов-медиков, наиболее важным мероприятием, которое необходимо проводить для повышения ценности здоровья, являются образовательные лекции (35,7%) и распространение просветительных материалов в социальных сетях (35,7%). Помимо этого была отмечена важность бесед просветительского и воспитательного

характера (26,8%), 25% посчитали этот вопрос затруднительным, 21,4% студентов полагают важным создание телевизионных программ, посвященных этому вопросу. Ряд студентов дополнительно отметили необходимость разгрузки учебного дня, снижение учебной нагрузки, выделение специальных дней для посещения медицинских учреждений. По мнению некоторых студентов, человеку необходимо осознать, что он сам должен заботиться о своем здоровье.

Таким образом, несмотря на то, что студенты в большинстве своем и определяют здоровье как одну из наиболее важных ценностей, но на самом деле уделяют ему не так много времени и внимания. Вероятно, этот факт связан с высокой загруженностью обучающихся. Но как люди, которые в будущем планируют бороться за жизни и здоровье других людей, студенты должны осознавать всю ценность своего здоровья и уже сейчас заботиться о нем.

1. Леонов Г.А., Соломатина А.С. Исследование ценностных ориентаций студентов 6 курса лечебного факультета РязГМУ [Электронный ресурс] Г.А. Леонов, А.С. Соломатина // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. – 2018. – Т.6. – №4 (23). – URL: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=348> (дата обращения: 07.03.2021).

2. Камышникова, Л.А. Соблюдение принципов здорового образа жизни, в фокусе – студенты медицинского института / Л.А. Камышникова, Б.С. Макарян // Научные результаты биомедицинских исследований. – 2015. – №3. – С. 64-71.

3. Студенчество: проблемы здорового образа жизни / Ахметова Е.В., Гурьянов М.С., Зернов Д.В. [и др.]. – Н. Новгород: НИСОЦ, 2009. – 184 с.

4. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения : принят в г. Нью-Йорке 22 июля 1946 г. // Международные организации : материалы и док. / Сиб. ин-т междунар. отношений и регионоведения ; сост.: О. В. Плотникова, Ю. И. Дубровин, В. С. Плотников. – Новосибирск, 2004. – С. 121–131.

**Вялых Н.А. (г. Ростов-на-Дону)
ФГАОУ ВО Южный федеральный университет**

**ПРОБЛЕМЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКОЙ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ
ФЕНОМЕНА СОЦИАЛЬНОГО САМОЧУВСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19**

В статье рассматриваются особенности исследования феномена социального самочувствия в современной социологии. Анализируются актуальные научно-исследовательские практики, связанные с определением критериев социального самочувствия в поле профессиональной деятельности медицинского сообщества. Предложен интегративный методологический конструкт социологического исследования социального самочувствия представителей медицинского сообщества в условиях сложной эпидемиологической ситуации.

Ключевые слова: социальное самочувствие; медицинское сообщество; здравоохранение; методология; пандемия COVID-19.

The study examines the phenomenon of social well-being in modern sociology. It analyzes the current research practices related to the definition of criteria for social well-being in the field of the professional activity of the medical community. An integrative methodological construct is proposed for a sociological study of the social well-being of representatives of the medical community in a difficult epidemiological situation.

Keywords: social well-being; medical community; healthcare; methodology; COVID-19 pandemic.

Интересы, ценности, идентичность и установки врачей как особой профессиональной группы нуждаются в гармонизации с интересами других агентов с учетом вектора трансформации института здравоохранения. Модернизация здравоохранения должна быть системной, и включать не только технологическое оснащение медицинских организаций и повышение профессиональной культуры медицинских работников, но и социально-ориентированные методы работы с врачами, руководителями и средним медицинским персоналом. Несмотря на формирование новых идентичностей в инновационных секторах экономики в условиях пандемии, включая систему здравоохранения, сегодня происходит деформация матрицы профессионального мышления медицинских работников и нарастают риски прекаризации трудовых отношений [9].

Для адекватного понимания сущности и реального состояния социального самочувствия медицинских работников необходима система как внутреннего, так и внешнего контроля. Внутренний контроль является ключевой задачей государственной политики в сфере здравоохранения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях. Внешний контроль – прерогатива сторонних общественных и научных организаций, способных репрезентировать количественные и качественные характеристики социальных процессов в сфере здравоохранения, дать им нейтральную и объективную оценку. Рациональной формой внешнего

контроля является социологическая диагностика эффектов пандемии, как для общественного здоровья, так и для социального, психического и душевного здоровья отдельных профессиональных групп [8].

После того, как Всемирная организация здравоохранения признала ситуацию с новой коронавирусной инфекцией критической, появился гигантский массив самых разнообразных исследований, в основном прикладного значения. Многие из этих исследований лишены методологической базы и смысловых оснований, потому что не прошло еще достаточного времени для фундаментального осознания того, что и как надо изучать. Задача современной социологии состоит в изучении компонентов социального здоровья профессионального медицинского сообщества, интегральным критерием которого выступает социальное самочувствие как субъективное восприятие и оценка личностью медицинского работника уровня своих достижений, степени реализации своих потребностей, эффективности жизненной стратегии с учётом социокультурного контекста (на микро- и макроуровне) и объективных факторов (вектора социальной политики государства, ситуации в здравоохранении и общественном здоровье, риторики средств массовой коммуникации, уровня просвещения и образованности в обществе).

Научная категория социального самочувствия уже долгое время находится в поле зрения социологов и социальных психологов. К настоящему моменту накоплен значительный пласт информации о сущностных характеристиках данного феномена и специфике его проявления в различных группах и общностях. Однако до сих пор остается нерешенным вопрос об особенностях социального самочувствия профессионального медицинского сообщества, а в условиях усложнения эпидемиологической ситуации в мире актуализируется значение социальной диагностики последствий эскалации коронавирусной инфекции COVID-19 для медицинского сообщества и региональных систем здравоохранения.

Как правило, учеными предпринимаются попытки концептуализации социального самочувствия посредством определения его атрибутивных признаков. По мнению О.Н. Суняйкиной, базовыми критериями социального самочувствия являются: «1) уровень жизни: доход, материальное положение, обеспеченность; занятость и безработица; гарантированность социальной защиты; качество свободного времени; 2) эмоционально-психологическое состояние; 3) социальные самоощущения: идентификация; состояние комфортности; социальные ценности; 4) жизненные и адаптационные стратегии; 5) самооценка потенциала: профессионального, социального опыта, личностных качеств» [4, с. 100–101]. Каждая профессиональная когорта обладает своим специфическим жизненным миром и «культурным кодом», однако предложенные О.Н. Суняйкиной показатели удачно вписываются в систему

социологической диагностики социального самочувствия медицинских работников.

А.П. Соловей и Е.В. Шухно отмечают, что в современной науке прослеживается две базовые традиции анализа социального самочувствия. Первая традиция обращена к изучению экзистенциального и нравственного аспектов социального самочувствия как состояния «физических и душевных сил человека в целом». Вторая тенденция связана с рассмотрением социального самочувствия в качестве системы «субъективных ощущений, которые свидетельствуют о той или иной степени физиологической и психологической комфортности» [3, с. 72–73]

Ю.И. Жегусов исследует феномен социального самочувствия в контексте деструктивных социальных процессов в институциональной системе и сфере общественного сознания в современной России. По его мнению, формирование негативного социального самочувствия у значительной части населения России связано «с трансформацией способов мышления, привычной системы ценностных ориентаций, стереотипов и мотивов поведения» [2, с. 18].

Социологическая предметность в изучении социального самочувствия как бы раздваивается: на макроуровне социальное самочувствие увязывается с эффективным функционированием институциональной среды (в нашем случае с функционированием системы здравоохранения), на микроуровне – с удовлетворенностью различными аспектами практической профессиональной и внепрофессиональной повседневной жизни (социокультурный контекст). Вместе с тем велико и научно оправданно влияние школы психологических исследований, поскольку социальное самочувствие всегда связано с эмоционально-оценочным отношением людей к окружающей реальности, к самим себе и к другим людям [4, с. 98]. Психический компонент здоровья медиков критически важно учитывать в период пандемии в связи с возрастающими рисками, тревогой и страхами [10].

И.А. Гареева, проанализировав материалы специализированных интернет-форумов для медицинских работников, пришла к выводу «о низком уровне социального самочувствия врачей, которое в первую очередь обусловлено организацией системы здравоохранения, а не уровнем заработной платы системы», т. к. мотивом профессионального выбора будущих медиков является не столько ожидаемые доходы (ведь в целом зарплаты бюджетников невелики и это общеизвестно), сколько символический капитал и символические выгоды (признание, престиж, уважение) [1, с. 299].

Несмотря на то, что социальное самочувствие медиков по своей сути всегда индивидуально и субъективно (на это указывает один только префикс «само-»), оно в то же время жестко детерминировано институциональными фреймами и социокультурным контекстом.

Ценность социологической методологии в исследовании данного феномена обнаруживает себя в возможности типологизации ментальных программ и моделей социального поведения, формирующих характер социального самочувствия профессионального медицинского сообщества, которое, в свою очередь, гетерогенно по своему составу и в значительной степени стратифицировано.

Социальное самочувствие медиков конституируется не автономно, не аутопойэтически (как в теории «общества общества» Н. Лумана), а зависит от характера и направленности социального взаимодействия с акторами института здравоохранения (в ходе исполнения профессиональной роли врача, медсестры/медбрата) и вне институционального контекста, ибо кроме интегрального статуса (который обычно у взрослого самостоятельного человека связан с профессией, должностью, местом трудовой деятельности) каждый человек наделен и другими статусно-ролевыми обязательствами: семейными, приятельскими, соседскими, гражданскими, экономическими.

Таким образом, социальное самочувствие обусловлено окружением и контактами личности медработника с другими людьми (не только в поле клинической практики). На то оно и социальное. Поэтому так много внимания в современной научной литературе уделяется методам эмоционального оздоровления врачей и необходимости развития телемедицинских технологий поддержки их решений, т. к. медицинские работники сами подвержены страхам заражения, что приводит к снижению качества лечения патологий пациентов [5, с. 64].

Классическая модель научной рациональности в социологии здравоохранения ориентирует на познание макросоциальных феноменов вроде социальных угроз общественному здоровью, проблем социальной политики здравоохранения и институциональных ловушек его трансформации. Неклассическая модель социологического познания обращена в большей степени к жизненному миру социума, микросоциальному контексту взаимодействий между акторами в сфере здравоохранения, повседневным практикам конструирования социального здоровья медиков. Если для приверженцев классической модели научного познания важно знать, что происходит с социальным самочувствием профессионального медицинского сообщества как надындивидуальной социальной реальностью, то для сторонников неклассической модели научной рациональности важно понимать, что происходит с личностью медработника и различными профессиональными стратами в системе здравоохранения в сложной эпидемиологической ситуации.

Социология в отличие от психологии не занимается изучением уникального внутреннего мира личности отдельного медицинского работника, особенностями его профессионального становления и мышления. Объектом социологии здравоохранения являются

представители профессионального медицинского сообщества как субъекты системы институциональных отношений, поэтому социология имеет дело с типическими моделями социального поведения и факторами (экстернальными и интернальными), формирующими субъективно ощущаемый уровень социального самочувствия.

Оптимальным методологическим основанием выступает интегративная (неоклассическая) стратегия научного исследования социального самочувствия профессионального медицинского сообщества, включающая структурно-функциональную парадигму и феноменологическое направление. Структурный функционализм дает возможность рассматривать медицинских работников, с одной стороны, как элемент стратификационной и институциональной структур российского общества и носителя определенных ролевых функций в системе общественной жизнедеятельности, и, с другой стороны – как носителя коллективной социальной субъектности. В рамках феноменологического подхода социальное самочувствие профессионального медицинского сообщества изучается не только как объективный индикатор положения данной профессиональной группы в социальной структуре общества, но и как ее субъективное восприятие.

Структурно-функциональный анализ признает дисфункции и латентные функции в системе здравоохранения. Явной, т. е. манифестируемой, функцией здравоохранения в условиях сложной эпидемиологической ситуации является сохранение общественного здоровья и стимулирование профессионального роста медицинских работников, повышение уровня их удовлетворенности выбранной профессией. Латентная функция здравоохранения (не продекларированная открыто и неосознаваемая акторами), активизирующаяся спонтанно подобно вирусу – это интенсификация социального неравенства профессионального медицинского сообщества, в т. ч. по различным показателям социального самочувствия, и дифференциация потребителей медицинской помощи по социальным критериям [6; 7]. К скрытым эффектам можно отнести также упрочение авторитета медицины и фармакологической индустрии в обществе.

Функциональной интерпретации происходящих на фоне пандемии процессов в системе здравоохранения недостаточно, потому что надо учитывать социокультурный, региональный и локальный контексты социальных взаимодействий. Взаимодействуют в реальной жизни люди, наделенные сознанием, волей, имеющие интересы и жизненные принципы, а не просто «социальные маски». Тем более речь идет о медицинских работниках, которые в силу образования и профессии обладают повышенной способностью к саморефлексии, эмпатии и большим потенциалом социальной критики окружающей реальности. Следовательно, для понимания драматургии социального самочувствия

профессионального медицинского сообщества нужно задействовать комплекс концепций феноменологического (конструктивистского) толка.

Принимая во внимание обозначенные выше методологические предпосылки, в систему индикаторов оценки социального самочувствия целесообразно отнести: отношение медицинских работников к своему социальному положению и уровню удовлетворения своих профессиональных и экзистенциальных потребностей, интересов; отношение медицинских работников к своему положению в профессиональной структуре; ожидания и представления, обладающие как функциональными, так и деструктивными эффектами, которые детерминируют выбор определенной модели социальной адаптации. Методологически важным, с социологической точки зрения, является учет деятельностного аспекта, т. к. социальное самочувствие зависит от поведения человека и его повседневного жизненного мира.

Кроме того, в ходе социологической диагностики следует измерять социально-психологический контекст профессиональной деятельности медицинских работников. Он проявляется в характере взаимоотношений с руководством (коллегами, пациентами), отношении к содержательным аспектам трудовой деятельности, досуговых практиках, эмоциональном настрое, страхах и ожиданиях, степени вовлеченности в политические и общественно-гражданские объединения, субъективно ощущаемой безопасности (экономической, социальной, психологической, биологической).

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-04-60466.

1. Гареева И.А. Социальное самочувствие врачей в современной системе здравоохранения // Вестник ТОГУ. 2014. № 4 (35). С. 295–300.

2. Жегусов Ю.И. Влияние социального самочувствия населения на динамику деструктивных социальных процессов в России // Коммуникология. 2018. № 4. С. 15–26.

3. Соловей А.П., Шухно Е.В. Интерпретация и операционализация концепта «социальное самочувствие» // Синергия. 2018. № 4. С. 72–77.

4. Суняйкина О.Н. Понятие «социальное самочувствие» в социологии // Вестник Мордовского университета. 2011. № 3. С. 98–101.

5. Álvarez P.E., Castiblanco F., Correa A.F., Guío Á.M. COVID-19: Doctors, gastroenterology and emotions // Revista Colombiana de Gastroenterología. 2020. № 35. P. 64–68.

6. Braveman P., Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes // Public Health. 2014. № 129 (2). P. 19–31.

7. Craig N., Robinson M. Towards a preventative approach to improving health and reducing health inequalities: a view from Scotland // Public health. 2019. № 169. P. 195–200.

8. Kelly M.P. Cognitive biases in public health and how economics and sociology can help overcome them // Public health. 2019. № 169. P. 163–172.

9. Posukhova O.Y., Maskaev A.I. Precarity of megapolis and professional identity in the context of tacit knowledge // Journal of Institutional Studies. 2016. № 8 (4). P. 92–105.

10. Sockalingam S., Clarkin C., Serhal E., Pereira C., Crawford A. Responding to Health Care Professionals' Mental Health Needs During COVID-19 Through the Rapid Implementation of Project ECHO // The Journal of continuing education in the health professions. 2020. № 40 (3). P. 21

Иванов Н.С. (г. Курск)

**ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет
Минздрава России**

СПОРТИВНОЕ ПИТАНИЕ В РАЦИОНЕ МОЛОДЁЖИ

В статье проводится анализ использования молодёжью спортивного питания, оценка пользы и вреда. Целью исследования является прогнозирование возможных последствий такого рациона.

The article analyzes the use of sports nutrition by young people, assesses the benefits and harms. The aim of the study is to predict the possible consequences of such a diet.

Ключевые слова: спорт, питание, рацион, молодёжь, вред, польза.

Keywords: sports, nutrition, diet, youth, harm, benefit.

Различные направления фитнеса получают все большее развитие и набирают популярность среди населения [2, с. 35]. Приём пищевых добавок, предназначенных для людей, которые занимаются спортом и профессиональных спортсменов, участвующих в соревнованиях, называется – спортивным питанием. Они способствуют насыщению рациона основными микро и макроэлементами, которых может не хватать в обычных продуктах питания. Они помогают улучшить результаты, повысить силу и выносливость, укрепить здоровье, увеличить объём мышц.

В магазинах спортивное питание предлагается в виде биологически активных добавок (БАД). Его производство осуществляется на основе результатов научных исследований. В итоге получают смеси основных

пищевых элементов в форме, благоприятной для усвоения организмом. Для их метаболизма требуется минимум энергии, а они в свою очередь, обладают высокой энергетической ценностью. Их используют как дополнение к основному рациону, а не в качестве заменителя основной пищи. Они не относятся к допингам. На практике под «спортивным питанием» можно также понимать приём пищи, организованный в соответствии с задачами того или иного вида спорта. [4,5].

Когда речь заходит о разновидностях спортпита, необходимо понять широту охватываемого понятия. И если углубляться, к примеру, в тему БАДов, которые также встречаются на полках магазинов спортпита, то список растянется на сотни препаратов. У каждого из них индивидуальные особенности применения. Однако ключевые типы добавок выделить можно. Наряду с их целевым использованием, приведем общие рекомендации по приему. Протеин – самый востребованный и распространенный вид спортивной добавки. Представляет собой концентрированную, высокобелковую смесь, необходимую для роста мышечной массы. В качестве сырья используются молочные продукты, мясо, бобовые, некоторые растения. Принимается на ежедневной основе как дополнительный источник белка. Время приема: в течение дня, до и после тренировки. Курс приема неограничен. Гейнер – углеводно-белковая смесь. Служит источником калорий и стройматериалом для мышц атлета. Предназначен для набора массы. Используется как альтернатива пропущенному приему пищи или как высококалорийный перекус, а также в качестве послетренировочного восстановителя. Принимается ежедневно вплоть до набора необходимого веса. Аминокислоты – составные части белка, которые выделены в отдельные добавки с калорийностью близкой к нулю. Основа применения – восстановление организма после физической нагрузки и рост сухой мышечной массы. Отдельные аминокислоты играют каждая собственную роль в организме, и прием одних способствует как похудению, так и росту массы, использование других – оздоровлению, третьих – работе мозга и т.д. Комплексные аминки, а также ВСАА оптимально принимать до и после, либо во время тренировки. Курс приема неограничен. Распространены также жиросжигатели, креатин, витаминно-минеральные комплексы и отдельные витамины, л-карнитин, изотоники и гипотоники и т.д. БАДы как огромный перечень добавок для всех мыслимых и немыслимых целей. Туда входят: омега жирные кислоты, антиоксиданты, добавки для мозга, сна и ночного восстановления, гепатопротекторы, специализированные препараты для женщин и мужчин, адаптогены, энзимы, и многое другое. Перечислять их в рамках одной статьи попросту невозможно, так велик список применения [6].

Идеальное питание подростка представляет собой 3-х разовый приём горячей пищи, насыщенность рациона по необходимым веществам и энергии (важно учитывать вид спорта, деятельность, физическое здоровье).

Каши, яйца, мясо, птица, рыба, молочные продукты – должны быть в рационе. Также необходима пища с пре- и пробиотическими свойствами (творог, фрукты, сыр, овощи, зелень, сливочное масло, соки, хлеб). Технологическая обработка блюд должна производиться с сохранением биологической ценности продуктов [3,4].

Если подросток распланирует рацион со всеми необходимыми элементами и витаминами, то можно добиться результата без спортивных добавок. В комплексе с качественными тренировками это дает результаты. Если необходим прием дополнительного белка – пожалуйста. В этом нет ничего страшного. Главное – соблюдать дозировку и учитывать противопоказания. Подросткам не рекомендуется пить добавки, которые оказывают сильное воздействие на гормональную систему – вот они действительно опасны. Увеличивать уровень тестостерона бессмысленно, ведь он итак очень высокий. Дополнительные вещества могут только навредить молодому организму. Для подростков до 16 лет лучшие варианты – сывороточный и казеиновый белки. Они по-разному усваиваются и дают организму полный объем протеина в течение 24 часов. К слову, необходимо помнить, что низкокалорийные белковые продукты (коктейли, батончики) полезны для подростков, которые хотят поддержать вес и силу, не набирая большой массы. Если же необходимо набрать вес, то лучше пить высококалорийные смеси.

С 16 лет и дальше можно принимать и другие добавки, упомянутые выше [1].

В 2020 году мною проведен опрос занимающихся ребят для определения популярности спортивных добавок. В общей сложности опрошены 100 ребят в спортивных залах Курска. Из них около 45 % девушек и 55 % парней, опрашивались преимущественно лица в возрасте от 15 до 20 лет. Из результатов опроса стало ясно, что большинство отдаёт предпочтение спортивному питанию в комплексе с тренировками.

Таким образом, спортивное питание популярно среди молодёжи. Это не вредно, если ребята будут грамотно подходить к выбору. Они должны учитывать возраст, индивидуальные физиологические характеристики организма, степень тяжести тренировок.

1. Влияние протеина на организм подростка // Алые паруса [Электронный ресурс].-Режим доступа: www.nsportal.ru/ap/library/drugoe/2016/03/23/vliyanie-proteina-na-organizm-podrostka (дата обращения 22.03.2021).

2. Вторникова, Н.И. Оценка спортивного питания с позиций концепции рационального питания / Н.И. Вторникова, А.А. Соколова, А.Н. Ремезова // Национальное здоровье.-2018.-№ 4.-С. 35-38.

3. Влияние спортивного питания на физическое развитие организма юного спортсмена // Инфоурок [Электронный ресурс].-Режим доступа: www.infourok.ru/vliyanie-sportivnogo-pitaniya-na-fizicheskoe-razvitiie-organizma-yunogo-sportsmena-2314574.html (дата обращения 22.03.2021).

4. Каменева Т.Н. Здоровый образ жизни как объект саморегуляции в молодежной среде // Государственная молодежная политика: национальные проекты 2019-2024 гг. в социальном развитии молодежи. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Федеральный научно-исследовательский социологический центр, Институт социально-политических исследований. — 2020. — С. 186-191.

5. Спортивное питание // Wikipedia [Электронный ресурс].-Режим доступа:

www.ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BF%D0%BE%D1%80%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%BF%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5 (дата обращения 22.03.2021).

6. Спортивное питание - полезно или нет, как его правильно выбрать и принимать // Интернет-магазин спортивного питания «Sportfood» [Электронный ресурс].-Режим доступа: www.sportfood40.ru/articles/sportivnoe-pitanie/ (дата обращения 22.03.2021).

Котелевцев Н.А. (г. Курск)
ФГБОУ ВО «Курский государственный университет»

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ПСИХИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ В РАБОТЕ С ОБУЧАЮЩИМИСЯ ДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

В статье рассматриваются возможности использования современных методов и методик направленной психической саморегуляции психических состояний в работе с обучающимися дефектологического факультета. Приводятся данные проведенного экспериментального исследования по снижению уровня тревожности среди обучающихся в период пандемии COVID-19.

Ключевые слова: саморегуляция, релаксация, тревожность, малые группы.

The article discusses the possibilities of using modern methods and techniques of directed mental self-regulation of mental states in work with students of the defectological faculty. The data of an experimental study conducted to reduce the level of anxiety among students during the COVID-19 pandemic are presented.

Key words: self-regulation, relaxation, anxiety, small groups.

В настоящий момент, у современных обучающихся высшей школы всё большую актуальность приобретает формирование таких компетенций, которые способствуют сохранению и укреплению физического и психического здоровья, что особенно важно в условиях пандемии COVID-19. Как отмечают А.Н. Алехин и Е.А. Дубинина, в условиях пандемии наблюдается существенное снижение качества психического здоровья у населения [1]. Отсюда, перспективным представляется проведение целенаправленной работы, направленной на формирование умений саморегуляции собственного психического состояния, как фактора снижения психоэмоциональной нагрузки.

Рассматривая человека как субъекта собственной деятельности, умеющего и способного направленно изменять окружающую действительность, осуществляя тем самым трансформацию собственной жизнедеятельности, следует отметить тот факт, что осознавая конкретную цель своей деятельности, человек способен выстраивать стратегию наиболее эффективного пути её достижения, в ходе которого необходимым условием выступает наличие волевой, интеллектуальной и психической саморегуляции. По мнению О.А. Конопкина, сам процесс осознанной саморегуляции можно понимать, как: «...системно-организованный процесс внутренней психической активности человека по инициации, построению, поддержанию и управлению разными видами и формами произвольной активности...» [2, с. 6]. В то время как А.М. Сергеева, говорит о том, что « процесс саморегуляции обеспечивает создание в сознании субъекта целостной модели его деятельности, его исполнительскую активность..», что способствует развитию процесса принятия решений [5, с. 38].

В рамках нашего исследования мы предлагаем использовать следующее определение саморегуляции – как способность индивида самостоятельно, за счет применения специальных методов и приёмов, управлять своими внутренними психическими состояниями. Заметим, что в широком смысле, регуляция психических состояний понимается нами как: «...совокупность внутренних процессов организма, позволяющих достичь состояния гомеостаза, в различных ситуациях, тем самым демонстрируя как бы адаптационное поведение» [3, с. 10].

В качестве рабочей гипотезы, нами было принято следующее предположение: использование систематических упражнений по стабилизации внутреннего психического состояния в условиях пандемии COVID-19 среди обучающихся дефектологического факультета, будет способствовать снижению тревожности и повышению общей стрессоустойчивости психики.

Исследование проводилось в период с марта 2020 года по март 2021, в рамках работы проекта психологического кружка «Psy-Laboratorium», среди обучающихся 1-2 курсов дефектологического факультета. Всего в

экспериментальном исследовании приняли участие 36 человек, разделенных на 3 группы. Занятия проводились в следующих форматах:

1. Очно (в период снятия ограничений связанных с пандемией COVID-19) на базе дефектологического факультета;

2. Онлайн-формат: проведение тренинговых занятий на платформах Google Meet и Zoom; использование аудио-записей тренингов.

В рамках занятий, проводились тренинги направленные на отработку навыков использования в практике психической саморегуляции таких методик как: репродуктивная тренировка психофизиологической и личностной саморегуляции (А.Г. Панов, Г.С. Беляев, В.С. Лобзин, И.А. Копылова), в авторской модификации и модификация аутогенной тренировки по Л.П. Гримак [3].

В качестве диагностического инструментария нами использовалась методика «Шкала тревожности Спилбергера-Ханина» [4].

Таким образом, проведя первичное диагностическое исследование, нами были получены следующие данные:

– 75 % испытуемых имеют высокий уровень проявления ситуативной тревожности, что говорит о наличии субъективно переживаемых состояний, связанных с негативными эмоциями, повышенным уровнем беспокойства, имеющимся нервно-психическим напряжением, общей нервозностью. В тоже время у данных испытуемых отмечается средний уровень проявления личностной тревожности;

– 25 % испытуемых проявляют с высокий уровень личностной тревожности, на фоне средних показателей по состоянию ситуативной тревожности. Данные испытуемые имеют выраженную предрасположенность к тревожному восприятию широкого спектра переживаемых ситуаций, имеющих как личностную, так и общественную значимость.

После продолжительной работы с группами испытуемых по обучению навыкам применения методов практической психической саморегуляции, нами были отмечены следующие динамические изменения:

– 96 % испытуемых имеют **низкий** показатель уровня проявления ситуативной тревожности, что качественно проявляется в способности преодолевать различные стрессовые ситуации с большим адаптационным потенциалом, умением контролировать своё эмоциональное состояние, проявлять сдержанность и эмоциональный контроль, использовать волевую регуляцию в условиях нарастающего стресса;

– 4 % испытуемых показали незначительное снижение уровня ситуативной и личностной тревожности, что в первую очередь объясняется систематическим пропуском тренинговых занятий, а также недостаточным уровнем овладения методами практической психической саморегуляции.

– у всех испытуемых отмечается средний уровень проявления личностной тревожности, что с одной стороны обуславливается возрастанием образовательной нагрузки за счет использования средств дистанционного обучения (что в беседах неоднократно отмечали сами обучающиеся), а с другой – сохранением общего стрессового состояния в условиях пандемии COVID-19.

Таким образом, в рамках проведенной экспериментальной работы, мы можем говорить о том, что внедрение в работу с обучающимися высшей школы методов направленной психической саморегуляции, оказывает положительное воздействие на снижение уровня ситуативной тревожности с одной стороны, и способствует формированию субъектов с более высокими показателями адаптационных возможностей.

1. Алехин А.Н., Дубинина Е.А. Пандемия: клинико-психологический аспект // АГ. 2020. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pandemiya-kliniko-psihologicheskiy-aspekt> (дата обращения: 29.03.2021).

2. Конопкин О.А. Психическая саморегуляция произвольной активности человека (структурно-функциональный аспект)// Вопросы психологии. - № 1, 1995. С. 5-13

3.. Котелевцев, Н. А. Психическая саморегуляция : учебник для вузов / Н. А. Котелевцев. — Москва : Издательство Юрайт, 2020. — 213 с.

4. Психологические тесты для профессионалов/ авт. сост Н.Ф. Гребень. – Минск: Современ. шк., 2007. – 496 с.

5. Сергеева А.М. Понятие саморегуляции у студентов. Достижения науки и образования, №. 2 (15), 2017, С. 38-40.

**Н.В. Лазуренко, О.В. Ковальчук (г.Белгород)
ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный
исследовательский университет»**

САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ: ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ

В статье рассматривается здоровьесбережение как необходимая практика самосбережения личности. Представлена структура самосохранительного поведения; рассмотрены факторы самосохранительного поведения. В результате анализа анкетирования студентов колледжей делаются выводы о том, что студенческая молодежь включает здоровье в систему жизненных ценностей как одну из основных

составляющих. В студенческой среде существует понимание здорового образа жизни и положительное отношение к нему.

Ключевые слова: здоровье, здоровый образ жизни, здоровьесбережение, ценностная установка, самосохранительное поведение.

The article considers health-saving as a necessary practice of self-preservation of the individual. The structure of self-preserving behavior is presented; the factors of self-preserving behavior are considered. As a result of the analysis of the survey of college students, conclusions are drawn that the student youth includes health in the system of life values as one of the main components. Among students, there is an understanding of a healthy lifestyle and a positive attitude towards it

Keywords: health, healthy lifestyle, health-saving, self-preserving behavior

Сохранение здоровья населения является одним из важнейших приоритетов современного, при этом проблема состояния здоровья молодежи носит особый, социально значимый характер. Важной проблемой сегодня становится непрекращающийся рост числа социально детерминированных и социально значимых заболеваний, начиная с детско-подросткового возраста. Данная негативная тенденция продолжается затем в последующих возрастных группах, отражаясь на уровне здоровья и инвалидизации населения.

Не случайно данному вопросу уделены ряд направлений в таких Национальных проектах, как «Здоровье» и «Образование». Пандемия, с которой пришлось столкнуться всему миру, лишняя раз заострила на этом внимание представителей различных профессиональных групп, актуализировав такое направление исследований, как формирование здоровьесберегающего поведения, от которого зависит образ жизни различных возрастных групп населения. Решение этого вопроса связано прежде всего с необходимостью формирования здоровых привычек у молодежи, поскольку именно в этот возрастной промежуток формируются необходимые в течение всей жизни поведенческие привычки и навыки, которые сказываются на качестве здоровья в последующем.

Охарактеризовать образ жизни современного человека можно такими понятиями и явлениями, как информационная перегруженность, психологические стрессы, гиподинамия, лишний вес, химическая зависимость от психоактивных веществ, нехимическая зависимость, переизбыток, отсутствие высоких нравственно-этических идеалов, утрата цели и смысла жизни. В последнее время мы наблюдаем некоторую тенденцию к изменению образа жизни, особенно у молодежи, к появлению увлечения различного рода спортивными активностями, однако пока эта тенденция только проявляется. Задачей применения, прежде всего,

здоровьесберегающих технологий является как раз формирование самосохранительного и здоровьесберегающего поведения, которое было бы направлено на направленное на трансформацию сознания человека, изменение его жизненных ценностей в сторону понимания проблемы сохранения своего здоровья на высоком уровне, умения корректировать свой образ жизни и применять практику здоровьесбережения в своей повседневной социальной практике.

Для улучшения качества здоровья социума необходима практика самосбережения человека. Это, прежде всего, понимание самоценности личного здоровья, это профилактика различных нежелательных процессов как в физическом, так и в психическом и нравственном здоровье, прежде всего через поддержание физической активности, увеличение адаптивности к различным стрессам; интерес к своему здоровью и формирование привычки самоконтроля своего состояния здоровья); умение критически осмыслить нежелательные аспекты своего образа жизни и изменить их на здоровые и т.п.

Концепция самосохранительного поведения была предложена А. Антоновым и получила свое развитие в работах И. Журавлевой [1], Д.С. Корниенко [2], Л. Шиловой [3] как система действий и отношений, опосредующих здоровье и продолжительность жизни человека.

Такие факторы, как социальная культура и культурные ценности и традиции общества и индивида, жизненные ценности как общества, так и индивида, социально-экономическая ситуация в стране, государственная социальная политика не могут не детерминировать самосохранительное поведение, которое составляет образ жизни и человека, и социума, к которому он принадлежит. Структуру самосохранительного поведения можно описать через такие направления, как:

- ведение здорового образа жизни;
- осуществление профилактических мероприятий по предотвращению болезней
- своевременное лечение заболеваний под контролем специалистов;
- трудовая деятельность в безопасных условиях при возможности выбора рабочих мест (или действия по минимизации негативного влияния факторов труда при отсутствии выбора).

Можно сказать, что собственно от понимания здоровья и культуры отношения к здоровью индивида и общества напрямую зависит самосохранительное поведение.

Результаты различных исследований показывают, что самосохранительное поведение подвержено воздействию таких факторов, как опыт столкновения со смертью (наличие подобного опыта способствует усилению заботы о здоровье) и отношение к продолжительности жизни, которое во многом зависит от самооценки здоровья, степени заботы о нем, гендерных характеристик и т.п.

Преподавателями и студентами кафедры социальной работы проведено социальное исследование, направленное на диагностику проблем формирования самосохранительного поведения студентов СПО. Выборочная совокупность составила 178 человек (Инжиниринговый и Медицинский колледжи НИУ «БелГУ»). Опрошены студенты 1-3 курса (16-18 лет).

Задачи исследования включали: выявление условий и факторов формирования самосохранительного поведения студенческой молодежи, отношения студентов к данной проблеме.

Первый блок вопросов анкеты включал в себя ценностные ориентации студенческой молодежи (ценность здоровья).

Респондентами в шкале жизненных ценностей приоритетным является здоровье, при этом 52% студентов 1-2 курса и 41% студентов 3 курса оценили его как «хорошее». 22% респондентов отметили, что «практически не болеют» или «болеют редко», 13% студентов имеют различные хронические заболевания.

Однако отдав приоритет здоровью как ценности, студенческая молодежь практически ничего не предпринимает для его сохранения: 64% игнорируют подвижный образ жизни (лишь 17% указали на то, что занимаются постоянно либо каким-то видом спорта, либо ходят в спортзал); 78% респондентов не обращают внимание на «правильное питание»; 21% студентов курят (причем, если первокурсники имеют никотиновую зависимость лишь в 8% случаев, то к третьему курсу курят уже 27% студентов); 19% студентов (18-летних) периодически употребляют алкоголь (чаще всего пиво).

Результаты исследования позволяют говорить о негативном отношении студенческой молодежи к такому социальному явлению как наркомания: 98% респондентов выразили крайне негативное отношение, 2% ответили, что им «безразлично».

Анализ ценностных установок студенческой молодежи на здоровый образ жизни позволил определить три группы респондентов.

К первой группе респондентов (условно названные «уверенные») относятся те, кто здоровье и здоровый образ жизни ставят в абсолютный приоритет своей жизнедеятельности (наравне с так называемыми общечеловеческими ценностями): семья, здоровье, развитие личности, физическая красота.

Вторая группа включает в себя респондентов, которых мы условно можем назвать «колеблющиеся»: здоровье далеко не на первом месте как жизненная ценность, но при этом, как они сами считают, необходимо отличное психосоматическое состояние, красивое телосложение для авторитета у сверстников.

Третья группа респондентов, условно названная «непоследовательные», приоритет отдают профессиональному

становлению, гедонистическому образу жизни, но при этом считают, что человеку необходимы знания о работе организма, физическая активность.

Большая часть студентов считают, что в современном обществе необходимо заботиться о состоянии своего организма посредством физической нагрузки (52%). 28% ответили, что «невозможно считать человека культурным, если он находится в плохой физической форме».

Менее половины респондентов (47%) обладают знаниями о взаимозависимости личностного и физического развития и на этой основе строят свои поведенческие реакции. Однако студенты колледжей, в основном, личностное развитие связывают с совершенствованием своей физической формы.

Второй блок вопросов анкеты касался непосредственно мотивации на здоровый образ жизни.

78% студентов, принимавших участие в исследовании, желали бы «улучшить состояние своего здоровья». При этом, среди тех, кто указал на состояние своего здоровья как «плохое», мотивация на его улучшение существенно сильнее у девушек, нежели у юношей (54% против 31%).

Для существенного улучшения и сохранения своего здоровья, по мнению респондентов, необходимо, в первую очередь следует «перестать нервничать» (53%) и «рационально питаться» (46%). Третью позицию заняли ответы по строкам «занятие физической нагрузкой» и «отсутствие вредных привычек» (36% и 35% соответственно). Кроме таких ответов, студентами были даны следующие: «вовремя обращаться в поликлинику» (28%), «соблюдение гигиены» (21%), «правильный режим дня» (14%).

В подтверждение или опровержение вышеизложенного нами задавался вопрос (вопрос-фильтр) относительно проведения свободного времени (Таблица 1).

Таблица 1

Распределение ответов на вопрос «Чем бы вы предпочли заниматься в свободное время?» (множественный ответ)

коммуникации личные и через Интернет с друзьями	71%
прослушивание музыки и просмотр контента	68%
посещение развлекательных заведений	67%
время на хобби	34%
занятие физкультурой или спортом	29%
ничего не делать (отдыхать)	18%
Другое	7%

Как показало исследование (Таблица 1), только треть респондентов свое свободное время предпочли «отдать» физкультуре и спорту. Как нам видится, предпочтение вышеизложенных видов деятельности для проведения досуга может свидетельствовать о недостаточно высокой мотивации к сохранению здоровья посредством физических нагрузок. Влияние на осознание студенчества о необходимости физкультуры

оказывает стереотипизация сознания: во-первых, зачастую ценность физической нагрузки на организм недооценивается (в ущерб интеллектуальной); во-вторых, молодежь часто переоценивает состояние своего здоровья; в-третьих, имея невысокую мотивацию, молодые люди не справляются с режимом ограничения (регулярность, отказ от вредных привычек, определенный режим дня и т.п.); в-четвертых, невысокий статус физической активности (нагрузки) в общей системе жизненных приоритетов; в-пятых, отсутствие взаимозависимости между физической активностью и состоянием здоровья, и физической активностью и будущей профессиональной деятельностью.

Несколько вопросов было посвящено пищевому поведению. Как мы выяснили, у респондентов преобладают уже сформированные привычки неправильного пищевого поведения: потребление фастфуда (каждый день – 32% опрошенных, 2-3 раза в неделю – 42%, редко – 16%, вообще никогда – 10%); потребление газированных сладких напитков (63%), потребление сладостей (82%). При этом, овощи (кроме картофеля) и зелень, вообще не пользуются популярностью среди студенчества (частое употребление только у 18% респондентов). Кроме того студенты достаточно редко употребляют рыбу и достаточно часто «сладкую молочку» (творожки, йогурты и т.п.).

Интересен тот факт, что сами студенты (74%) считают свое питание «не сбалансированным и даже вредным», но для изменения ситуации ничего не предпринимают.

Студенты колледжей определили факторы риска: «различные аддикции» (71%)(курение, употребление алкоголя), «отсутствие или недостаток физической активности» (58%), «плохая экология» (43%), «несбалансированное питание» и «плохие продукты» (58%), «конфликты, приводящие к нервным перегрузкам» (38%).

Причины, по которым студенты поддерживают свое «физическое состояние» определены следующие: «уважение от сверстников» и желание «понравится противоположному полу» (51%), «удовольствие от физической активности» и «удовольствие от собственного тела» (46%), «поддержка работоспособности» (23%), «быть здоровым» (17%), «достижение спортивных результатов» (5%). Таким образом, фактор физической активности как сохранение и поддержание здоровья среди студентов выделили менее пятой части респондентов, что может свидетельствовать скорее о гедонистической составляющей в системе ценностных ориентаций, но не о сформированной четкой позиции и понимания самосохранения и здоровьесбережения.

Причины отсутствия внимания к физической активности студентами определены такие как «не хватает времени» (33%), «отсутствие силы воли» (28%), «нет ясности в понимании» (25%), «не вижу смысла, не нахожу взаимосвязи между физической активностью и общим

самочувствием» (14%).

При этом составляющие поддержания физического состояния в гендерном разрезе различаются. Если девушек заботит, прежде всего, лишний вес и фигура, то у юношей усилия направлены на развитие мускулатуры и силовые нагрузки. Скорее всего, такие ответы могут свидетельствовать о том, что физкультура и спорт не воспринимаются молодыми людьми как одна из составляющих ЗОЖ и самосохранения, а воспринимается как некая внешняя оболочка, способствующая достижению в других сферах жизнедеятельности.

В заключении приведем основные выводы по исследованию:

1. Студенческая молодежь в систему жизненных ценностей включает здоровье как одну из главных ценностных ориентаций. В студенческой среде есть понимание здорового образа жизни и положительное отношение к нему. Однако большая часть студентов не достаточно мотивированы на сохранение и поддержание своего здоровья.

2. Большая часть студентов, которые имеют вредные привычки, выражают готовность отказаться от них, мотивируя это как негативный фактор, влияющий на сохранение здоровья. Имея положительные установки на здоровый образ жизни, большая часть студенческой молодежи не придерживается ЗОЖ. У студентов колледжей не сформировано четкое понимание самосохранения и здоровьесбережения.

1. Журавлева, И.В. Самосохранительное поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем / И.В.Журавлева // Социологические исследования. –2000. – № 5. – С. 66-74.

2. Корниенко, Д.С. Взаимосвязь характеристики «поиск ощущений» с характеристиками самосохранительного поведения / Д.С. Корниенко // Вестник ПГГПУ. Серия 1. Психологические и педагогические науки. – 2014. – С. 5-16.

3. Шилова, Л.С. Трансформация женской модели самосохранительного поведения / Л.С. Шилова // Социологические исследования. – 2000. – № 11. – С. 134-140.

**Левченко Е.В., Котова Д.В. (г.Курск)
ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет
Минздрава России**

**РОЛЬ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И МЕДИЦИНСКОЙ
ПСИХОЛОГИИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА
ЖИЗНИ У МОЛОДЕЖИ**

В статье затронута проблема формирования здорового образа жизни. Система образовательного процесса в высших учебных заведениях не позволяет полностью компенсировать общий дефицит двигательной активности студентов, имеющих хронические заболевания и низкий уровень физического развития. Внедрение в практику физического воспитания форм лечебной физической культуры позволит повысить уровень двигательной активности студентов, освобожденных от занятий физической культурой по состоянию здоровья.

Ключевые слова: лечебная физическая культура; физическое воспитание; молодежь.

The article deals with the problem of forming a healthy lifestyle – one of the most relevant in modern conditions. The system of the educational process in higher educational institutions does not allow to fully compensate for the general lack of motor activity of students with chronic diseases and a low level of physical development. The introduction of forms of therapeutic physical culture into the practice of physical education will increase the level of motor activity of students who are exempt from physical culture for health reasons.

Keywords: therapeutic physical culture; physical education; youth.

В соответствии с Постановлением «Об основных направлениях молодежной политики в Российской Федерации», к категории молодежи в России относятся граждане от 14 до 30 лет, однако 11 ноября 2020 года Государственная дума одобрила проект о повышении возраста молодежи до 35 лет (с 14 до 35 лет).

Многогранность проблемы здорового образа жизни обусловила междисциплинарный подход к научному изучению в виде интегрированности наук (медицинской, психологической, философской, социологической, этической, педагогической).

Состояние здоровья молодежи вызывает тревогу практически у всех специалистов – медиков, педагогов, психологов, социологов, демографов – занимающихся данной проблемой. Во многих работах отмечается снижение ресурса здоровья молодежи, в том числе не только физического, но и психического, социального, психологического, репродуктивного. Экономические и психологические нагрузки современной жизни отрицательно влияют и на состояние здоровья подростков и молодежи, и, как следствие, на эффективность процесса обучения и приобретение профессиональных навыков, а соответственно, теряется ценность формирования здорового образа жизни.

Традиционно, здоровый образ жизни рассматривается как стиль жизни, активная жизнедеятельность людей, направленные на сохранение и улучшение здоровья, включающие в себя формирование взаимообуславливающих навыков и привычек. В отечественной науке

приоритетное значение имеет представление, что ведущую роль играет мотивация здорового образа жизни, установки на соблюдение основных принципов здорового образа жизни. Основными факторами формирования здорового образа жизни подрастающего поколения являются: соблюдение режима сна и отдыха, принципов здорового питания, занятия физической культурой и спортом, отсутствие «вредных привычек», благоприятное эмоциональное состояние.

Проблема состояния здоровья молодежи носит особый, социально значимый характер. Успешное решение демографической проблемы также во многом зависит от того, насколько значимы для молодежи будут ценности здорового образа жизни. Решение вопросов оздоровления подростков и молодежи связано с преодолением специфических трудностей, ведь именно в этот возрастной период формируются вредные поведенческие привычки, которые наряду с другими факторами, включая недостаток информации и образования в области формирования навыков здорового образа жизни, сказываются на качестве здоровья поколения.

Поэтому актуальной является проблема выявления и профилактики поведения молодых людей, которое может привести к ухудшению качества их жизни. Идеалом в этом случае выступает формирование здоровьесберегающего поведения, направленного на сохранение и развитие физических, социальных и личностных потенциалов, оно включает в себя установки на здоровый образ жизни в самом широком смысле. Сюда входит не только отсутствие вредных привычек, но и профилактика заболеваний, и эстетика здорового тела, и, главное, отношение к собственному здоровью как необходимому условию рождения здоровых детей.

Здоровьесберегающее (самосохранительное) поведение определяют, как систему действий, направленных на формирование и сохранение здоровья, снижение заболеваемости и увеличение продолжительности жизни.

Типичная гиподинамия, с каждым годом растущая учебная нагрузка, нерациональное питание, большой объем работы с компьютером, социальный дискомфорт, действие различных психоэмоциональных факторов вызывают напряжение систем адаптации. Все это приводит к тому, что с каждым годом увеличивается доля молодежи, испытывающей трудности обучения, связанные с ухудшением физического и функционального состояния организма.

Значительную часть молодежи составляют молодые люди, имеющие серьёзные заболевания, часто хронические, но не входящие в категорию «инвалиды». Тем не менее, стойкие отклонения здоровья препятствуют их вовлечению в спортивно-оздоровительные мероприятия, способствующие формированию культуры здоровья, здорового образа жизни, призванных, в конечном счёте, улучшить состояние их здоровья. Молодые люди,

имеющие стойкие отклонения в здоровье, нуждаются в специфических формах работы с ними в плане формирования культуры здоровья, так как, не имея возможности участвовать в традиционных формах работы по физическому воспитанию – занятиях в спортивных секциях, соревнованиях, мероприятиях спортивно-массовой работы – лишены даже минимальной физической нагрузки, будучи освобожденными от учебных занятий физической культурой по медицинским показаниям.

Физические упражнения, оказывая сложное, необычайно сильное и многообразное воздействие на организм, способствуют совершенствованию определённых функций организма, являются самым надёжным фактором укрепления здоровья. Поскольку основная цель воспитания и образования современной молодёжи остается, очевидно, прежней – формирование гармонически развитой личности, то следует признать, что для достижения этой цели немаловажно воспитание у молодого человека осознанного отношения к формированию собственного здоровья, понимание его значимости как общечеловеческой ценности.

Физическая культура – часть общечеловеческой культуры, направленная на укрепление и совершенствование организма человека, и улучшение его жизнедеятельности посредством применения широкого круга средств: различных систем физических упражнений, спорта, естественных сил природы, гигиенических мероприятий в общественной практике и повседневной жизни. В социальном плане под физической культурой понимают совокупность духовных и материальных ценностей, созданных и используемых обществом для оптимизации физического развития и двигательной активности людей и опосредованно всей их жизнедеятельности в целях физического совершенствования.

Термин «лечебная физкультура», прежде всего, обозначает раздел медицины, изучающий лечение и профилактику заболеваний методами физкультуры. Лечебная физическая культура (ЛФК) – метод лечения, состоящий в применении физических упражнений и естественных факторов природы к больному человеку с лечебно-профилактическими целями. В основе этого метода лежит использование основной биологической функции организма – движения.

Лечебная физическая культура – самостоятельная научная дисциплина, использующая для лечения и профилактики различных заболеваний средства физической культуры. В основе лечебного действия физических упражнений лежит систематическая, строго дозированная тренировка, которая кроме местного воздействия на отдельные органы и системы оказывает влияние на весь организм в целом, в связи с чем, повышается общая устойчивость больного к неблагоприятным факторам, изменяются его реактивные свойства. Особенностью физических упражнений, применяемых с лечебной целью, является их лечебная и педагогическая направленность. При этом учитывается несомненное

воздействие нервной системы на возникновение и протекание патологических процессов, что приводит к необходимости назначения комплексного лечения, в котором среди других мероприятий общего лечебного характера одно из важных мест занимает лечебная физическая культура. Лечебная физическая культура способствует более быстрому восстановлению работоспособности после заболеваний, предохраняет от возникновения ряда патологических процессов, которые развиваются при недостаточной физической активности человека, вследствие чего является обязательным лечебным и профилактическим мероприятием во всех звеньях здравоохранения.

Важным условием формирования и совершенствования механизмов адаптации, в том числе и к умственным нагрузкам, является двигательная активность. Однако система образовательного процесса не позволяет полностью компенсировать общий дефицит двигательной активности, особенно у подростков и молодежи, имеющих хронические заболевания и низкий уровень физического развития, что создает предпосылки для поиска новых форм и средств физической культуры оздоровительной направленности.

Одним из путей решения названной проблемы является организация групп лечебной физкультуры в образовательных учреждениях, занятия в которых проводятся с учетом индивидуального здоровья и направлены на коррекцию нарушений.

В целях решения данной проблемы в образовательных учреждениях для студентов организуются группы ЛФК (лечебной физкультуры), занятия в которых проводят, наряду со специалистами – преподавателями физкультуры, имеющими соответствующую квалификацию, врач и психолог. Занятия данной группы включают в себя, помимо специально организованных физических упражнений, теоретические и практические разделы курса «Психофизические основы здоровья», созданного в рамках курса «Психология здоровья». Студенты в зависимости от физического развития, состояния здоровья и функциональной подготовки разделяются на 3 группы: основную, подготовительную и специальную медицинскую. Студенты, имеющие отклонения в состоянии здоровья, как правило – хронические заболевания или повреждения опорно-двигательного аппарата, занимаются в специальных медицинских группах. Комплектование групп осуществляет врач. Основным критерием для включения в специальную медицинскую группу является то или иное заболевание, уровень физической подготовленности, очаги хронической инфекции. Группы формируются по нозологии (заболеваемости). Так, например, молодые люди с заболеваниями кардиореспираторной, пищеварительной, эндокринной систем составляют одну группу; студенты с травмами (заболеваниями) опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы – другую; имеющие отклонения со

стороны слуха или зрения – третью; имеющие отклонения со стороны центральной нервной системы (неврозы и пр.) – четвертую. Студенты в таких группах обычно характеризуются слабым физическим развитием и низким функциональным состоянием. Они, как правило, были освобождены от уроков физкультуры еще в школе. А если в школах, где они учились, не было занятий в специальной медицинской группе, то их физическое и функциональное состояние совсем незавидное. У них часто возникают простудные заболевания, а в осенне-зимний период происходит их обострение.

Программа занятий лечебной физкультурой строится так, чтобы принести пользу обучающемуся. Преподаватель выступает не только как тренер, но и как врач. Обычно лечебную физкультуру назначают на время, например, на три недели. Это как бы реабилитационный период. Потом учащегося переводят в спецмедгруппу, если все будет хорошо, то впоследствии и в основную группу. На самом деле любые физические упражнения можно считать лечебными, если правильно их выполнять и получать от этого удовольствие.

Особенностью занятий лечебной физкультурой является периодический контроль над здоровьем учащихся. Процедура обследования обычно проходит два раза в год. На осмотре измеряется рост, вес, давление, объем отдельных частей тела, жизненная емкость легких и многое другое. Результаты измерений фиксируются в специальной тетради. После выстраивается карта прогресса или регресса здоровья студента. Кроме этого, раз в год молодые люди проходят специальные психологические тесты, необходимые для определения эмоционального состояния. Разумеется, и в этой области прогресс должен быть.

Несомненно, что любое образовательное учреждение стремится к тому, чтобы групп ЛФК и спецмедгрупп было как можно меньше, поскольку от здоровья студентов напрямую зависит их успеваемость, а, следовательно, и престиж учебного заведения.

Многими авторами, занимающимися проблемами психосоматики, выявляется жесткая связь между личностным проявлением и соответствующим заболеванием. Использование психосоматического подхода позволяет оценить динамическую взаимосвязь разноуровневых компонентов человеческой деятельности, имея в виду духовные и организменные функции. Такая диагностика опирается не только на инструментальные (физикальные, параклинические) признаки органного (системного) расстройства, но и личностную реакцию на развивающуюся болезнь.

Современное направление в медицинской психологии – психология спорта не остается в стороне от молодых ученых. Разработку оздоровительных программ, используемых в группах ЛФК, для

повышения эффективности необходимо осуществлять, опираясь на результаты практических исследований личностных психологических особенностей учащихся. Кроме того, необходимым представляется постоянный мониторинг с целью отслеживания эффективности использования специальных курсов ЛФК и их оптимизации.

Внедрение в практику физического воспитания в образовательных учреждениях форм ЛФК позволит повысить уровень двигательной активности учащихся, освобожденных от занятий физической культурой по состоянию здоровья, будет способствовать повышению уровня здоровья, адаптации к учебной деятельности и как следствие – качества подготовки специалистов.

Привлечение молодежи к двигательной активности является вехой в формировании осознанного отношения к здоровому образу жизни.

Расширение возможности занятий физическими упражнениями приводит к активизации функций всех органов и систем, что в свою очередь способствует улучшению умственной и физической работоспособности.

1. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки. М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 246с.

2. Загревская А.И. Инновационный подход к физкультурному образованию студентов специальной медицинской группы в вузе // Адаптивная физическая культура. 2007. № 1. С.4-8.

3. Загревская А.И. Методология построения содержания физкультурного образования студентов специальной медицинской группы педагогического вуза // Теория и практика физической культуры. 2008. № 10. С.17-21.

4. Капилевич Л.В., Солтанова В.Л., Давлетьярова К.В. Организация занятий лечебной физической культурой с освобожденными от физического воспитания студентами // Теория и практика физической культуры. 2008. № 7. С.29–32.

5. Капилевич Л.В., Солтанова В.Л., Давлетьярова К.В. Коррекция нарушений функции равновесия у студентов посредством лечебной физической культуры // Бюллетень сибирской медицины. 2009. № 3. С.23–27.

6. Кузнецова С.В. О проблемах психосоциальной адаптации студентов с нарушениями физического здоровья // Психосоциальная адаптация в трансформирующемся обществе: психология здоровья и здорового образа жизни: материалы III Междунар. науч. конф.(Минск,19-20мая2011г.). – Минск: Изд. центр БГУ, 2011. – С. 196-201.

7. Кузнецова С.В., Архипова Л.Ю. Тенденции формирования ценности здоровья в молодежной среде// Физическая культура в современном университете: проблемы и перспективы: сборник научных статей / Под ред. профессора Д.В. Михеля. Саратов: Изд-во СГТУ, 2011. – С.38-44.

8. Петраш М.Д., Муртазина И.Р. Понятие «здоровый образ жизни» в психологических исследованиях//Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология и педагогика. 2018. Т.8. Вып.2. с.152-165.

9. Шилько В.Г. Педагогические основы формирования физической культуры студентов. Томск: Том. гос. ун-т, 2001. 188с.

10. Шилько В.Г. Физическое воспитание студентов на основе личностно-ориентированного содержания физкультурно-спортивной деятельности: Автореф. дис д-ра пед. наук. Томск, 2003. 28с.

Лукьяшко А.Г. (г. Ростов-на-Дону)
ФГАОУ ВО Южный федеральный университет

ЦЕННОСТНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЗДОРОВЬЯ РОССИЙСКОЙ МОЛОДЕЖИ И ВЕКТОРЫ ТРАНСФОРМАЦИИ ЕЕ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ

В статье актуализируется проблема ценности здоровья в молодежной среде современной России. Ее значимость для социологической науки и практики обосновывается тенденцией, связанной с трансформацией культуры здоровья молодежи, которая утрачивает духовные основания и приобретает характерные для современного мира черты прагматизма и значимости телесного фактора. На фоне снижения здоровья молодежи анализ его ценностной составляющей как структурирующей культуру здоровья возрастает потребность в социологическом изучении социокультурного контекста изменений в сфере здоровья. Данный контекст является производным от трансформации самой социальности, подчиненной логике развития цифрового общества.

Ключевые слова. Молодежь, здоровье, ценность здоровья, культура здоровья, мобильность, цифровая эпоха.

The article actualizes the problem of the value of health in the youth environment of modern Russia. Its significance for sociological science and practice is substantiated by the trend associated with the transformation of the culture of youth health, which is losing its spiritual foundations and acquiring features of pragmatism and the significance of the bodily factor characteristic of the modern world. Against the background of a decline in the health of young people, an analysis of its value component as structuring the culture of health increases the need for a sociological study of the socio-cultural context of changes in the field of health. This

context is derived from the transformation of sociality itself, subordinate to the logic of the development of a digital society.

Keywords. Youth, health, health value, health culture, mobility, digital age.

Ценностное пространство российского общества значительно изменилось за постсоветский период, что вполне закономерно ввиду смены социально-политического курса, экономического порядка, перехода в режим открытости на уровне международных коммуникаций. Вместе с тем, изменения в ценностных установках и ориентациях россиян продолжают трансформироваться, и теперь уже иной фактор оказывает на этот процесс доминантное влияние. Этот фактор связан с процессом глобального масштаба – цифровизацией, глубоко проникающей во все жизненно важные сферы общественной жизни и требующей применения иных способов и форм адаптации к новому цифровому миру [13].

В данных условиях молодежь привлекает к себе самое пристальное внимание, так как структура ценностей и характер ее изменения может служить не только индикатором трансформации системы ценностей общества в целом, но и прогнозирования дальнейших изменений в обществе, предвидения будущего. Ценности, как справедливо отмечают исследователи, являются смыслом и стержнем культуры, ключевым мотиватором социального поведения, что определяет когнитивный интерес к динамике ценностей и ценностных ориентаций, трансформации поведенческих стратегий индивидов под влиянием ценностной трансформации общества [5,7].

С этой точки зрения, проблема ценности здоровья в молодежной среде и ее трансформация в условиях новой реальности информационного общества характеризуется как актуальная и для науки, и практики.

Актуальность данной проблематики для российского общества связана прежде всего с таким негативным явлением, как культура нездоровья, находящим свое отражение как на уровне всего российского населения [6], так и среди молодежи. Уровень ее социального здоровья внушает давно опасения в научном сообществе. Рассматривая социальное здоровье как социальный феномен, возникающий в процессе взаимодействия индивида с социальной средой и отражающий характер и уровень этого взаимодействия, социологи отводят ему важнейшую роль в гармоничном развитии молодой личности, но на сегодняшний день молодежь России в данном контексте оценивается ими как наиболее рискогенная группа [3].

Рискогенность данной социально-демографической группы проявляется в различных контекстах. Так, говоря о ситуации на рынке труда в современной России, исследователи также выделяют молодежь в качестве основной группы риска, которая, обладая всеми необходимыми характеристиками для успешной адаптации на рынке труда в условиях

современного мобильного мира, тем не менее, далеко не всегда находит себя в социально-профессиональной сфере, с трудом осуществляет профессиональную самореализацию, особенно в рамках полученной профессии [8].

Сама социальная среда, в которой социализируется российская молодежь, не может рассматриваться, как благоприятная для ее жизненной самореализации. Ученые отмечают рост экзистенциальных страхов в России и расширение границ небезопасности, в пространстве которых потеря здоровья выступает ключевым страхом [10; с. 100]. Потеря здоровья в современном российском обществе ассоциируется со страхом бедности, безработицы, поскольку не работает система социальной защиты населения в должной мере, гарантирующей достойное существование человека в любых жизненных условиях, в которых он может оказаться по различным причинам. Хорошо известно, что доступ к качественным медицинским услугам, качественному образованию и иным услугам в условиях рыночных реалий современной России определяется материальным благосостоянием, а потому и ценности материального порядка у российской молодежи занимают достаточно высокие позиции в иерархии ценностей. Сам жизненный успех у нее, во многом, связывается с достижением высокого материального благополучия, которое определяет жизненную самореализацию в различных сферах жизнедеятельности – в профессии, в семье [12].

Неудивительно, что формируются подобные страхи относительно здоровья, ценность которого в подобной проекции жизненного успеха приобретает очертания ресурса, который также используется для достижения жизненных целей, как и другие ресурсы.

Логично в этом случае поставить вопрос: какова ценностная составляющая здоровья молодежи и ее культуры здоровья в создавшихся условиях современного мобильного мира? Ценность здоровья, если отталкиваться от социологической традиции ее изучения, измеряется отношением индивида, социальной группы и населения в целом к здоровью, в том числе в соотношении со значимостью других базовых ценностей; стилем жизни с точки зрения отношения к вредным привычкам и их распространенности, значимости спорта и распространенности спортивных практик. Особое внимание социологи уделяют изучению влияния различного рода факторов и акторов на формирование ценности здоровья [2].

Обзор имеющейся литературы в данной области показывает, что в современном российском обществе сформировалась весьма противоречивая ситуация, связанная с тем, что реальное поведение жителей страны в сфере здоровья расходится с ценностным отношением к здоровью. Оно занимает весьма значимое место в системе базовых ценностей россиян, входит в число значимых их мечтаний, но реальное

состояние жителей России говорит о том, что данная мечта о здоровье формируется далеко неслучайно, а связана как раз с тем, что его уровень крайне невысокий [9].

Иными словами, высокая ценность здоровья не обеспечивается соответствующими оздоровительными или здоровьесберегающими практиками и представлена, как идеальная конструкция, что объясняет негативный сценарий демографического развития российского общества [11].

Здоровье как ценность и базирующаяся на ней культура здоровья не статичны и меняются в логике общественной динамики. В разные времена соотношение духовного и физического в культуре здоровья были представлены в разной конфигурации. Культ телесности, как известно, был характерен для культуры Древней Греции. Не проводя определенной параллели, хотим заметить значимость этого телесного фактора в современной культуре здоровья. Но телесный аспект культуры здоровья в современную эпоху имеет свои особенности. Тело стало тем, что можно конструировать, менять, подчиняя моде, трендам, определяющим здорового и успешного человека. Иными словами, представления о теле человека кардинально изменились. Тело поставлено на службу человеку как его ключевой ресурс, что позволяет говорить о снижении значимости духовного в культуре здоровья, которая в большей степени акцентирована на физиологической стороне того, что ассоциируется со здоровым человеком.

В цифровую эпоху как эпоху высоко мобильного мира такое отношение к телу и здоровью вполне объяснимо, так как от того, насколько человек будет соответствовать принципам мобильности, динамичности, адаптированности, настолько он впишется в мобильный контекст новой реальности и достигнет в ней успеха, ибо сама современность уже рассматривается, как синоним современности [14]. И тело человека в таком мире становится важнейшим ресурсом, с которым экспериментируют в духе времени и вызовов эпохи [1]. Молодежь, социализирующаяся в этом социокультурном пространстве и контексте, не может не впитать такой ценностный тренд здоровья, такое отношение к телу, к телесности. Из этого складывается ее культура здоровья, вписанная в условия жесткой конкурентной рыночной среды. И потому молодежь, поставленная в рамки жесткой конкуренции, часто вынуждена рисковать здоровьем, которое совершенно отчетливо приобретает «инструментальные» контуры и черты. Безусловно, многое зависит от того, в какой микросоциальной среде происходит становление молодой личности, в какой семье она растет, но социологи, обратившиеся к этому вопросу, пришли к выводу, что мотивация отношения к здоровью у молодежи не зависит от этих факторов при том, что само отношение к здоровью значительно дифференцируется, и лучше оно у молодежи, чьи

родители имеют более высокий образовательный уровень и социально-экономический статус [4].

Другими словами, мотивационный фон отношения к здоровью у российской молодежи формируется за пределами микросоциальной среды и детерминируется факторами макросреды, т.е. спецификой новой цифровой эпохи, ее ценностными трендами и запросами, требованиями и вызовами.

1. Антонова Н.Л., Меренков А.В. Тело как проект: практики конструирования // Вестник ПНИПУ. Социально-экономические науки. 2019. № 2. С. 8-20.

2. Арина Г.А., Иосифян М.А., Николаева В.В. Осознаваемые и неосознаваемые ценности и решение дилемм, связанных со здоровьем // Национальный психологический журнал № 4(32) 2018. С. 77-85; Русанова Н.Е. Здоровье населения: от индивидуальной ценности до базового фактора общественного развития // Народонаселение. 2018. Т. 21. № 1. С. 109-121.

3. Гафиатулина Н.Х., Верещагина А.В., Самыгин С.И. Социальное здоровье российской молодежи: риски разрушения в условиях глобализации / // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2017. № 10. С. 26-31.

4. Журавлева И.В., Лакомова Н.В. Роль семьи в формировании отношения к здоровью и окружающей среде // Социология медицины. 2020. Т. 19. №1. С. 32-42.

5. Каменева Т.Н. Здоровый образ жизни как объект саморегуляции в молодежной среде // Государственная молодежная политика: национальные проекты 2019-2024 гг. в социальном развитии молодежи. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Федеральный научно-исследовательский социологический центр, Институт социально-политических исследований. — 2020. — С. 186-191.

6. Мавропуло О.С. Факторы кризиса культуры здоровья в современной России // Социально-гуманитарные знания. 2017. № 7. С. 131–137.

7. Маршак А.Л., Рожкова Л.В. Культурная консолидация как инновационная основа развития социальной структуры российского общества // ПОИСК. 2020. №3 (80). С. 27-39.

8. Мищенко Д. Н. Молодежь на рынке труда и проблемы ее профессионализации в фокусе научного дискурса // Социально-гуманитарные знания. 2019. № 11. С. 128-134.

9. Немова О.А., Кутепова Л.И., Ретивина В.В. Здоровье как ценность: мечта и реальность // Здоровье в XXI веке. 2016. № 11. С. 155-

157.

10. Родионова В. И., Руденко А. М., Швачкина Л. А. Модификации экзистенциала страха человека в современной культуре и обществе // Гуманитарий Юга России. 2019. Том. 8. № 2. С. 93-105.

11. Рыбаковский Л.Л., Кожевникова Н.И. Депопуляция в России, ее этапы и их особенности // Народонаселение. 2018. Т. 21. № 2. С. 4-17.

12. Ценностные ориентации российской молодежи и реализация государственной молодежной политики: результаты исследования [Текст] : монография / Государственный университет управления ; [под общ. ред. С.В. Чуева]. М. : Издательский дом ГУУ, 2017. 131 с.

13. Цифровизация человека: влияние цифровых технологий на общество [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://mentamore.com/socium/cifrovizaciya-cheloveka.html>

14. Sheller M., Urry J. The New Mobilities Paradigm // Environment and Planning A. 2006. No. 2 (38). P. 207–226.

Маркова М.Д. (г. Курск)
ФГБОУ ВО Курский государственный
университет Минздрава России

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РОССИИ

В различные эпохи существования нашей страны люди пытались укрепить здоровье и тем самым продлить себе жизнь. В этой статье вы узнаете о том, как люди в разные временные промежутки поддерживали здоровый образ жизни и развивали данное направление.

Ключевые слова: здоровье, здоровый образ жизни, спорт, правильное питание, медицина.

In various epochs of our country's existence, people have tried to improve their health and thereby prolong their lives. In this article, you will learn about how people in different time periods maintained a healthy lifestyle and developed this direction.

Keywords: health, healthy lifestyle, sports, proper nutrition, medicine.

Здоровье - одна из важнейших ценностей человека. Оно напрямую зависит от образа жизни. Так, по мнению академика Ю.П. Лисицына, здоровый образ жизни - это не просто всё то, что благотворно влияет на здоровье людей, не только соблюдать медико-социальной активности, искоренение вредных привычек, правильное питание и т.д., а прежде всего, использование материальных и духовных условий и возможностей в

интересах здоровья, гармоническое, физическое и духовное развитие человека [2].

Для обозначения наиболее изученных проблем в конце статьи применен описательный метод [4,7].

Одним из важных видов государственных услуг [4,6] является услуги здравоохранения, которыми могут воспользоваться все граждане. А вот здоровый образ жизни формируется индивидуально под воздействием социума. Социум представляет собой сложную, многоуровневую и динамически развивающуюся систему [1], который в каждую историческую эпоху имел определенные ценностные ориентации.

История медицины на Руси развивается еще с раннего периода, примерно в X веке. Даже тогда людей приобщали к здоровому образу жизни- правильный прием пищи, соблюдение режима дня, гимнастика. Но при этом люди рано умирали, чаще всего от болезней. В среднем население не доживало даже до 30 лет. Вести статистику начали во времена правления Александра II. На 1000 умерших – 649 человек – это те, кто не достиг 15 лет; 156 человек – те, кто преодолел рубеж в 55 лет. То есть 805 человек из тысячи - это дети и старики. Для лечения болезней и сохранения здоровья люди принимали различные травы. Употребляли их в высушенном виде, а чаще всего свежими и целиком, поскольку считали все части полезными. В девятом веке появились больницы при монастырях.

Народная медицина начинает изучаться только в XIX веке. Ученый Н.А. Богоявленский изучил сборники XVI-XVIII вв. Медицинские тексты в сборниках выполняли познавательную роль, но не руководство. Он трактует различные целительные средства того времени (миро, краски, освященная вода, миро). Это объясняется тем, что люди считали главным духовное исцеление, чем телесное. Мирский говорит о том, что в религиозном сознании в древности и Средневековья болезнь представлялась наказанием человеку за его грехи, а выздоровление- прощение их [5]. Первое упоминание об эпидемиях появляется лишь к концу XVI века. Но это принимается, как божье наказание за грехи человечества.

Впервые о сохранении здоровья матери и ребенка, а так же об необходимости охраны здоровья на государственном уровне стал высказываться великий ученый М.В. Ломоносов. Он говорил о том, что плохое питание одна из важнейших причин плохого здоровья людей, живущих в нашей стране. Поэтому Михаил Васильевич призывает, чтобы государство организовало правильное питание. В письме графу И.И. Шувалову он писал о необходимости открытия большего количества аптек, приютов, больниц; необходимость санитарных мер; обучение ухода за младенцами. В самом начале XIX века появляется печатное издание И. Венцеля «Первое понятие о том, как живет наше тело, что для него вредно

и полезно», в котором даются советы для поддержания здоровья детей. Не смотря на это время в Европе, у нас в стране это было не так распространено и развитием детей мало кто интересовался из ученых [3].

К середине XIX века стало больше внимания уделяться поддержанию здоровья. Это мы можем увидеть в трудах Н.А. Добролюбова, А.И. Герцена. В.Г. Белинский писал, в том, что главной охраной здоровья является правильный образ жизни и необходимо привлекать к этому детей. Обобщая данный период, хочется сказать, что развивалось педагогическое направление гигиены, объяснялись знания об организме человека. А.М. Карпов говорил, что, прежде всего, разумный образ жизни, который формируется в процессе саногенеза на всех уровнях биологической и социальной организации жизни человека, что, по мнению, исследователя включает механизм обучения.

В года революции система здравоохранения пошатнулась, как и многие сферы империи. В новой стране СССР активно развивалась пропаганда здоровья. В 1917 году изучается декрет «О восьмичасовом рабочем дне, продолжительности и распределении рабочего времени». Это имело колоссальное значение, т.к. в сравнении с царской Россией рабочий день составлял 12-15 часов. Данные меры берегли здоровье населения.

В СССР происходило развитие здравоохранения, популяризация спорта, доступная медицина. В СМИ постоянно говорилось о достижениях советских спортсменов, выпускались плакаты. По телевизору и радио для граждан проводилась зарядка, также они проводились в школах перед началом занятий. Каждый школьник должен был заниматься спортом, а невыполнение нормативов был постыдным. Также взрослым прививалась любовь к спорту. Н. Семашко составляет декрет, который подписывает В.И. Ленин в 1920 году « Об использовании Крыма для лечения трудящихся». Позже это закрепляется законом 1969 года «Об утверждении Основ законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении». Главной целью государства была забота о здоровье граждан. В Основах декламировалось «охрана здоровья народа - одна из важнейших задач Советского государства». Такая массовая работа принесла очевидные успехи – СССР на протяжении своего существования был сильнейшей державой. Во времена перестройки, в эпоху современной России пропаганда спорта и ЗОЖ была сведена к минимуму. В 90-х гг. после «открытия границ» в России поступают некачественные и вредные продукты питания, алкоголь, табачные изделия и наркотики. Всё это отразилось на состоянии здоровья населения. Сейчас спорт в нашей стране восстанавливает свои позиции. Строится множество спортивных объектов, после проведения Олимпийских игр в Сочи и Чемпионата мира по футболу любовь к спорту еще более стала прививаться. В современном образовании одной из главных целей является сохранение и укрепление здоровья

школьников. Вводятся специальные предметы в школьную программу - ОБЖ, ЗОЖ, устраиваются специальные тематические конкурсы.

Здоровый образ жизни - это выбор каждого человека, это правила, соблюдая которые, человек укрепляет здоровье и продлевает жизнь. С развитием медицины и технологий человеку проще следить за своим здоровьем, но на основании исследования мы видим, что еще с древних времен существования нашего государства прививалась любовь к ЗОЖ и изучались различные методы в данной отрасли. Можно сделать вывод, что с каждым годом всё больше людей стремятся вести здоровый образ жизни.

1.Абрамов А.П., Чуйков О.Е. Социология управления: учебное пособие. – 2-е изд., с исп. и доп. – Курск: Изд.- во ЗАО «Университетская книга», 2019. – 305с.

2. Лисицын Ю.П. Образ жизни и здоровье населения. М., 1982, С.6.

3. Мирский М.Б. Медицина России X–XX веков: Очерки истории. М., 2005.

4. Каменева Т.Н., Чанкова Е.В. Социокультурные составляющие отношения к здоровью в условиях пандемии // Вестник Южно-Российского государственного технического университета (НПИ). Серия: Социально-экономические науки. — 2021. — Т. 14. № 2. — С. 83-91.

5. Карпов А.М. Здравствуйте, если хотите. Образовательно-воспитательные основы интеграции медицины, экологии, образа жизни и власти. Казань: Медицинская литература, 2008.

6. Чуйков О.Е. Государственные муниципальные услуги. - Курск, 2017. – 210с.

7. Chuikov O.E., Gordeev I.A., Batyrov V.V. The discoveries and achievements of modern historiography of the don cossacks in the second half of the XIX century//Былые годы. Российский исторический журнал. 2016. № 41-1 (3). С. 675-687.

**О.С. Мосиенко (г. Ростов-на-Дону)
ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет»**

**МНЕНИЯ И ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ О
ГОТОВНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К
ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПАНДЕМИИ COVID-19 (НА ПРИМЕРЕ
РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ)**

На материалах регионального социологического исследования «Социальное самочувствие профессионального медицинского сообщества в сложной эпидемиологической ситуации» в статье проводится анализ мнений и оценок медицинских работников о готовности системы здравоохранения Ростовской области к возникновению пандемии COVID-19. В глубинном интервьюировании приняли участие медицинские работники бюджетных лечебных учреждений г. Ростова-на-Дону и Ростовской области.

Ключевые слова: пандемия COVID-19, коронавирусная инфекция, система здравоохранения, медицинский работник, медицинская помощь.

Based on the materials of the regional sociological study “Social well-being of the professional medical community in a difficult epidemiological situation”, the article analyzes the opinions and assessments of medical workers about the readiness of the healthcare system of the Rostov region for the outbreak of the COVID-19 pandemic. The in-depth interviewing was attended by medical workers of budgetary medical institutions in Rostov-on-Don and the Rostov region.

Keywords: COVID-19 pandemic, coronavirus infection, health care system, medical worker, medical care.

Новая коронавирусная инфекция напомнила всему человечеству о том, насколько важна профессия врача. Врачи рискуют своей жизнью и здоровьем, находясь на пике борьбы с вирусом. А считают ли сами медицинские работники, что система здравоохранения в нашей стране справилась со вспышкой пандемии? Пандемия вызвала волну интеллектуальных усилий во всем мире, направленных на то, чтобы понять, что происходит, и попытаться заглянуть в будущее. И это естественно: мир становится все более непонятным и неопределенным, что приводит к напряжению, побуждает формулировать вопросы и искать ответы.

В октябре 2020 г. Министр здравоохранения РФ М. Мурашко выступил на XIII Евразийском экономическом форуме с сообщением о роли пандемии COVID-19 в преобразовании систем здравоохранения во всем мире, уделяя особое внимание трансформации инфраструктуры здравоохранения в России. «В условиях возникновения инфекционных пандемий и других биологических угроз инфекционная служба играет важнейшую роль в сохранение жизни и здоровья населения. В РФ, в отличие от многих стран, сохранилась инфекционная служба, а специализированная медицинская помощь по профилю «Инфекционные болезни» в РФ выстроена по вертикали, в том числе на федеральном, региональном и локальном уровнях» [6], - отметил глава Минздрава России. М. Мурашко также подчеркнул, что функционированию здравоохранения в РФ способствовали система всеобщего обязательного

медицинского страхования, расширение коечного фонда, реструктуризация системы финансирования здравоохранения в условиях пандемии. Беспрецедентное развитие получили телемедицинские консультации, которые проводятся ведущими федеральными медицинскими центрами Минздрава России круглосуточно с учетом приоритетности», - подчеркнул Мурашко.

«Сейчас мы ведем борьбу с коронавирусом планомерно, без рывков и потрясений. Правительство понимает, что нужно делать в экономике, в здравоохранении, в других ключевых сферах, чтобы действовать проактивно», - сказал премьер-министр М. Мишустин на заседании Международного дискуссионного клуба «Валдай» (20-22 октября 2020 г.) [7].

«Российская система здравоохранения смогла справиться с пандемией коронавируса» [5] – заявил президент РФ В.В. Путин 17 декабря 2020 г. во время ежегодной онлайн пресс-конференции, посвященной пандемии коронавируса COVID-19. По его словам, проблемы есть, но еще ни одна страна с такой проблемой не сталкивалась. «Наша система здравоохранения и государственное управление продемонстрировали готовность быстро мобилизовать необходимые ресурсы и сделали это» [5], - сказал Путин. «Да, проблем достаточно, но в целом система здравоохранения адекватно отреагировала на угрозы, которые возникли для граждан нашей страны» [5], - отметил президент.

В России на конец марта 2021 г. количество коек для больных коронавирусом сокращено более чем наполовину, система здравоохранения возвращается к плановому режиму работы. Об этом в среду, 31 марта, заявила вице-премьер Т. Голикова на церемонии подписания генерального соглашения между профсоюзами, работодателями и правительством на 2021-2023 годы. «Нам пришлось разворачивать «ковидные» койки. Но теперь мы можем сказать, что с пика 279 тыс. коек, которые были у нас развернуты зимой, мы уже ушли на 119 тыс. Я привожу эти цифры только для того, чтобы сказать, что мы возвращаемся к плановой работе системы здравоохранения» [3], - заявила Голикова. Голикова также уточнила, что теперь будет восстановлена диспансеризация и профилактические осмотры.

В условиях усложнения эпидемиологической ситуации в России и в мире актуализируется значение социальной диагностики последствий эскалации коронавирусной инфекции COVID-19 для медицинского сообщества и всей системы здравоохранения в целом. По результатам исследования Аналитического центра НАФИ, проведенного с 15 по 18 июня 2020 года, в рамках которого было опрошено 300 медицинских работников, более половины медиков (54%) считают, что система здравоохранения в России справилась с пандемией так же, как и в большинстве других стран. 24% медработников полагают, что российская

система здравоохранения справилась с пандемией лучше, чем в других странах, 22% придерживаются противоположной точки зрения - «Хуже, чем большинство других стран» [1].

Выявление мнений и оценок медицинских работников о готовности системы здравоохранения Ростовской области к возникновению пандемии COVID-19 стало одной из задач регионального социологического исследования «Социальное самочувствие профессионального медицинского сообщества в сложной эпидемиологической ситуации», которое реализуется по гранту РФФИ [4] научным коллективом Южного федерального университета (г. Ростов-на-Дону) с лета 2020 года. Объектом исследования выступили медицинские работники (лица, получившие высшее или среднее специальное медицинское образование) бюджетных лечебных учреждений г. Ростова-на-Дону и Ростовской области. На первом этапе реализации проекта осуществление поисковых процедур и апробация исследовательского конструкта осуществляется посредством качественных исследовательских процедур, а именно серии глубинных интервью с медицинскими работниками. Было решено провести глубинные интервью с двумя группами медицинских работников: работающие с пациентами с COVID-19 и не работающие, чтобы получить максимально вариативную выборку и продемонстрировать разнообразие опытов: разные половозрастные группы, разные медицинские специализации, разные должности в административной иерархии, разные типы медицинских учреждений. Проведены 31 глубинное интервью 61% медицинских работников, занятых в работе с COVID-пациентами (образование высшее – 42%, образование среднее специальное – 58%) и 39% медицинских работников, не занятых в работе с COVID-пациентами (образование высшее – 58%, образование среднее специальное – 42%); 71% женщин и 29% мужчин; 61% медиков из г. Ростова-на-Дону и 39% медиков из других населенных пунктов Ростовской области.

Так, чтобы проанализировать мнения и оценки медицинских работников о готовности системы здравоохранения Ростовской области к возникновению пандемии COVID-19, в данной статье автор приведет некоторые результаты глубинных интервью с информантами. В целом на вопрос: «Как Вы считаете, система здравоохранения в Вашем регионе (Ростовской области) справилась с возникновением пандемии?» только 25% информантов ответили, что так или иначе справилась: *«Справилась. Наш Минздрав справился, были задействованы дополнительные больницы, открыты дополнительные койки, ни одних ковидных мы не оставили дома без присмотра»* (жен., 38 лет, врач скорой помощи, г. Ростов-на-Дону); *«Я думаю, что да. По крайней мере все, что она [система здравоохранения Ростовской области] могла сделать, она сделала»* (жен., 37 лет, врач-эндокринолог детский, Ростовская обл. (далее РО)); *«Я думаю, что пока контролируют пандемию. Ситуация не выходит из-под контроля,*

постоянное мониторирование идет. Первоочередная задача в лечебных учреждениях на всех уровнях – это борьба с пандемией, все подчинено этому в первую очередь» (муж., 61 год, врач-невролог, РО); *«Думаю, что да. Если бы не справилась у нас навряд ли закрывали бы ковидный госпиталь. Мы видели поток пациентов, поступающих с начала ковида и под конец. Он реально снизился»* (муж., 32 года, врач в ковид. Госпитале, г. Ростов-на-Дону).

Еще 23% информантов неуверенно отметили о готовности здравоохранения Ростовской области к эпидемии коронавируса, система справилась, но с трудом, с недочетами (*«Справилась, но настолько тоненько, по швам. Был момент, когда понимал, что еще чуть-чуть и всё»*) (муж., 35 лет, врач-невролог, г. Ростов-на-Дону); *«Вроде как да, с одной стороны. А с другой стороны, я вчера смотрела, опять мы, по моему, пятые по величине. Почему? Не знаю»* (жен., 63 года, врач ЛФК, г. Ростов-на-Дону); *«Я думаю, что с трудом, но справилась. Конечно, это можно было бы сделать где-то быстрее, намного лучше, но хорошо рассуждать задним умом и задним числом»* (жен., 25 лет, врач в ковид. Госпитале, г. Ростов-на-Дону); *«Да, наверное, справилась. Не без недочетов, конечно. В такой ситуации недочеты более выпуклые, их лучше видно, все об этом говорят, у всех на слуху все это»* (жен., 55 лет, участковая медсестра, РО). 13% информантов затруднились ответить на вопрос, справился ли региональный Минздрав с возникновением пандемии.

39% информантов высказались о явной неготовности системы здравоохранения Ростовской области к возникновению пандемии COVID-19. Информаторы отметили, что одна из основных проблем заключалась в том, что регионы не могли самостоятельно решать задачи борьбы с коронавирусной инфекцией. В частности, не хватало средств и ресурсов на покупку средств индивидуальной защиты (СИЗ), оснащение больниц аппаратами искусственной вентиляции легких (ИВЛ), спиральной компьютерной томографии (СКТ), кислородом и др.: *«Не хватало масок, перчаток, костюмов, которые стирали и замачивали, не хватало мест для пациентов»* (жен., 45 лет, медсестра в роддоме, РО); *«Мне кажется не совсем [справилась], потому что эта история в 20-ке [МБУЗ «Городская больница №20 г. Ростова-на-Дону»], когда там умерло очень много людей. Ну, не знаю, наверное, как смогли, так и сделали. Поэтому, осуждать кого-то...»* (жен., 28 лет, инструктор ЛФК, г. Ростов-на-Дону); *«Руководство на самой высшей инстанции, я считаю – не справилось. Отдельные, я считаю, справились. Например, наша организация, когда сделали госпиталь, то справились. Какие-то другие организации, наверное, тоже. Но не организация отдела здравоохранения. Организация здравоохранения даже закупку средств делало через одно место»* (жен., 60 лет, врач – оториноларинголог, г. Ростов-на-Дону); *«Нет. Точечно*

справилась. Конкретно в Ростове не справилась совершенно из-за безалаберности руководства. Мне как медику непонятно, как можно было на город-миллионник, в который пришла пандемия, оставить всего два аппарата СКТ» (муж., 36 лет, фельдшер скорой помощи, РО). В перечень СИЗ, которыми больницы и медицинские учреждения должны экипировать, входят противочумный костюм или одноразовый халат, шапочка, респиратор соответствующего типа защиты. Именно эти рекомендации часто не выполнялись.

Ситуация с коронавирусом высветила острую проблему недофинансирования сектора здравоохранения и нехватки коек для лечения пациентов: «Нет, не справилась. Она провалила с грохотом, хотя у нее было время несколько месяцев форы, в отличие от других регионов, и они могли подготовиться. Недостаточно мест было сразу, хотя практика регионов других, которые вперед заболели, показывала, что объем будет большой. Это вирус, передающийся капельным путем, а такие вирусы они всегда масштабные. И ясно было, что одной 20-ой больницы будет недостаточно. А на это ушло время, а время – это человеческие жизни, это нагрузка на медработников на обычных, с этим они не справились» (жен., 28 лет, фельдшер скорой помощи, РО); «Я думаю, что не особо [справилась]. Зачастую больных привозят в очень тяжелом состоянии. Мне кажется, больные, как только начинали заболевать, если бы их сразу привозили в больницу, летальных исходов было бы меньше. То есть не хватало просто – напросто коек» (муж., 38 лет, медбрат в ковид. Госпитале, РО). Свою роль сыграла проведенная до этого модернизация отрасли и закрытие многих «нерентабельных» стационаров. В период с 2011 по 2019 год в России число больничных организаций уменьшилось на 20%, обеспеченность больничными койками снизилась на 13% [2].

Многие претензии россиян (в т.ч. и наших информаторов) к работе системы здравоохранения во время пандемии были связаны именно с тем, что другим болезням, кроме коронавируса, перестали уделять внимание: «В целом, считаю, что справилась, потому что мест у нас хватало для всех ковид-больных, довольно много больниц переоборудовались под ковид. Стала страдать больше нековидная часть, потому что приходишь, допустим, в поликлинику, и очень много пациентов, не знающих теперь куда обращаться с нековидными заболеваниями, по большей части, хроническими, это стало хуже функционировать» (муж., 20 лет, медбрат в ковид. Госпитале, г. Ростов-на-Дону); «В плане лечения больных с ковидом справилась, а вот остальных угробила, потому что все силы ушли на решение проблемы с ковидом. Очень много умирали кардиологические, с гипертонией, с инсультами, потому что вовремя не оказана помощь. Скорая помощь не приезжает долго, по 2-3 часа. И был случай, когда в 6-7 вечера вызвали, а приехали в 5 утра. А инвалиды вообще остались со

своими проблемами» (жен., 50 лет, врач-кардиолог, г. Ростов-на-Дону). Перепрофилирование больниц действительно стало хорошей альтернативой строительству новых госпиталей, потому что это дешевле. Но такое массовое перепрофилирование имело отрицательные стороны: ощущалась острая нехватка ресурсов для оказания другой помощи. В результате многие регионы столкнулись с тем, что люди, не болеющие вирусными заболеваниями, но страдающие хроническими заболеваниями или нуждающиеся в наблюдении, не могут получить квалифицированную медицинскую помощь. Число госпитализаций и плановых операций сократилось, а меры по профилактике и диагностике заболеваний фактически забыты.

Пандемия показала, что некоторые организационные решения, принятые при реформировании сектора здравоохранения, были ошибочными. Например, закрытие больниц, специализирующихся на инфекционных заболеваниях, сокращение подготовки врачей инфекционного и эпидемиологического профилей. Российская медицина оптимизирована без учета возможной вспышки инфекционных заболеваний. Дефицит кадров возник еще до коронавируса, но пандемия только усугубила ситуацию. Тогда при модернизации здравоохранения с 2011 по 2016 гг. количество врачей уменьшилось на 8%. Помимо сокращения ставок, специалисты уходили из медицины по причинам массового недофинансирования и колоссальных перегрузок: *«Очень много было противоречий по началу с выплатами. То есть местный региональный уровень не так воспринял все те приказы по выплатам, плюс по оснащению, недостаточно было коек. Недостаточно было медицинских работников, как оказалось. Если бы у нас было как положено, полный штат укомплектован, не было бы тех нагрузок, даже если бы одновременно сотрудники заболели в одночасье»* (жен., 40 лет, фельдшер скорой помощи, РО); *«Нет конечно [не справилась]. Во-первых, никто к этому не был готов, во-вторых, ну, все-таки, направление не развито слишком, недостаточно инструментов, недостаточно врачебных рук, которые были бы готовы в сию же секунду это все подавить. Наверное, специалистов недостаточно было из разряда реаниматологов»* (жен., 29 лет, медсестра неврологического отделения, г. Ростов-на-Дону).

О недостаточной информированности и готовности к действиям в сложной эпидемиологической ситуации, неорганизованности госпитализации пациентов с COVID-19, коррупции информанты высказались следующим образом: *«Мне непонятна политика госпитализации, которая изначально была – «Всех оставляйте дома! По максимуму оставлять пациентов дома». Для чего тогда формировались госпитали ковидные? Непонятно. Постоянные проблемы были – привозишь пациента ковидного, а его брать не хотят, то нет СКТ, то нет мазка, человек не мог этого получить, он две недели ждет чего-то.*

Ладно, мы понимали почему терапевты участковые не доходят, они загружены сильно, но тем не менее за две недели можно было найти возможность приехать к человеку с признаками ковида, назначить ему мази, СКТ, а этого не делается. Человек по факту сидит две недели ждет чего-то, потом состояние резко ухудшается, он тяжелеет, и так же и привозим тяжелого без обследований по скорой, но уже в реанимацию» (муж., 36 лет, фельдшер скорой помощи, РО); «Нет! Я считаю, что не справилась. Не организована как раз-таки с самого начала, не было понимания, как этих больных госпитализировать, чаще всего нам говорили: «Зачем вы его привезли? Оставили бы дома! Дома такие больные точно умирают». И до сих пор так... В принципе, сейчас [интервью проведено в марте 2021 г.] уже говорят, что пандемия пошла на спад, но мы пока этого не видим» (жен., 50 лет, врач скорой помощи, РО); «Этот госпиталь военный, который развернули, он был готов к приему пациентов, но так и не принял никого, не подключился потому что, были какие-то организационные моменты» (жен., 28 лет, фельдшер скорой помощи, РО); «Можно было бы и лучше, если бы было бы меньше хищений, наверное... По опыту, как все было в начале печально и куда оно все оседало? То есть, если бы, меньше коррупции все-таки было, наверное, было бы все намного радужнее. Я говорю: «Рыба гниет с головы», соответственно, оттуда все идет...» (жен., 38 лет, врач-педиатр, РО).

Итак, на материалах глубинных интервью автор проанализировал характер мнений и оценок медицинских работников (врачебного и среднего звена) о готовности системы здравоохранения Ростовской области к возникновению пандемии COVID-19. В целом исследовательский проект направлен на выявление эндогенных и экзогенных факторов социального самочувствия медицинских работников, изучение конструктивного и деструктивного потенциала эпидемиологической ситуации для социального самочувствия медицинских работников в зависимости от участия/неучастия в работе с пациентами с COVID-19 и анализ институциональных условий, способствующих улучшению/ухудшению социального самочувствия медицинских работников в сложной эпидемиологической обстановке.

1. Аналитический центр «НАФИ» от 21.06.2010. После пандемии: уважение к медработникам выросло - URL: <https://nafi.ru/analytics/posle-pandemii-uvazhenie-k-medrabotnikam-vyroslo/> (дата обращения 28.03.2021)

2. Здравоохранение. Федеральная служба государственной статистики - URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (дата обращения 28.03.2021)

3. Известия от 31.03.2021. Голикова заявила о возвращении системы здравоохранения к плановому режиму - URL: <https://iz.ru/1144871/2021-03-31/golikova-zaiavila-o-vozvrashchenii-sistemy-zdravookhraneniia-k-planovomu-rezhimu> (дата обращения 31.03.2021)
4. Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-04-60466.
5. Коммерсантъ от 17.12.2020. Путин: система здравоохранения отреагировала на пандемию адекватно. - URL: <https://www.kommersant.ru/doc/4616900> (дата обращения 27.03.2021)
6. Минздрав РФ от 23.10.2020. Михаил Мурашко рассказал о трансформации национальных систем здравоохранения в эпоху Covid-19 - URL: <https://minzdrav.gov.ru/news/2020/10/23/15266-mihail-murashko-rasskazal-o-transformatsii-natsionalnyh-sistem-zdravookhraneniya-v-epohu-covid-19> (дата обращения 25.03.2021)
7. Российская Газета от 27.12.2020. Пандемия 2020 года обнажила все проблемы здравоохранения в России. - URL: https://finance.rambler.ru/money/45512810/?utm_content=finance_media&utm_medium=read_more&utm_source=copylink (дата обращения 27.03.2021)

**Нор-Аревян О.А., Черевкова А.И. (г. Ростов-на-Дону)
ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет»**

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Аннотация. В статье на материалах эмпирического исследования, проведенного в январе-марте 2021 г. методом глубинного интервью, анализируется социально-экономическая удовлетворенность среднего медперсонала Ростовской области. Раскрываются социально-экономические проблемы, беспокоящие медиков, их уровень жизни (удовлетворенность питанием, одеждой, жилищными условиями), уровень удовлетворенности оплатой труда до и во время пандемии, информированности о программах поддержки медиков и вовлеченность в них.

Ключевые слова: социальное самочувствие, материальное положение, средний медицинский персонал, социально-экономическая удовлетворенность, пандемия коронавируса, Ростовская область.

Abstract. The article analyzes the socio-economic satisfaction of the nursing staff of the Rostov region based on the materials of an empirical study

conducted in January-March 2021 by the method of in-depth interviews. The article reveals the socio-economic problems that concern medical professionals, their standard of living (satisfaction with food, clothing, housing conditions), the level of satisfaction with wages before and during the pandemic, awareness of medical support programs and involvement in them.

Keywords: social well-being, financial status, nursing staff, socio-economic satisfaction, coronavirus pandemic, Rostov region.

Социально-экономическая удовлетворенность российских медиков выступает базовым компонентом их социального самочувствия. Оценка базовых аспектов жизни (здоровье, достаток, жилищные условия, досуговые практики и пр.) отражает восприятие медицинскими работниками своего социального и экономического положения. В комплексной удовлетворенности индивида своим материальным положением, социально-бытовыми условиями и семейным благополучием, правовой защищенностью, заключается социологический аспект социального самочувствия медицинских работников.

Еще до начала пандемии коронавируса фиксировалось ухудшение социального самочувствия медиков, обусловленное процессами прекариатизации в медицинской среде, снижением престижа профессии, неудовлетворенностью материальным положением [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12]. Отмечается, что средний медицинский персонал в меньшей степени удовлетворен своим социально-экономическим положением, так как их уровень заработных плат ниже, чем у врачей [9].

С развитием пандемии проблемам здравоохранения стало уделяться больше государственного и общественного внимания: появилось осознание, что именно медики – это те люди, от квалифицированных и слаженных действий которых в первую очередь зависит общественное здоровье и здоровье отдельного человека. В то же время пандемия коронавируса COVID-19 обнажила множество проблем в сфере здравоохранения (и не только), а «экстремальный контекст вызвал серьезные трансформации в сообществе медиков»: во-первых, пандемия поменяла структуру и режим работы медиков; во-вторых, она поставила медиков перед личным выбором; в-третьих, пандемия изменила отношение общественности к медикам; в-четвертых, медики стали наблюдателями настроений, установок и шаблонов поведения пациентов в контексте пандемии [3,8].

На «передовой» в борьбе с пандемией оказались врачи-инфекционисты, пульмонологи, оториноларингологи, радиологи, анестезиологи, участковые терапевты, врачи скорой медицинской помощи и несомненный тыл, обеспечивающий жизнедеятельность всей практикующей системы здравоохранения, – это средний медицинский персонал.

В ходе качественного исследования коллективом социологов Южного федерального университета в январе-марте 2021 гг. были проведены глубинные интервью с представителями профессионального медицинского сообщества, включая 18 глубинных интервью со средним медицинским персоналом, работающим в г. Ростове-на-Дону и других населенных пунктах Ростовской области (Азов, Гуково, Сальск, Семикаракорск, Шахты и др.). Выборка была составлена с учетом пола, возраста и стажа работы информантов, а также места работы по степени напряженности ситуации с распространением коронавирусной инфекции [11]. Информантов можно разделить на несколько категорий по направленности работы в период пандемии:

1. средний медицинский персонал моноинфекционных госпиталей;
2. фельдшеры скорой помощи, работающие в «ковидных» бригадах;
3. участковые медицинские сестры, работающие с пациентами с коронавирусной инфекцией;
4. средний медицинский персонал, не работающий с пациентами с коронавирусной инфекцией.

Анализ массива эмпирических данных позволил выявить ряд социально-экономических проблем, которые беспокоят средний медицинский персонал Ростовской области (далее по тексту – РО). Несмотря на улучшение материального благосостояния в период работы с ковидными пациентами в связи с государственными доплатами за работу в «красных зонах», одной из наиболее распространенных и встречающихся проблем независимо от места проживания и трудоустройства информантов, является рост цен, не соответствующий темпу увеличения заработной платы:

Сложность видится только одна - повышение цен, повышение уровня стоимости жизни, вот это дорожает. <...> Зарплата не поднимается <...> подняли в ноябре ставку на 200 рублей. Мне приходится ездить на работу 30 км, нужно заправлять бензин и, конечно то, что бензин за последнее время, за последний месяц вырос почти на 2 рубля в стоимости, то это, конечно, ощутимо бьет по карману. (фельдшер скорой помощи, ковидная бригада, муж., 28 лет, РО);

Все упирается в деньги, к сожалению, в наше время. Будут деньги будет и все остальное: и отдых, и игрушки (м/с участковая, 47 лет, Ростов-на-Дону).

Результаты глубинных интервью со средним медицинским персоналом коррелируют с данными всероссийских опросов о том, что тревожит население нашей страны: проблема роста цен на

потребительские товары лидирует в рейтинге и вызывает беспокойство 61% респондентов [10].

Среди проблем медики также указывали следующие: *Кредиты, задержка зарплат* (м/с в роддоме, 45 лет, РО); *Дестабилизация в стране – вот это напрягает* (фельдшер скорой помощи, ковидная бригада, муж., 36 лет, РО).

Информанты из числа медперсонала, работающего с пациентами с коронавирусной инфекцией, отмечали, что выплаты, положенные за работу в условиях повышенных рисков, дали возможность решить некоторые социально-экономические проблемы, создать финансовую подушку:

Снижения зарплаты именно сейчас у нас нет, в виду того, что мы работаем в Красной зоне, скажем так. Есть дополнительные выплаты, это дает определенную хорошую подушку в экономическом плане. (фельдшер скорой помощи, ковидная бригада, жен., 40 лет, РО);

Я хочу сказать, что помощь, конечно, была ощутимая. <...> Считаю, вторая зарплата тебе в помощь. И мы смогли улучшить свои жилищные условия, сделать ремонт в нескольких комнатах. С кредитами немножко разобрались. Ну т.е. помощь была хорошая, но кратковременная, как оказалось. К осени практически все прекратилось полностью. (фельдшер скорой помощи, ковидная бригада, жен., 28 лет, РО).

В то же время медики осознают, что выплаты носят временный характер, и скорое возвращение к уровню заработной платы, который был до начала пандемии, а также необходимость поиска нового места работы, вызывает беспокойство:

Испытываю тревогу по поводу потенциального снижения оплаты труда после пандемии. Придется искать новую работу, как только закроется ковидный госпиталь, опять начнется нехватка мест, потому что все, кто работают в ковидном госпитале – это 4 тыс. чел. – пойдут в другие медучреждения и будет нехватка рабочих мест (медбрат в моноинфекционном госпитале, 21 год, Ростов-на-Дону).

Необходимо отметить, что часть информантов на вопрос о беспокоящих социально-экономических проблемах, ответили, что не испытывают каких-либо сложностей:

В принципе сейчас все нормально, все достойно, сейчас жаловаться в принципе не на что. (медбрат моноинфекционного госпиталя, 38 лет, РО);

На данный момент, наверное, таких проблем, которые бы мне очень усложняли жизнь, нет. (м/с, 29 лет, РО).

Одной из задач исследования была оценка уровня жизни медицинского персонала. В ходе интервью информантам были заданы вопросы: «В какой степени Вы удовлетворены тем, как питаетесь и одеваетесь? Удовлетворены ли Вы своими жилищными условиями?». Очевидно, что удовлетворенность этими параметрами оценивается весьма субъективно и зависит не только от уровня оплаты труда, но и индивидуальных предпочтений, доходов других членов семьи и иных факторов:

Удовлетворен в принципе полностью в этом плане. Мы на одежде не экономим, если покупать, то покупать нормальное. На еде, как бы, покупаем, ну тоже все равно стараемся брать со скидками. (фельдшер скорой помощи, ковидная бригада, муж., 28 лет, РО);

Средняя удовлетворенность, не идеальная, но хорошая. Могу позволить среднюю одежду, еду нормальную, не сильно вредную, даже можно сказать здоровую. Поэтому, в среднем, удовлетворен. (медбрат в моноинфекционном госпитале, 20 лет, Ростов-на-Дону);

Мы же неизбалованные, много никогда не получали, многого и не просим. Вот у меня, медсестры 1-й категории, выходит в среднем 20 тыс. руб. при такой нагрузке, колоссальной ответственности, тяжелой работе. Этого просто мало. Этой зарплаты не остается ни на что. Чтобы купить ребенку какую-то вещь, куртку, ботинки, а вы сами знаете сколько стоит одежда, очень сложно. Вы прекрасно знаете, как в наше время нам живется в России. (м/с в роддоме, 45 лет, РО)

Жилищные проблемы информанты не упоминали в числе первостепенных, так как в основной своей массе имеют собственное жилье. Однако улучшение жилищных условий для них остается актуальным:

Мне досталось наследство от бабушки. У меня частный дом. В настоящий момент хотелось бы улучшить, но я понимаю, что я не потяну (м/с участковая, 47 лет, РнД);

Частично. Хотелось бы переехать в другое жильё. Сейчас живу с мамой, хотел бы съехать в собственное жильё. Программы есть, но они распространяются только на врачей, на средний медперсонал – нет. В нашем лечебном учреждении, например, если специалист приходит на работу, ему жилье дают, он только должен по контракту отработать 10 лет. (фельдшер скорой помощи, ковидная бригада, муж, 36 лет, РО).

Об улучшении жилищных условий медработники задумываются, но на помощь государства в принципе не рассчитывают, еще и потому, что не верят в нее:

Это несбыточные сказки. Всегда рассчитывала и рассчитываю только на себя (м/с участковая, 47 лет, РНД);

На государство рассчитывать в наше время как бы очень тяжело [вздыхает]. <...> Но мы были очень приятно удивлены с супругой, когда мы приехали в [город в Ростовской области] и нам сказали: «Если вы к нам придете работать, мы вам дадим квартиру» (фельдшер скорой помощи, ковидная бригада, муж., 28 лет, РО).

О существовании программ государственной поддержки медработникам известно, но они либо имеют негативный опыт участия в них, либо эти программы не представляют для них интереса:

Пользовался ранее, трудоустройство в сельской местности. Жилье оказалось просто непригодным для проживания. Там нужно было его сносить и по-новой уже строить. И за это надо было отработать в районе, ой, по-моему, если я не ошибаюсь, мне говорили 20 лет что ли. В лучшем случае я там полгода отработал, развернулся и уехал. (фельдшер скорой помощи, ковидная бригада, муж., 28 лет, РО);

Нет, я всю жизнь рассчитываю только на себя! Ну, я слышал, что в последнее время что-то там тебе предоставляют, то ли скидки на жилье или какая-то другая... отсрочка платежей, что-то такого плана я слышал, но близко не сталкивался. (медбрат инфекционного госпиталя, муж., 38 лет, РО).

Вопрос «Насколько вы были удовлетворены оплатой Вашего труда до пандемии COVID-19?» вызывал эмоциональную реакцию большинства информантов, свидетельствующую о низкой удовлетворенности оплатой труда с учетом высокой нагрузки и уровня квалификации, необходимого для осуществления профессиональной деятельности:

Нет, конечно! Я бы хотел, конечно, больше, потому что работы было очень много. <...> Я работал и диспетчером скорой помощи, и работал в кабинете неотложной помощи. У меня было 2 ставки, и на эти 2 ставки в лучшем случае я выгонял 20 тыс. рублей. <...> У меня были такие планы, что уйти оттуда просто с этой медицины, вообще бросить ее. Зарплаты нету, даже обычный водитель газели, которая развозит хлеб, у него в разы зарплата была больше (фельдшер скорой помощи, ковидная бригада, муж., 28 лет, РО);

Вы знаете, она у нас всегда была мизерная и смешная... Может и в частных клиниках всё как-то иначе обстоит... У нас – печаль. (м/с в роддоме, 45 лет, РО);

Ууу...было тяжело, конечно. Это в среднем по нашему городу в принципе нормальная считалась зарплата... [пауза] Но в общем по экономическим, скажем так, взрослым потребностям...

[пауза] Ну хватало на то, чтобы прожить, да поесть, не есть последний кусок хлеба. (фельдшер скорой помощи, ковидная бригада, жен., 40 лет, РО).

Введение выплат за работу с пациентами с коронавирусной инфекцией оценивается медиками как эффективная мера поддержки, важнейший фактор в их решении работать в условиях повышенных рисков:

Сейчас, с ковидом, выплаты стали лучше, поэтому... [пауза] поэтому и работаем. (медбрат моноинфекционного госпиталя, 38 лет, РО);

Я работаю с ковид-больными, там зарплаты хорошие, но до этого, пока не было ковида, зарплата была в 3 или 4 раза меньше. Очень маленькая! Могу сказать так: в среднем медбрат зарабатывал от 15 до 20 тыс. на ставку. С ковидом он зарабатывает от 70 до 85 тыс. руб. Вот такая грандиозная разница. (медбрат моноинфекционного госпиталя, 20 лет, Ростов-на-Дону).

Хотя уровень заработной платы среднего медицинского персонала, включенного в работу с ковид-пациентами, как минимум вдвое увеличился в период пандемии (*Почти в два раза вырос. За счет доплат ковидных. (фельдшер скорой помощи, ковидная бригада, муж., 36 лет, РО)*), не все медики отмечают рост заработной платы. Информанты из числа среднего медицинского персонала, не задействованного в работе с ковид-пациентами, указывают на фактическое снижение оплаты труда за счет урезания надбавок:

Смотришь и не понимаешь, точнее понимаешь, что очень мало, что меньше стала зарплата, начинаешь звонить в бухгалтерию, а тебе так всё красиво распишут: «У тебя всё хорошо»... Поурезали всё, за вредность... хуже всё это сказалось. У нас зарплата состоит из выплат за вредность, ночные дежурства, переработки. Набираем, подсчитываем, потом передаем нашей акушерке, а она подает дальше, и нам выплачивают. Там тоже «отбирают» из мелочей, и в итоге складывается, что мы существенно теряем в доходе. (м/с в роддоме, 45 лет, РО);

Платить с октября месяца по настоящее время стали на 10-12 тыс. меньше. Как объясняет бухгалтерия: сколько выделяют, столько мы вам и платим. Диспансеризацию отменили, и оплата стала либо такая же, либо еще меньше. <...> Нам доплачивали медсестрам по 5 тыс. до января, с января сняли. Разово выплатили дорожные, вот участковые – то, что мы ездим анализы берем, почему-то разово, хотя, я как понимаю, платить должны постоянно (м/с участковая, 47 лет, Ростов-на-Дону);

Как была неудовлетворенность, так и осталась. Потому что по уровню жизни мы не дотягиваем до того, чего мы достойны по своему труду. (м/с участковая, 55 лет, РО).

Оценивая удовлетворенность оплатой труда, информанты упоминали, что во многом распределение материальных поощрений зависит от руководства конкретного медицинского учреждения, его реакции на обращения сотрудников:

Все-таки большую роль играет, какое руководство в больнице и как они оценивают медицинских работников, я это понял. Даже, если просто брать по области, эээ... [вздыхает, пауза] по области, вроде бы одна область, зарплаты должны быть одинаковые, но в каждой больнице разные зарплаты идут. Одинаковая ставка, одинаково работаем. (фельдшер скорой помощи, ковидная бригада, муж., 28 лет, РО).

Старшая акушерка также пожимает плечами, говорит, я такая же, как и вы. Пытались и к руководству ходить, реакция та же самая. В общем, никому ничего не надо. Понимаете? Каждый сам за себя. У них совершенно другие зарплаты, даже у врачей. <...> А кто пытался что-то выяснить, то сразу показывают: «вон выход», и это несмотря на кадровый дефицит. (м/с в роддоме, 45 лет, РО).

Не меньший интерес представляет и выявленная контрастность оценок справедливости начисления «президентских» доплат медицинским работникам в период пандемии. У информантов спрашивали: «Считаете ли Вы справедливым, что медработники, работающие в Красной зоне, получают государственные доплаты, а не работающие – не получают?». В этом вопросе средний медицинский персонал проявил солидарность. Так, не работающие в «Красной зоне» медики говорят о несправедливости и необходимости им доплат, так как они также подвержены рискам (*Нет. Потому что к нам же тоже приходят с ковидом. Мы ездим. Берем мазки в этом всем обмундировании мазки у больных детей. И доплачивают абсолютно копейки, дорожные* (м/с участковая, 47 лет, РнД). В их поддержку высказались и медработники, работающие с коронавирусной инфекцией:

В период такой непростой, в сложившейся ситуации, конечно, и обычным медработникам, которые не входят в работу в Красной зоне, тоже должны быть какие-то стимулирующие выплаты, какие-то доплаты к работе. Конечно, людям обидно, что одни получают, другие не получают эти выплаты. (фельдшер скорой помощи, ковидная бригада, муж., 28 лет, РО);

Считаю, что это не справедливо, что настолько большая разница. Лично я бы поднял зарплаты тем, кто работает не в «ковидниках». (медбрат, ковидный госпиталь, 20 лет, РнД).

При этом внутри самой группы среднего медперсонала, занятого в работе с ковид-пациентами, отмечается некоторая напряженность относительно соразмерности и справедливости установленных выплат:

Да, конечно, очень приятно, что как бы оценивают, то, что работали в условиях, в тяжелых условиях, ну конечно не очень было приятно, когда, допустим, фельдшер скорой помощи и водитель скорой помощи, доплаты производились в одинаковом коэффициенте. <...> Хотя в большинстве случаев, водитель привез, сидит в машине, отвез. Мы, естественно, ходим по адресам, у нас естественно неподтвержденный контакт, даже когда транспортировка больных идет, именно эвакуация, в большей степени, идет весь груз все равно на фельдшера. (фельдшер скорой помощи, ковидная бригада, муж., 28 лет, РО).

Несмотря на тяжелые условия работы в сложной эпидемиологической ситуации, медработники выражают надежду на лучшее. На вопрос «Как вы считаете через год Вы и Ваша семья будете жить лучше, чем сейчас?» были получены ответы: *Ну, надеемся, что лучше* (медбрат, 38 лет, ковидный госпиталь, РО); *Я надеюсь, что хуже уже некуда. Надеемся на лучшее* (м/с участковая, 47 лет, РнД). Вместе с тем, этот оптимизм омрачается абсолютной неуверенностью в завтрашнем дне:

Надеемся, конечно, надеемся, что будем лучше жить [улыбается]. А там как покажет, что будет. Будем надеяться, естественно. Но [пауза] не в наших силах [пауза] выше нас еще много руководства, которое решает, как мы живем. ... Нет, уверенности в завтрашнем дне вообще никак нету, к сожалению. У нас всё не стабильно, нет уверенности в том, что завтра будет лучше, чем вчера. (фельдшер скорой помощи, ковидная бригада, муж., 28 лет, РО);

В заключении можно сделать следующие выводы:

1. Средний медицинский персонал демонстрирует удовлетворенность тем, как они питаются, одеваются, отмечая, что не «капризны» в этом плане. Однако говоря об обеспечении детей, информанты отмечают, что хотели бы улучшить свои материальные возможности для того, чтобы иметь возможность делать не только необходимые покупки продуктов питания и предметов одежды, но и разнообразить детство подрастающего поколения игрушками и различными формами организации досуга (кружки, поездки и др.). Свои жилищные условия медики характеризуют как достаточные, но в вопросе улучшения их в будущем будут полагаться только на себя и поддержку родных и исключают помощь государства, поскольку предлагаемые программы поддержки находят малопривлекательными.

2. Удовлетворенность своим материальным положением в большей мере демонстрируют медработники, занятые в «Красной зоне» и получающие государственные доплаты. Уровень оплаты труда сегодня совпадает с их ожиданиями уровня заработной платы в будущем. Вместе с тем, средний медперсонал понимающе относится к временному характеру таких выплат, четко понимая, что в сложившихся условиях доплаты производятся за риски. В то же время имели место случаи несправедливого распределения материальных поощрений. Следует отметить и солидаризм мнений всего среднего медперсонала о несправедливости дифференциации доплат относительно красной зоны в которой они работают/не работают.

3. Медицинские работники, не задействованные в работе с ковид-пациентами, отмечают фактическое снижение заработной платы ввиду урезания стимулирующих выплат при сохранении или даже увеличении объема работы.

4. Оптимистические прогнозы социально-экономического самочувствия среднего медперсонала омрачает общая неуверенность в завтрашнем дне, связанная с ростом цен, общей нестабильностью в стране, а также пониманием информантов, что их материальное положение зависит не только и столько от их собственных усилий, сколько от политики руководства их медучреждения и здравоохранения в целом.

Благодарность. Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-04-60466.

1. Гареева И.А. Социальное самочувствие врачей в современной системе здравоохранения // Вестник Тихоокеанского государственного университета. 2014. № 4 (35). С. 295–300.

2. Иванова М. Престиж белого халата. Медицина как призвание и профессия. Каким должен быть врач // Фонд «Общественное мнение». 2006.

3. Каменева Т.Н., Чанкова Е.В. Социокультурные составляющие отношения к здоровью в условиях пандемии // Вестник Южно-Российского государственного технического университета (НПИ). Серия: Социально-экономические науки. — 2021. — Т. 14. № 2. — С. 83-91.

4. Лядова А. В., Панич Н. А. Социальный статус врача в современном российском обществе // Общество: социология, психология, педагогика. 2017. №4.

5. Нор-Аревян О.А., Мосиенко О.С. Трансформационные тенденции профессиональной идентичности врачей в прекариатизирующей среде российских мегаполисов (на примере Москвы и Казани) // [Гуманитарий Юга России](#). 2018. Т. 7. № 2. С. 83-99.

6. Профессии социального государства / под ред. П.В. Романова и Е.Р. Ярской-Смирновой. М. : Вариант, ЦСПГИ, 2013. 360 с.
7. Руженков В. А., Сергеева Е. Л., Москвитина У. С. Качество жизни медицинских работников // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. 2013. №18 (161).
8. Социология пандемии. Проект коронаФОМ / Рук. авт. колл. А.А. Ослон. – М.: Институт Фонда Общественное Мнение (инФОМ), 2021. – 319 с. (с.152-155)
9. Степень удовлетворенности медицинских работников заработной платой [Электронный ресурс] // Счетная палата РФ. URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/e19/e19bb5d79d9d346167f8ea35447d24c1.pdf>
10. Тревожащие проблемы [Электронный ресурс] // Левада-Центр. 10.09.2020. URL: <https://www.levada.ru/2020/09/10/trevozhashhie-problemy-3/> (дата обращения: 20.03.2021).
11. Шесть районов Ростовской области остались в красной зоне на карте распространения коронавируса [Электронный ресурс] // Комсомольская правда. 02.03.2021. URL: <https://www.rostov.kp.ru/online/news/4206685/> (дата обращения: 20.03.2021).
12. Stepanchikova N., Lakunina L., Tchervernina T. Socio-Economic Status of Health Care Workers in the Russian Federation // Workshop on Health Care Privatization: Workers Insecurities in Eastern Europe ILO, Geneva, December 6-7, 2001.

**Муминова З. О.,
Ризаев И. И.
Самаркандский государственный
архитектурно-строительный институт**

ОЗДОРОВЛЕНИЕ И ДУХОВНОЕ ВОСПИТАНИЕ ЛИЧНОСТИ

В статье описывается здоровый образ жизни, основанный на активном овладении жизненными условиями человека, физически активном образе жизни, соблюдении рациональной повестки дня, физических упражнений, полноценного и качественного питания, одежды и поддержания тела в чистоте, соблюдение правил гигиены и экологической культуры, духовного воспитания на основе общечеловеческих и национальных ценностей, умения воздерживаться от вредных привычек.

Ключевые слова: оздоровление, духовность, физическое оздоровление, здоровый образ жизни, моральные ценности, духовное оздоровление, правила экологической культуры.

The article describes a healthy lifestyle, based on the active mastery of the living conditions of a person, a physically active lifestyle, observing a rational agenda, physical exercises, good and quality nutrition, clothing and keeping the body clean, observing the rules of hygiene and environmental culture, spiritual education on the basis of universal and national values, the ability to refrain from bad habits.

Keywords: healing, spirituality, physical healing, healthy lifestyle, moral values, spiritual healing, rules of ecological culture.

Оздоровление - это сложный вид деятельности, связанный с защитой и укреплением здоровья, профилактикой различных заболеваний, а также формированием у людей навыков здорового образа жизни. Как нам известно, оздоровление предполагает защиту не только физического существования людей, но и их духовного существования, а также развитие у них способности справляться с внешними воздействиями. То есть оздоровление - это комплекс мер, направленных на развитие внутренней устойчивости и защиты во всем существовании людей. Конечная цель процесса оздоровления - воспитать людей, которые физически здоровы, свободны от вредных воздействий, пороков, устремлены и духовно бдительны. Оздоровительные процессы представляют собой обобщение действий, которые сочетают в себе многогранные меры, организуемые государством и обществом в тесном сотрудничестве [1,2].

Человеческое существование воплощает три типа реальности: физическую (материальную), духовную (ментальную, моральную) и социальную (как материальную, так и духовную). Физическое существование человека представляет собой материальное существование человека, его тела, организма, жизненно важных органов и жизненных функций, которые существуют только в определенном пространстве и времени. Духовное существование человека представляет собой сложный мир, который воплощает в себе человеческое мышление, мировоззрение, мораль, убеждения и духовный мир. Социальное существование человека представляет собой его или ее социальное существование, которое существует в обществе вместе с людьми в связи [3]. Проблема оздоровления присуща всем трем формам человеческого существования. Мы проанализируем каждый из них в отдельности.

Физическое оздоровление - это комплекс задач, направленных на достижение и поддержание здоровья организма человека на основе укрепления здоровья организма человек, выносливости, устойчивости к внешним воздействиям, правильного питания и активной физической активности. Физическое оздоровление является основой духовного и социального благополучия человека. Потому что у здорового и энергичного человека высока вероятность духовного обновления, способности чувствовать уверенность в социальных отношениях, развитие

навыков здорового мышления. Пословица «В здоровом теле здоровый дух», которая широко распространена среди многих народов, отражает эту философию. В основе физического оздоровления лежит формирование здорового образа жизни. «Здоровый образ жизни - это социальное явление, обеспечивающее осуществление жизнедеятельности на основе приобретения навыков для обеспечения здоровья и безопасности человека, а также для достижения высокого уровня физического здоровья» [7]. Здоровый образ жизни - это образ жизни, основанный на активном овладении жизненными условиями человека, физически активном образе жизни, соблюдении рациональной повестки дня, физических упражнений, полноценного и качественного питания, одежды и поддержания тела в чистоте, соблюдение правил гигиены и экологической культуры, духовного воспитания на основе общечеловеческих и национальных ценностей, умения воздерживаться от вредных привычек.

Цели и задачи здорового образа жизни:

- ✓ приобрести теоретические знания и практические навыки для устранения факторов, негативно влияющих на жизнь и здоровье человека [7];

- ✓ строгое соблюдение повестки дня;

- ✓ регулярные физические упражнения, организация активной физической активности и регулярные занятия спортом;

- ✓ тщательное усвоение информации о сущности и важности правильного питания и их использование на практике;

- ✓ определение ответственности за личное здоровье;

- ✓ защита окружающей среды, правила экологической культуры [5];

- ✓ способность предотвращать различные травмы и несчастные случаи;

- ✓ обеспечение отсутствия стимулов для развития негативных привычек (курение, употребление наркотиков и алкоголя);

- ✓ правильное воспитание правил личной гигиены и соблюдения их;

- ✓ организация теоретических и практических занятий по формированию иммунитета против различных заболеваний и др.

Основа благополучия - это здоровый образ жизни. Только следуя требованиям здорового образа жизни, человек может исцелить себя как физически, так и умственно. Здоровый образ жизни означает духовное воспитание на основе общечеловеческих и национальных ценностей, умение воздерживаться от вредных привычек, подготавливать почву для духовного исцеления на основе укрепления и оздоровления организма. Здоровый образ жизни, окружающая среда, свобода, творческое мышление - это разные аспекты неразделимого целого процесса, и взаимосвязи и взаимодействия между ними постоянно обеспечивают существование и целостность этого процесса. Здоровый образ жизни - это стремление иметь в человеке высокие качества духовно, умственно, духовно и физически [4].

Важнейшей задачей любого общества является формирование у молодых людей следующего поколения умения жить в гармонии со спортом, правильно и адекватно объясняя, что физическая культура и спорт являются основой здорового образа жизни. Только здоровое поколение может построить здоровую нацию - здоровое государство и здоровый образ жизни. Образ жизни людей организован в определенной среде, и на основе их мышления форма и содержание формируют контент, стабилизируют и приобретают определенное направление. Только когда эти влияния будут взаимно совместимы и дополняют друг друга, когда будут созданы духовные основы, уровень здоровья образа жизни будет дополнительно повышен и качественно повышен [10]. Однако этот процесс является противоречивым, и пропорция образующих образ жизни взаимодействий варьируется, иногда влияние окружающей среды на образ жизни также может быть необоснованным. В таких случаях основы здорового образа жизни нарушаются, и уровень восстановления в процессе самоопределения не может отражать его сущность. Основа рациональности лежит в мышлении человека. Когда мышление человека высокоразвито, он или она сможет своевременно понять негативные последствия окружающей среды и преодолеть эти последствия. Это обеспечивает развитие образа жизни. Это где второй тип оздоровления, духовного оздоровления, вступает в роль.

Духовное оздоровление - это влияние на сознание и мышление личности, на систему нравственных ценностей, сформированную на этой основе, на основе высших человеческих качеств, принципов человечества, которые формировались и совершенствовались на протяжении веков, и исторического опыта человечества. Духовное оздоровление относится к образу жизни человека и духовной системе:

- ✓ моральные ценности - воспитание чувства совести, долга, веры, ответственности, преданности, честности, патриотизма и гуманности;
- ✓ воспитывать в себе нравственные качества - терпение, сострадание, терпимость;
- ✓ моральная позиция - умение различать добро и зло, борьба с различными трудностями, возникающими в жизни и преодоление их, воспитание настойчивости в образе жизни;
- ✓ моральное поведение - показать вышеперечисленное в процессе поведения или сделать вышеперечисленные аспекты критерием их деятельности.

На этом этапе мы должны различать духовное образование и духовное оздоровление. Процесс духовного воспитания является первичной и начальной стадией деятельности, проявляющейся в воспитании личности. То есть это основная форма деятельности, направленная на социализацию и одухотворение личности. Было бы неправильно сказать, что духовное оздоровление является целью

духовного образования. В процессе духовного воспитания происходит духовное исцеление. Духовное оздоровление должно быть главной и приоритетной целью процесса воспитания человека. В человеческой духовной системе образ жизни и образ мышления неразрывно связаны. Хотя образ жизни является более широким понятием, чем стиль мышления, образ жизни человека формируется мышлением. По этой причине здоровая система образования имеет решающее значение для обеспечения развития здорового мышления у людей [6]. В целом человеческое образование имеет более широкий смысл, чем воспитание мышления. Воспитание мышления представляет собой важный, особый аспект человеческого образования. Поскольку мышление является важным фактором при принятии решения о здоровом образе жизни, здоровое мышление является важным выражением человеческого существования в целом, основным условием формирования в нем других форм и проявлений здоровья. Истинная человечность, трудолюбие, благородство и терпимость, самосознание, самообразование, самопожертвование, трудолюбие и инициатива в интересах правды и людей являются основными принципами здорового воспитания [9].

В заключение нужно сказать, принимая решение о здоровой системе образования, правильной организации процесса духовного воспитания, мы можем понять, что необходимая последовательность, научная, национальная, историческая в образовании является сложным, систематическим проявлением. В этом смысле здоровое воспитание означает гуманистическую природу и возвышенную форму воспитания. Его высокая форма - это, прежде всего, форма, согласованная с интересами Родины и народа. Без колебаний можно сказать, что система духовного воспитания является действительно здоровой системой воспитания. Его основными принципами являются гуманность, дисциплина, чувство ответственности и обязательства.

1. Каменева Т.Н. Здоровый образ жизни как объект саморегуляции в молодежной среде // Государственная молодежная политика: национальные проекты 2019-2024 гг. в социальном развитии молодежи. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Федеральный научно-исследовательский социологический центр, Институт социально-политических исследований. — 2020. — С. 186-191.

2. Муминова З.О. Атрибутивные свойства духовного мира человека. *Universum: общественные науки*. 2014. №3 С. 4.

3. Alikulov S.A., Rizaev I.I. Methodological problems of research of social systems. *ISJ Theoretical & Applied Science*. 2020. №02 (82). С. 717-720.

4. Imomalievich R.I. Synergetic interpretation of society development. International Engineering Journal For Research & Development, 2020. №5(3). С. 5-5.
5. Khayitboy K., Ilhom R. The impact of liberalization on the development of the social system. International Engineering Journal For Research & Development, 2020. №5(3) С. 4-4.
6. Muminova, Z. O. Objective and subjective factors that forms human being's moral being. Theoretical & Applied Science. 2016. №2. С. 72-74.
7. Odilovna, M. Z. Духовно моральный мир человека в контексте синергетики. Austrian Journal of Humanities and Social Sciences. 2015. №1. С. 3-4.
8. Rizaev, I. I. The structure of the social system as the basis for the self-organization of society. Scientific Bulletin of Namangan State University. 2019. №1 (7) С. 190-195.
9. Rizaev, I. I. Evolutionary mechanisms of self-organization of the social system. Scientific Bulletin of Namangan State University. 2019. №1(9). С. 81-86.

**Пономарева П. О. (г. Курск)
ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский
университет Минздрава России**

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЕЖИ К ЗДОРОВЬЮ

Целью данной научной статьи является выявление влияния пандемии COVID-19 на отношение молодежи к здоровью.

Ключевые слова: отношение к здоровью, молодежь, пандемия, COVID-19

The purpose of this scientific article is to identify the impact of the COVID-19 pandemic on youth attitudes towards health.

Keywords: attitude to health, youth, pandemic, COVID-19

Актуальность темы обоснована тем, что на данном этапе происходит формирование нового отношения к здоровью в связи с пандемией коронавирусной инфекции. Среди всех возможных факторов, которые влияют на мнение молодежи относительно своего здоровья, приоритетными являются карантинные меры и изменение образа жизни в связи с введением режима самоизоляции, изменение социума в целом. Социум представляет собой сложную, многоуровневую и динамически развивающуюся систему [1], которая обеспечивает предоставление

государственных и муниципальных услуг в сфере здравоохранения [6]. Для построения стратегий по улучшению общей и профессиональной культуры будущих специалистов необходимо учитывать изменения, которые произошли в системе ценностей молодого поколения по отношению к здоровью.

Для обозначения наиболее изученных проблем в конце статьи применен описательный метод [7].

В связи с экстренными мерами по переходу на дистанционный формат обучения были выявлены различные проблемы, связанные с применением цифровых технологий. У школьников и студентов повысился уровень стресса в условиях приспособления к новому формату. Доказано, что в среднем уменьшился уровень усвоения и запоминания новой информации, а также продуктивность и стрессоустойчивость обучающихся. Серьезные нарушения в учебе и работе вместе с кризисом здоровья приводят к нарушениям психологического благополучия молодежи. У молодых людей возрастает риск развития тревожности и депрессии, обусловленных COVID-19. Согласно исследованиям, проводимым Международной Ассоциацией Труда [4, с. 2-3], молодежь, чье обучение и/или работа приостановились, в два раза больше подвержены риску развития тревожности и депрессии по сравнению с людьми, кто продолжил заниматься и работать. Изменения затронули многие сферы, такие как учеба, работа, спорт, живое общение с друзьями и близкими. В то же время улучшения коснулись сферы саморазвития и самообучения. Исследования показали, что улучшения также наступают в сфере досуга. Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) в октябре 2020 года опубликовал данные мониторингового опроса и выявил, что за период пандемии COVID-19 россияне стали больше ценить свое здоровье и здоровье своих родных [2,3]. Немаловажным остается факт, что пандемия коронавирусной инфекции способствовала соблюдению дистанции в общественных местах, масочного режима. Люди более склонны следить за своим физическим и психологическим состоянием, а также следят за личной гигиеной.

Здоровье является приоритетом среди ценностей студентов. Отношение к здоровью как социальной ценности и здоровый образ жизни являются важными компонентами общей и профессиональной культуры будущих специалистов, отсутствие которых развивает неблагоприятные последствия для физического, интеллектуального и нравственного потенциала молодежи [2,3].

Исследование проводилось на основе анкетного опроса молодежи в апреле-мае 2021 года в г. Курске. В исследовании участвовали школьники и студенты в возрасте от 15 до 25 лет. Всего было опрошено 100 человек, из них 32 юноши и 68 девушек. Большинство участников являлись студентами (88 человек), школьники (8 человек) и работающие (4

человека). В ходе проведения опроса были выявлены основные изменения, связанные с отношением молодых людей к здоровью. На вопрос «Поменялось ли Ваше отношение к своему здоровью во время пандемии коронавирусной инфекции?» большинство респондентов ответило «Да, изменилось в лучшую сторону» (48 человек), из которых 44 человека — студенты; вариант «Нет, не изменилось» выбрало 38 человек и ответ «Да, изменилось в худшую сторону» — 14 человек. Таким образом, карантинные меры, связанные с пандемией COVID-19 оказали больше всего благоприятное влияние на студентов по отношению к их здоровью [4].

Более положительные показатели получились при ответе на вопрос «Поменялось ли Ваше отношение к здоровью близких, родственников?». Большинство респондентов ответило «Да, изменилось в лучшую сторону» (74 человека), ответ «Нет, не изменилось» выбрали 24 человека и ответ «Да, изменилось в худшую сторону» 2 человека. Следовательно, пандемия COVID-19 сильнее повлияла на формирования положительного отношения к здоровью близких. Большинство людей, принимавших участие в анкетировании, отметили отсутствие изменений в общем самочувствии (62 человека), 28 человек отметили ухудшение общего самочувствия и 10 — улучшение. Однако также результаты показали повышение общего уровня стресса (64 человека). Это говорит о высокой и средней степени стрессоустойчивости у молодых людей в период пандемии коронавирусной инфекции. В большей степени, по мнению участников, на уровень стресса повлияли такие факторы, как учеба, семья, ограничение передвижения, друзья [2, 5].

Большинство респондентов на вопрос «Появились ли у Вас новые зависимости?» ответили положительно (80 человек). В список новых зависимостей вошли Интернет-зависимость, игровая зависимость, пищевая зависимость, а также ЗОЖ-зависимость, азартные игры, курение, употребление алкоголя. Следовательно, высокий уровень стресса в период пандемии COVID-19 способствовал формированию новых нездоровых привычек. Вопрос об уровне физической активности участников анкетирования показал, что у 48 человек уровень физической активности уменьшился; 34 человека отметили отсутствие изменений, 18 человек признали увеличение уровня физической активности. Карантинные меры привели к уменьшению физической активности среди молодежи. При ответе на вопрос «Изменилось ли время на досуг (отдых, хобби, саморазвитие)?» 50 человек выбрали вариант «Нет, не изменилось», 36 человек отметили увеличение времени, 14 человек - его уменьшение [5].

Исходя из вышесказанного, пандемия COVID-19 способствовала формированию положительного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких среди молодежи. Отмечается повышение уровня стресса, основными факторами возникновения которого являются учеба, семья и

ограничение передвижения. Это способствует возникновению новых зависимостей у молодого поколения, а также снижению общего уровня физической активности в связи с ограничительными мерами. При этом у молодежи получается уделять больше внимания досугу.

1.Абрамов А.П., Чуйков О.Е. Социология управления: учебное пособие. – 2-е изд., с исп. и доп. – Курск: Изд.- во ЗАО «Университетская книга», 2019. – 305с.

2. Каменева Т.Н., Чанкова Е.В. Социокультурные составляющие отношения к здоровью в условиях пандемии // Вестник Южно-Российского государственного технического университета (НПИ). Серия: Социально-экономические науки. — 2021. — Т. 14. № 2. — С. 83-91.

3. Рассохина, И. Ю. Поддержка сверхнормативной активности молодежи в ситуации пандемии COVID-19 как актуальное направление молодежной политики / И. Ю. Рассохина, С. А. Пфетцер, А. А. Пфетцер // Профессиональное образование в России и за рубежом. – 2020. – № 4(40). – С. 29-40.

4. Рахимова, Е. А. Отношение к здоровью учащейся молодежи [Электронный ресурс] / Е. А. Рахимова // Ученые записки университета Лесгафта. - 2012. - №9 (91). - С. 134-139. - Пермь: Ученые записки университета Лесгафта, 2012. - Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-k-zdorovyu-uchascheysya-molodezhi>.

5. Young people and COVID-19: impact on jobs, education, rights and mental well-being [Electronic resource] / International Labour Organization. - 2020. - Режим доступа: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/documents/publication/wcms_753026.pdf

6. Чуйков О.Е. Государственные муниципальные услуги. - Курск, 2017. – 210с.

7. Chuikov O.E., Gordeev I.A., Batyrov V.V. The discoveries and achievements of modern historiography of the don cossacks in the second half of the XIX century//Былые годы. Российский исторический журнал. 2016. № 41-1 (3). С. 675-687.

**Подвойская В.О.(г. Курск)
ФГБОУ ВО Курский государственный
медицинский университет Минздрава России**

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АНТИСЕПТИКИ В РОССИИ.

В данной статье предпринята попытка рассмотреть развитие антисептики в России: этапы развития, ученых, благодаря которым произошло развитие и события, являющиеся следствием развития антисептики.

Ключевые слова: антисептика, медицина, рана, лечение и хирургия.

This article attempts to consider the development of antiseptics in Russia: the stages of development, the scientists who led to the development and the events that result from the development of antiseptics.

Keywords: antiseptics, medicine, wound, treatment and surgery.

Социум представляет собой сложную, многоуровневую и динамически развивающуюся систему [1], в которой система здравоохранения играет одну из ключевых ролей. Система здравоохранения строится на принципе повышения качества и доступности государственных и муниципальных услуг [7]. Доступность и развитие антисептики также очень важные направления деятельности российского здравоохранения. Это касается любых времен, но особенное внимание ей уделяют именно сейчас - в период сложной эпидемиологической обстановки нашей страны. Антисептика универсальна - ею пользуются как в повседневной жизни, так и в различных отраслях жизни людей.

Для обозначения наиболее изученных проблем в конце статьи применен описательный метод [8].

Антисептика (лат. *anti* — против, *septicus* — гниение) — мероприятия, которые уничтожают микроорганизмы, находящиеся в: ранах, патологических очагах, органах, тканях и на поверхности тела, а также на различных приборах и материях. Данные мероприятия пользуются механическими и физическими методами воздействия, а также активными химическими веществами и биологическими факторами [4].

В 1750 году английский хирург Дж. Пингл первый ввел термин "антисептика". Первым же человеком, применившим антисептику в медицине, является Джозеф Листер (1827-1912 г.), который применил 8-слойные марлевые повязки для дезинфекции ран [3].

В России основоположниками антисептики являются: П.П. Пелехин, М.С. Субботин, П.И. Дьяконов. А широкое применение помогли осуществить: Н.В. Склифосовский, К.К. Рейер, Г.А. Рейн, Н.А. Вельяминов, В.А. Ратимов, М.Я. Преображенский и др.

Русский хирург Н.И. Пирогов (1818-1881 г.) утверждал, что распространение инфекции в различных ранениях обусловлено ее передачей посредством гноя на инструментах и перевязочных тканях. Также хирург имел убеждение в передачи болезней по воздуху. Именно

поэтому он настаивал на отдельных помещениях для "заразных" больных. Для обработки и лечения ран использовались такие антисептические средства, как: йодная настойка, спирт, хлорная известь, карболовая кислота, сульфат цинка. Одной из главных заслуг Пирогова является формулировка одного из основных правил антисептики: разделения на «чистых» и «гнойных» больных[5].

Изначально, изучив способ антисептики Листера, Н.И. Пирогов поддержал его. Благодаря его авторитету была получена поддержка профессора П.П. Пелехина в 1868 г. С применением листерского способа согласился и учитель Пелехина - Китер. Но на тот момент старания этих людей были бессмысленны, так как Е.И. Богдановский, сменивший их, не увлекался антисептикой.

Попытки внедрения антисептики в России были предприняты Э. Бергманом в 1873 г. Совместно со своим учеником Рейером они рассмотрели все "за" и "против" данного метода. Также Рейер смог успешно применить повязку, придуманную Листером. Благодаря такому методу была спасена не одна сотня солдат. После успеха на войне Рейер утвердил, что антисептика может применяться в любые времена - как мирные, так и на войне. С этим убеждением он приехал в Петербург, но так же был отвергнут Богдановским [2].

Прорывной момент в судьбе антисептики принадлежит трудам Н. В. Склифосовского (1836-1904 г.). Благодаря тому, что в 1880 г. он занимает кафедру Московского университета, хирургические клиники возобновляют свою работу с применением антисептики. Выступление Николая Васильевича на первом Пироговском съезде в 1885 г. становится главным продвижением от старой хирургии к новой. Тема данного "судьбоносного" доклада "Об успехах хирургии под влиянием противогнилостного метода".

Антисептика набирала все больше признаний и к 1917 году она была полностью узаконена и принята во всех больницах России. С.П. Спасокукоцкий и Н.Г. Кочергиным было предложено использовать 0.5%-м раствор аммиака для мытья и обеззараживания рук, а лечение ран осуществляли при помощи антибиотиков, в основном пенициллина.

Несмотря на то, что антисептика встала на очень высокую ступень медицины, от методики Листера пришлось отказаться. Это связано с тем, что его повязка работала лишь при чистоте помещения и лечила непосредственно рану, а не человека полностью.

Для врачей стало понятно, что без полноценного лечения пациента невозможно полное восстановление поврежденных участков тела. На основе этих понятий было создано учение о "раневогой болезни" И. В. Давыдовского. Там изложены все аспекты, позволяющие системно лечить пациентов. Все это отодвинуло идеи Листера и переместило на передний план идеи Пирогова, Мечникова и Павлова [6].

Как бы не колебалась ценность антисептики и ее методов, несмотря на все трудности ее осуществления и продвижения, Российская медицина смогла получить именно те способы, которыми пользуются до сих пор и, более того, будут пользоваться еще долгие десятилетия. Ведь антисептика - это именно тот аспект медицины, который нельзя ставить на "задний план". Благодаря ей пациенты перестали погибать от инфекций, полученных во время операционного вмешательства. В доказательство того, что открытие антисептического метода является одним из величайших в истории медицины можно сказать, что как бы не рос прогресс в нашем мире и медицине в том числе, именно антисептика до сих пор стоит на одном из первых мест в медицинской практике и ничего заменить ее не может.

1.Абрамов А.П., Чуйков О.Е. Социология управления: учебное пособие. – 2-е изд., с исп. и доп. – Курск: Изд.- во ЗАО «Университетская книга», 2019. – 305с.

2.Фроленко С.И. Асептика и антисептика. Справочник для медицинских сестер; Феникс - Москва, 2001. - 192 с.

3.Зеленин С.Ф. Краткий курс истории медицины. Томск, 1994. - 134 с.

4.Справочник врача общей практики: [в 2-х томах] / [Агаджанян Н. А. и др.]; под ред. А. Н. Агаджаняна. - Москва: Эксмо, 2008. - 21 см. - (Новейший медицинский справочник).Т. 1. - 2008. - 894, [1] с.

5.Справочник врача общей практики: [в 2-х томах] / [Агаджанян Н. А. и др.] ; под ред. А. Н. Агаджаняна. - Москва: Эксмо, 2008. - 21 см. - (Новейший медицинский справочник).Т. 2. - 2008. - 830 с.

6.Винник Ю. С., Кочетова Л. В., Карлова Е. А., Теплякова О. В. Асептика и антисептика; Феникс, Издательские проекты - Москва, 2007. - 128 с.

7.Чуйков О.Е. Государственные муниципальные услуги. - Курск, 2017. – 210с.

8. Chuikov O.E., Gordeev I.A., Batyrov V.V. The discoveries and achievements of modern historiography of the don cossacks in the second half of the XIX century//Былые годы. Российский исторический журнал. 2016. № 41-1 (3). С. 675-687.

Рожабова К.Э. (г. Новочеркасск)

Саидова Л.И. (г. Новочеркасск)

Южно-Российский государственный
политехнический университет (НПИ) имени М.И. Платова

**МОЛОДЕЖНЫЙ ТУРИЗМ В ЦИФРОВУЮ ЭПОХУ: ПОТЕНЦИАЛ
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ**

Молодежный туризм в данной статье рассматривается как ресурс формирования здоровьесберегательной среды для социализации и развития молодых поколений России. Общество не может эффективно развиваться, когда его молодое поколение не является здоровым и в духовном, и в физическом аспекте, а разнообразные виды молодежного туризма призваны повысить социальное здоровье молодых граждан страны. Такая возможность у этого вида туристской практики формируется за счет создаваемого им социализационного пространства, особенности функционирования которого тем актуальнее, чем более рискогенно заявляет о себе цифровая эпоха с ее доминантой информационных, компьютерных и иных технологий, хоть и способствующих прогрессу, негативно сказывающихся на социальном и физическом самочувствии молодежи.

Ключевые слова: молодежь, туризм, молодежный туризм, здоровье, здоровьесберегательная среда.

Youth tourism in this article is considered as a resource for the formation of a health-preserving environment for the socialization and development of young generations in Russia. Society cannot develop effectively when its young generation is not healthy both spiritually and physically, and various types of youth tourism are designed to improve the social health of young citizens of the country. Such an opportunity for this type of tourist practice is formed due to the socialization space it creates, the features of the functioning of which are all the more relevant, the more risky the digital age claims about itself with its dominance of information, computer and other technologies, although they contribute to progress, negatively affecting the social and physical the well-being of young people.

Key words: youth, tourism, youth tourism, health, health-saving environment.

Молодежный туризм как важнейший сегмент развития современного туризма во всем мире для российского общества приобретает особую значимость, которая определяется возрастающими рисками здоровью молодежи, сформировавшейся в эпоху информационных технологий. Нельзя не согласиться с мнением ученых о том, что успешность развития общества, во многом, детерминирована качеством здоровья молодого поколения, которое является основой здоровья нации в настоящем и в будущем, источником ее культурного, трудового и репродуктивного потенциала [4; с. 133].

На этом делает акцент и И.М. Ильинский, когда пишет о том, что ничего не изменится к лучшему в понимании будущего и развития общества, пока оно не обратится к человеку, проектирующему свое

будущее в момент настоящего, т.е. к молодежи, без которой будущего просто не будет [5].

Современное молодое поколение социализируется в среде, далекой от принципов и норм здоровьесбережения. В жизни молодежи с самого рождения всевозможные средства компьютерной и иной информационной техники играют доминантную роль. Не зря молодежь сегодня называют цифровой, компьютерной, экранной и т.д., подразумевая, что ее становление происходит в мире сверх технологизированном, в котором сама социальность уже представляется не иначе, как антропотехногенная. Эта социальность наполнена многочисленными рисками, и один из самых опасных для человечества – это риск здоровью молодежи.

В данной связи самым актуальным образом встает вопрос о создании здоровьесберегающей среды для молодежи [3] или таких условий, при которых молодое поколение, уже по факту цифровое, сможет развиваться без рисков для здоровья. Такая среда должна сформироваться в противовес техногенной, чтобы создать необходимый баланс природного и техногенного в социализационном пространстве молодежи. Для этого необходимо использовать потенциал тех видов деятельности, которые позволяют оторваться от экранов мониторов, увидеть мир не сквозь призму экранных сюжетов, а собственными глазами.

Исследователи совершенно справедливо обращаются к социализационному потенциалу туризма, в пространстве которого молодежь осваивает разнообразные нормы и роли, вступает в коммуникации, приобщается к культурным ценностям, формирует собственное отношение к миру, с которым непосредственно взаимодействует посредством туристских практик [7].

В современном обществе видовое разнообразие туризма достаточно многообразно и расширяется по мере появления инновационных туристских практик, и в этом многообразии особое место занимает молодежный туризм как вид туризма, основным субъектом которого выступает молодежь. Она является самым активным и перспективным участником туристического движения в России с учетом ее возрастных и социально-психологических характеристик, стремления к познанию нового, высокой мобильности как характеристики, преимущественно, молодости, но, вместе с тем, нельзя сказать, что масштабы молодежного туризма в нашей стране адекватны и запросу на этот вид деятельности со стороны молодых граждан страны, и интересам государства с точки зрения стоящих задач в области повышения уровня здоровья молодых граждан. Здесь стоит помнить и об уровне молодежной девиации в России, масштабы которой составляют значительное пространство риска физическому и социальному самочувствию молодежи и общества [6]. С помощью развития молодежного туризма можно эффективно бороться с этим социальным недугом.

Среди причин относительно низких темпов развития молодежного туризма в России на первом плане экономическое неблагополучие большей части молодежи, которая далеко не всегда в состоянии реализовать запрос на те или иные виды туристских практик и услуг. Не способствует более активному и эффективному развитию молодежного туризма в России и реализуемая в этом направлении государственная политика.

Вместе с тем, туризм позволяет сохранить физическое и духовное здоровье молодежи, способствует профилактике экстремистских установок в молодежной среде, стремительно распространяющихся по мере ее неустроенности и замыкании на проблемах жизненной самореализации в условиях ограниченных самой кризисной российской реальностью ресурсов [2], а потому вопросы, связанные с повышением социального самочувствия молодежи, далеко не в последнюю очередь связаны с развитием здоровьесберегающей среды. И туризм для этого обладает значительным потенциалом.

Это хорошо понимали в советском государстве, в котором молодежь как субъект туристской деятельности проявляла очень высокую активность, поддерживаемая идеологически и практически в своем стремлении реализовывать самые разнообразные виды туристских практик. На службу молодежному туризму были поставлены институты спорта и образования, вся система советского воспитания, идеологически выстраивавшаяся на принципах спортивного воспитания. В советском государстве при активной поддержке органов власти функционировала целая сеть туристических клубов и организаций, включавшая в свой состав представителей самых разных возрастных, этнокультурных и профессиональных групп, что способствовало межкультурной коммуникации и интеграции советского народа.

Таким образом, молодежный туризм как предметное пространство социологической рефлексии и ресурс решения актуальных социальных проблем российского общества нуждается в более глубокой научной разработке. Нельзя сказать, что в этом направлении сделано мало, но современная жизнь настолько стремительно развивается под влиянием цифровых технологий, технологизации и глобализации, что любая социальная проблематика требует постоянного внимания на предмет выявления новых тенденций и перспектив в ее развитии. И проблемы молодежного туризма это также касается.

В этом контексте имеет смысл обратить внимание на типологическое разнообразие этого вида туризма, который вмещает в себя разнообразные туристские практики, сложившиеся в туристической индустрии. Особый интерес представляют нетрадиционные виды туристских практик, которые наиболее активно развиваются именно в молодежной среде, как правило, возникая в ней. Так, информатизация и цифровизация современного

общества породили интересы молодежи, выразившиеся в таких нетипичных видах туризма, как dark-туризм (организованные поездки по городам-призракам с соответствующей амуницией, техническими средствами), ритуальный туризм (посещение старинных и заброшенных кладбищ, а также могил своих предков с ритуальными целями), индустриальный туризм (изучение различных инженерных сооружений, объектов, старинных сооружений производственного или хозяйственного назначения), кибер-гот-туризм (его возникновение связано с субкультурой «для людей будущего», представители которого полагают, что мир идет к своему логическому историческому апогею ввиду плохой экологии, компьютеризации жизни и человека, грядущей ядерной катастрофы) [1].

Высокую активность молодежь проявляет в спортивном туризме, в том числе в экстремальных видах спорта (альпинизм, горный туризм, горные лыжи и др.). Спортивный туризм в особенной степени способствует развитию здоровьесберегательных практик молодежи, стремящейся реализовать себя в этом виде деятельности, не сопоставимом с нездоровым образом жизни. Кроме того, спорт, как известно, развивает волевые качества, коммуникативные навыки и адаптивные способности личности, так как требует преодоления себя, своих физических возможностей.

Достаточно активно сегодня развиваются иные, не экстремальные виды туризма – экологический, сельский, аграрный, зеленый, что чрезвычайно положительно сказывается как на духовном, так и физическом развитии молодежи, погружающейся в рамках реализации данных туристских практик в изучение родного края, его истории, культуры, природы, традиций и обычаев.

В ходе туристской деятельности молодежь познает не только окружающий мир, но и саму себя в нем, становясь взрослее, сознательнее, ответственнее, что способствует снижению рисков инфантилизации в молодежной среде [8] и активному включению молодых граждан в социальную жизнь, в решение социально значимых задач.

Иными словами, туризм способствует формированию социальной субъектности молодежи и ее интеграции в социум в качестве полноценного актора социальных отношений, т.е. в качестве социально активной и здоровой социальной группы.

1. Баканова А.А. Нетрадиционные виды молодежного туризма // Царскосельские чтения. 2012. № XVI. С. 149-152.

2. Бедрик А.В., Зарбалиев В.З. Факторы распространения молодежного экстремизма на Юге России на современном этапе // Caucasian Science Bridge. 2018.1(1). С. 38–50.

3. Бойченко Я. Б. Здоровьесбережение современной молодежи.

Монография – Х: Издательство Иванченко И. С., 2013. 195 с.

4. Журавлёва И.В., Лакомова Н.В. Социальная обусловленность здоровья подростков во временном аспекте // Социологическая наука и социальная практика. 2019. № 2(26). С. 132-151.

5. Ильинский И.М. Молодежь в процессе развития [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.ilinskiy.ru/publications/stat/molrazv.php>

6. Позднякова М.Е. Особенности девиантного поведения современной **российской** молодежи: на пути криминализации и десоциализации // Россия реформирующаяся: ежегодник: вып.15 / Отв. ред. М.К. Горшков. М.: Новый Хронограф, 2017. С. 516-548.

7. Степановский Е.П., Скляр А.В. Социализация в туристском пространстве // Научный вестник ЮИМ. 2015. № 4. С. 48-52.

8. Хагуров Т.А. Девиации, социальный контроль и риски взросления в современной России // Вестник Института социологии. 2013. № 7 [Электронный ресурс]. Режим доступа: www.vestnik.isras.ru

**Сизов А.А., Молчанов И.П., Ивенков М.П. (г.Курск)
ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский
университет Минздрава России**

Специфика организации быта в условиях режима самоизоляции

В период возникшей пандемии люди стали больше находиться в домашних условиях, что не могло не повлечь за собой определенные последствия для их здоровья. Так неправильная организация труда и отдыха, питания, а также физических нагрузок в своем доме приводит к развитию отклонений в функционировании жизненно важных систем, таких как пищеварительная, опорно-двигательная и сенсорная. Соблюдения определенных рекомендаций может уберечь здоровье человека и сделать жизнь на карантине намного разнообразнее.

Ключевые слова: питания, отдых, зрение, самоизоляция, пандемия, сон.

During the outbreak of the pandemic, people became more at home, which could not but entail certain consequences for their health. So the improper organization of work and rest, nutrition, as well as physical activity in your home leads to the development of deviations in the functioning of vital systems, such as the digestive, musculoskeletal and sensory systems. Compliance with certain recommendations can save human health and make life in quarantine much more diverse.

Key words: nutrition, rest, vision, self-isolation, pandemic, sleep.

Прошедший год стал для всего человечества настоящим вызовом. Мир столкнулся с новой коронавирусной инфекцией COVID-19. Быстрые темпы распространения вируса стали сигналом к тому, что срочно необходимо принимать экстренные меры. Одним из способов снижения скорости распространения является сокращение количества личных контактов. Осуществить это помогло введение режима самоизоляции. В России он был введён в марте 2020 года. Таким способом полностью остановить распространение вируса не получится, однако это позволит избежать резких скачков заболеваемости. Если рост будет плавным, то это поможет избежать перегрузки системы здравоохранения и даст время подготовить резерв коек и медицинских сотрудников на случай ухудшения ситуации.

Режим самоизоляции подразумевает переход рабочего населения на удалённую работу, а учеников и студентов на дистанционное обучение. Такой период не может иметь одностороннюю оценку, в нём есть как положительные, так и отрицательные моменты. С одной стороны, появляется больше свободного времени, которое можно уделить самому себе. Это и полноценный отдых, и чтение книг, и развитие в интересующих направлениях. Свободное время позволяет больше уделять времени физической активности, правильному питанию, личной гигиене. Но с другой стороны, нередко можно наблюдать совершенно противоположные явления. На самоизоляции население вынуждено проводить дома почти всё своё время, следовательно, уменьшается физическая активность, так как не нужно добираться до места учебы или работы. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения для того, чтобы поддерживать свой организм в тонусе, и при этом ощущать бодрость и мотивацию, необходимо уделять 75 минут интенсивной физической нагрузке или 150 минут умеренной физической активности в неделю. Выбор упражнений достаточно велик. Благодаря сети Интернет мы можем найти упражнения для любой мышечной группы как с собственным весом тела, так и с различными спортивными снарядами. Физические упражнения в условиях самоизоляции играют огромную роль. Благодаря ним можно поддерживать своё тело в тонусе, избавиться от лишнего веса и снизить боль в суставах. Отсутствие физической нагрузки может привести к нарушению в работе всех систем органов. Вследствие снижения двигательной активности можно наблюдать быструю утомляемость, нарушение сна и аппетита. [5 с. 381]

Малоподвижный образ жизни на самоизоляции нередко сопровождается изменением веса человека. Проводя дома большую часть дня, у людей увеличивается доля свободного времени, которое они могут заполнять перекусами, что приводит к увеличению веса. Поэтому необходимо задуматься о пересмотре своего пищевого рациона. Во-первых, нужно уменьшить калорийность принимаемых блюд. Это

позволит приблизиться к энергетическому балансу между энергозатратами и энергией, полученной с пищей. Предпочтительно перейти на 3-4 разовое питание с перерывами в 3-4 часа без перекусов в промежутках между основными приемами пищи. Чтобы не набрать лишний вес, нужно привести в порядок соотношения между белками, жирами и углеводами. Так как эпидемиологическая ситуация в мире оставляет желать лучшего, необходимо добавить в свой рацион побольше витаминов, для укрепления иммунной системы. К таким продуктам в большей степени можно отнести фрукты, овощи и орехи. Именно сбалансированное питание является одним из самых важных факторов здорового образа жизни. Он способствует поддержанию и укреплению здоровья. [1 с. 12]

Ещё одной проблемой для здоровья в период самоизоляции является нарушение режима сна. Причиной этому могут являться вышеперечисленные недостаток физической активности и несбалансированное питание. Но есть и ещё одна весомая причина – это стресс. Не каждый человек легко смог приспособиться к переходу к новому образу жизни. Людям пришлось столкнуться с уменьшением живого общения. На замену ему пришли переписки в социальных сетях, а также общение по видеосвязи. Последствия нарушения режима сна могут быть самыми разнообразными. Это и замедленная реакция, и проблемы с памятью, и подавленное эмоциональное состояние. Хронический недосып может привести и к более серьёзным последствиям – снижению иммунитета и гипертонии. [1 с. 13; 2 с. 147]

Из-за перехода на удалённую работу или дистанционное обучение люди стали в разы больше проводить времени за цифровыми устройствами. При их избыточном использовании могут появиться проблемы со зрением. Сначала они могут проявляться в виде незначительных, неприятных ощущений – усталости и сухости в глазах. Но если не уделить этой проблеме внимания, то могут появиться симптомы, сопровождающие более серьёзные заболевания органа зрения. Профилактикой для минимизации вреда от цифровых устройств являются правильно подобранное рабочее место и расстояние до монитора или смартфона и достаточная освещённость. Также необходимо не забывать про различные виды упражнений для глаз и периодические перерывы в работе с цифровыми устройствами, они помогут снять напряжение. [3 с. 103; 4 с. 74]

В ходе проведенного исследования мы обратились к данным Росстата для определения наиболее уязвимых групп населения. Выяснилось, что в условиях карантина наиболее подвержены риску студенты, длительное время находящиеся перед экранами электронных устройств и ограниченные в физической деятельности, что напрямую связан со спецификой дистанционного обучения, подразумевающей строго конкретизированные сроки выполнения занятий и посещения пар на

различных платформах для видеосвязи. Постоянное фиксированное сидячее положение способствует развитию искривлений позвоночника, а непостоянство и сомнительное качество питания в разы увеличивают риск возникновения гастритов и язв желудка. Недостаток солнечного света и нарушения циркадных ритмов приводят к ослаблению опорно-двигательной системы, что повышает опасность получения вывихов и иных травм. Таким образом, мы можем рекомендовать при сохранении режима карантина в дальнейшем будущем разнообразить свое питание (оно должно быть количественно полноценным, то есть калорийность соответствует энергозатратам в течение суток, а также качественно – наличие в пище белка, жиров, углеводов, витаминов и минеральных солей), что позволит поддержать состояние желудочно-кишечного тракта. Ежедневно следует проводить прогулки на свежем воздухе, минимально хотя бы 15 минут в день. А также рекомендуется ограничить время взаимодействия с дисплейными устройствами. Соблюдение данных рекомендаций позволит подкрепить свое и здоровье своих близких, даже в условиях карантина.

1. Иохидов, В. В. Здоровый образ жизни в условиях социально-карантинных ограничений: итоги и ожидания / В. В. Иохидов // Гуманитарная парадигма. – 2020. – №3. – С. 8-15.

2. Мусабек М. И. Проблема здоровья учащихся средней школы в условиях дистанционного обучения на фоне пандемии COVID-19 / М. И. Мусабек, Г. К. Ташенова // Актуальные научные исследования в современном мире. – 2020. – №3. – Ч.3. – С. 146-150.

3. Польской В. С. «Компьютерный зрительный синдром» как предпосылка для развития офтальмологических заболеваний / В. С. Польской, И. П. Молчанов, М. П. Ивенков // Студент года 2020. – №4. – 2020. – С. 99-107.

4. Польской В. С. Анатомическое строение и патологические изменения органа зрения и придаточного аппарата под влиянием некоторых специфических факторов / В. С. Польской, И. П. Молчанов, М. П. Ивенков // Интегративные тенденции в медицине и образовании. – 2020. – Т.4. – С. 72-77.

5. Функциональное состояние студентов в условиях самоизоляции / Е. Ю. Сысоева, Е. Г. Стадник, Т. Е. Сими́на, С. Ю. Татарова, Ю. И. Кочугаров // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2020. – №7. – С. 378-384.

СПОРТИВНОЕ ПИТАНИЕ. ОБЗОР ВРЕДА И ПОЛЬЗЫ.

В статье дается содержательная характеристика пищевых добавок называемых спортивным питанием. Данная линейка товаров приобретает ежегодно все большую популярность. Для того чтобы не повредить своему здоровью ,необходимо знать что это такое, какие плюсы и минусы несут в себе эти продукты.

Ключевые слова: пищевые добавки, спортивное питание, здоровый образ жизни, правильное питание.

The article provides an informative description of nutritional supplements called sports nutrition. This product line is becoming more and more popular every year. You should know about these products, their advantages and disadvantages in order not to harm your health.

Keywords: nutritional supplement, sports nutrition, healthy lifestyle, proper nutrition.

В наш век стало модным быть спортивным. Это очень хорошая тенденция для всех возрастов. В спортивных секциях, на стадионах, на фитнесе можно встретить от мала до велика. Для этого существуют все условия: спортивных залов в каждом городе большое число, а с каждым годом их открывается еще больше! Следить за собой и своим здоровьем необходимо. Но чтобы быть активным и находиться в постоянной форме, кроме занятий спортом, необходимо соблюдать правильное и сбалансированное питание. Однако, для достижения более быстрых результатов при формировании подтянутого и красивого тела прибегают к ,так называемому, спортивному питанию.

Сейчас мы не рассматриваем то спортивное питание, которое принято у профессиональных спортсменов. Речь пойдет о той продукции ,которая продается в соответствующих магазинах. Множество людей, занимающихся в фитнес залах, используют спортивное питание для разных целей : просто поддержка организма для баланса анаболических и катаболических процессов, для набора мышечной массы, для более быстрого восстановления организма после изнуряющих тренировок, просто по той причине, что это считают вкусным, с целью похудеть и проч. Кто-то употребляет их систематически, а кто-то иногда.

Под спортивным питанием подразумевают группу товаров, предназначенных для активных людей, профессиональных и полупрофессиональных спортсменов. Они увеличивают показатели выносливости, силы, снижают утомляемость во время тренировок и помогают быстрее восстановиться. Такая особая группа пищевых добавок

является дополнительным источником белков, углеводов и жиров (макронутриентов), а также витаминов и минералов (микронутриентов), необходимых организму аминокислот и других полезных веществ.

Познакомимся с ними поближе:

1) протеиновые смеси (протеин) – высокобелковые смеси. Преимущества этих смесей, кроме их быстрой усвояемости, относят еще и возможность дробного питания, точнее поступления белка между основными приемами пищи;

2) гейнеры – углеводно-белковые смеси, часто обогащенные витаминами, минералами и кислотами;

3) "ВСАА"- это аминокислоты с разветвленными боковыми цепями - протеиногенные аминокислоты (валин, лейцин, изолейцин);

4) предтренировочные комплексы – комплекс питательных веществ, основной целью которых является тонизирующий эффект (кофеин, аргинин, таурин);

5) посттренировочные комплексы – смеси, которые восстанавливают наш организм после интенсивных занятий спортом;

6) креатин – главным образом креатинмоногидрат – кислота, которая участвует в энергетическом обмене миоцитов, способствуя их росту;

7) L-карнитин – это витаминоподобная аминокислота, в особенности влияет на транспортные процессы в липоцитах;

8) жиросжигатели – комплекс веществ, направленных на усиление липидного распада;

9) витамины и минералы;

10) спортивные батончики с высоким содержанием белка или углеводов – хороший перекус, когда необходима энергия;

11) спортивные напитки – такие, которые направлены на восстановление потерянных во время тренировок минералов, витаминов и жидкости.

Спортивное питание можно назвать правильным питанием. Однако, правильное питание гласит о своем разнообразии. Люди покупают одни и те же добавки, потребляют каждый день как дополнение к своему рациону, а иногда и вовсе, как самостоятельный прием пищи. Те же самые протеиновые смеси принимают и по несколько раз в сутки, что не рекомендуется в рамках закона разнообразия.

В случае систематического употребления спортпита необходимо помнить об адекватности их приема. Поскольку при злоупотреблении этими продуктами возможны явления диспепсических расстройств. Также необходимо учитывать собственное состояние здоровья – нехватка ферментов или недостаточности транспортной системы слизистой ЖКТ могут только усугубиться при потреблении такой продукции. Из этого следует неполное переваривание или всасывание аминокислот, белков, жиров и углеводов. Кроме субъективного дискомфорта и временных

проявлений метеоризма, диареи, запоров и прочего, возможны куда более серьезные нарушения в виде токсико-аллергических реакций, образования камней в почках, нарушения функций печени. Избыток протеина может вести к разобщению минерального обмена в организме, то есть к остеопорозу.

Существует еще такой момент как "биотическая адекватность питания" или его "безопасность". В эпидемическом отношении оно значит отсутствие возбудителей инфекционных и паразитарных болезней, а также их токсинов, отсутствие ядовитых и вредных примесей, токсических веществ немикробного происхождения. В случае химически синтезированных пищевых продуктов следует помнить о существовании добавок для устранения неприятного вкуса основного вещества, повышения его усвояемости. Из-за этого производители используют максимально разрешенные значения этих компонентов. Отсюда еще одна причина канцерогенности и сенсбилизации организма. Но кроме улучшения таким образом органолептических свойств, следует помнить о недобросовестных производителях. Поскольку проверить качественность уже готовой продукции представляется мало возможным.

Что касается микронутриентов, то тут следует скептически относиться к некоторым из них. Например, к "ВСАА". Фитнес-тренеры и производители продвигают их как продукт, восстанавливающий мышцы. Некоторые исследователи этого вопроса считают данный компонент бессмысленным как с точки зрения спортивной биохимии, так и представляющим опасность в виде риска развития атеросклероза. Этот риск увеличивается и при повышении доз L-карнитина.

Из плюсов спортивного питания можно выделить то, что эти продукты долго хранятся, быстро усваиваются организмом (например, протеиновый коктейль усваивается за 30-40 минут, в то время как кусок мяса - за 2-3 часа), у них высокая пищевая ценность, экономится время на приготовление пищи.

Из минусов: высокие цены, необходимость соблюдать график приема, возможны побочные эффекты.

Как и всегда, при появлении чего-то нового, имеются противники и сторонники. Подытожив все вышесказанное, можно отметить, что во всем необходима мера. Имеются указанные дозировки каждой продукции из расчетов на массу тела, им и стоит следовать злоупотреблять и заменять основной рацион этими добавками нельзя. Однозначного вреда при правильных пропорциях спортивное питание не несет. При изнуряющих тренировках организм должен получать поддержку, чтобы не работать себе во вред. Исследования линейки этой продукции продолжаются; кроме того, идут активные разработки новых товаров. Здоровый образ жизни должен приносить только чувство радости, легкости и вселять уверенность в свои силы и свой организм. Как утверждал Джон Леббок: «Здоровье

гораздо более зависит от наших привычек и питания, чем от врачебного искусства».

1. Вторникова, Н.И. Оценка спортивного питания с позиции концепции рационального питания / Н.И. Вторникова, А.А. Соколова, А.Н. Ремезова // Национальное здоровье.-2018.-№4.-С.35-38.

2. Васильева, Д.А. Применение пищевых добавок с компонентами молока для спортивного питания // Молодой ученый.-2015.-№ 4 (84).-С.139-142. [Электронный ресурс].-URL: <https://moluch.ru> (дата обращения 20.03.2021).

3. Дегтярев, В.И. Влияние спортивного питания на здоровье / В.И. Дегтярев, Е.В. Егорычева // Международный студенческий научный вестник.-2016.-№5-2. [Электронный ресурс].-URL: <http://www.eduherald.ru> (дата обращения 20.03.2021).

4. Пешкев, Ю.А. Плюсы и минусы спортивного питания / Ю.А. Пешкев [и др.] // Международный студенческий научный вестник.-2016.-№5-2. [Электронный ресурс].-URL: <http://www.eduherald.ru> (дата обращения 20.03.2021).

**Секция «ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ»**

Левин А.И. (г. Курск)

**ГОАУ ВО Курской области «Курская академия государственной и
муниципальной службы»**

**ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ В
УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИЙНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

В статье анализируются нормативно-правовые аспекты защиты здоровья граждан Российской Федерации в условиях распространения коронавирусной инфекции. Рассматривается специфика принятия законодательных и иных актов во время первой и второй волн пандемии. Подчеркивается специфика регионального регулирования ряда положений по введению и контролю режима локдауна. Отдельными аспектами работы выступает разбор правовых актов, посвященных обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, обеспечения населения лекарственными средствами и средствами индивидуальной защиты, а также социальных гарантий работникам, борющимся с инфекцией.

Ключевые слова: Российская Федерация, общественное здоровье, Курская область, федеральный бюджет, нормативно-правовой акт, охрана жизни и здоровья граждан, пандемия, коронавирусная инфекция.

The article analyzes the regulatory and legal aspects of protecting the health of citizens of the Russian Federation in the context of the spread of coronavirus infection. The specifics of the adoption of legislative and other acts during the first and second waves of the pandemic are considered. The specifics of regional regulation of a number of provisions on the introduction and control of the lockdown regime are emphasized. Separate aspects of the work are the analysis of legal acts dedicated to ensuring the sanitary and epidemiological well-being of the population, providing the population with medicines and personal protective equipment, as well as social guarantees for workers fighting infection.

Keywords: Russian Federation, public health, Kursk region, federal budget, regulatory legal act, protection of life and health of citizens, pandemic, coronavirus infection.

Распространение в мировом масштабе коронавирусной инфекции COVID-19 стало вызовом для системы охраны жизни и здоровья граждан,

национальной безопасности в целом всех стран без исключения. Уже в начале 2020 года Всемирной организацией здравоохранения указанной инфекции был присвоен статус международно опасной. Фактически было объявлено состояние пандемии [17]. Почти в ста странах мира были введены экстренные меры, получившие общее наименование «локдаун» (lockdown). Серьезная эпидемиологическая обстановка стала основой для изменения подхода к обеспечению общественного здоровья. Обеспечение строгих мер оказалось неразрывно связано с ограничением прав и свобод граждан. Это касалось как основных конституционных прав (в том числе на свободу передвижения, неприкосновенность частной жизни и другие), так и некоторых других (включая социально-экономические, культурные и иные). Указанные меры вызвали ряд последствий, наиболее значимыми из которых в рамках нашего исследования выделим модернизацию нормативно-правовых основ системы охраны общественного здоровья. Она была направлена на обеспечение национальной безопасности государств, подвергшихся «атаке» коронавирусной инфекции.

Российская Федерация не стала исключением в исследуемой ситуации. 27 января 2020 года был создан Оперативный штаб по взаимодействию профильных органов исполнительной власти [18]. Уже 31 января 2020 года правительство РФ внесло инфекцию 2019-nCoV в перечень заболеваний, представляющих опасность [7]. Согласно этому документу, обеспечивались диспансерное наблюдение за лицами с признаками заболевания и иные дополнительные меры, отвечающие требованиям федерального законодательства [1, ст.33]. А 3 марта 2020 года главный государственный санитарный врач Российской Федерации А.Ю. Попова постановлением утвердила ряд дополнительных мер по предупреждению завоза и распространения инфекции [15].

Однако введение ограничительных мер имело специфический характер. В мировой правовой практике система децентрализации практически не применялась. Федеральными органами власти определялись лишь «правовые ориентиры» [14], а региональные органы власти (прежде всего, главы субъектов и лишь ограничено законодательные органы власти регионов) осуществляли введение, регламентацию или отмену (ослабление) ограничительных мер. Принятие законодательных актов в разгар первой и второй волн пандемии должно было происходить в оперативном режиме и носить ситуативный характер. Многие проблемы приходилось решать впервые без опоры на предшествующий опыт нормотворчества. Поэтому роль федеральных органов власти в начальный период сводилась к нормативному регулированию отдельных сторон деятельности и закреплению позитивного опыта. Такой шаг можно считать вынужденным, так как в условиях огромной территории и неравномерности распространения

инфекции в начале эпидемии, было бы затруднительно вырабатывать универсальные решения [16].

Но в дальнейшем роль федеральной власти значительно повысилась, что связано со значительным ограничением конституционных прав граждан в ходе борьбы с коронавирусной инфекцией. Так, можно говорить об ограничении следующих прав: на свободу передвижения, выбор места жительства, на досуг и отдых. Затрагивается и право человека на неприкосновенность частной жизни [23, с. 237]. Вынужденные меры, которые были предприняты на различных уровнях власти, носят массовый характер и могут быть классифицированы по различным основаниям.

Нормативно-правовые акты в области охраны общественного здоровья, которые подверглись вынужденному изменению, можно разделить на полномочия по регулированию охраны здоровья, акты в сфере эпидемиологической безопасности, обеспечения граждан средствами защиты и медицинскими изделиями, регулирования строительства и перепрофилирования медицинских учреждений, поддержки медицинских работников [19]. Одним из важнейших федеральных законов, подвергшихся изменению, стал Федеральный закон от 21 декабря 1994 г. № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» в котором была изменена трактовка понятия «чрезвычайная ситуация» как обстановки «на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих, стихийного или иного бедствия, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей» [2, ст.1]. Правительство Российской Федерации получило полномочия по введению режимов «повышенной опасности» и «чрезвычайной ситуации», в которые входит право на установление обязательных к исполнению правил поведения в указанных режимах, как для граждан, так и для организаций.

В свою очередь, органы государственной власти субъектов Российской Федерации были наделены правами на введение дополнительных мер и правил поведения. В самые короткие сроки во всех субъектах Российской Федерации были приняты нормативные акты, реализующие дополнительные полномочия. Губернатор Курской области выпустил распоряжение о введении режима повышенной опасности 10 марта 2020 года [13]. Документом определялось ограничение деятельности ряда учреждений (детских, культурных, общественного питания), запрещалось проведение массовых мероприятий «при организации которых невозможно обеспечить выполнение соблюдения рекомендаций Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и

благополучия человека» [13]. Для ряда категорий граждан, включая имеющих хронические заболевания и лиц старше 65 лет, вводился режим самоизоляции по месту жительства (пребывания, фактического местонахождения), обеспечивался перевод не менее 30% работников (со 2 ноября 2020 года) на дистанционный режим работы. В целом предусматривалось ограничение массового скопления людей, соблюдение мер санитарии и гигиены.

В качестве мер, обеспечивающих исполнение ограничительных требований и способствующих санитарно-эпидемиологическому обеспечению благополучия населения, были приняты изменения в Кодекс об административных правонарушениях и Уголовный кодекс Российской Федерации [4, 5]. Теперь статья 6.3 КоАП предусматривает ответственность за нарушения законодательства в указанной области, совершенные в период угрозы распространения заболевания и санкции в виде штрафов для граждан от 15 до 40 тысяч рублей, для должностных лиц и лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, — от 50 до 150 тыс. рублей, для юридических лиц — от 200 до 500 тыс. рублей. Были внесены изменения в статью 236 Уголовного кодекса РФ, которая предусматривает уголовную ответственность за повлекшее по неосторожности массовое заболевание людей нарушение санитарно-эпидемиологических правил. Согласно информации средств массовой информации уголовные наказания по указанным статьям носят в настоящее время единичный характер.

Важным элементом современной социальной реальности является быстрое распространение информации в обществе средствами Интернет-коммуникации. В условиях пандемии коронавирусной инфекции общественное внимание было приковано к причинам и последствиям пандемии. Неизбежным в этих обстоятельствах стало появление большого числа слухов и недостоверной информации о коронавирусе. По данным декабря 2020 года за прошлый год было возбуждено 37 уголовных дел по статье 207.1 УК РФ (публичное распространение заведомо ложной информации об обстоятельствах, представляющих угрозу жизни и безопасности граждан), составлено более 456 протоколов за распространение фейковых новостей о коронавирусе по статье 13.15 КоАП РФ [20].

Одной из острых проблем, возникающих во время эпидемий, является снабжение населения пострадавших территорий средствами защиты (в том числе индивидуальными – СИЗ) и лекарственными средствами. Стремительное течение пандемии COVID-19 и отсутствие на ранних этапах ее развития единого подхода к лечению заболевания и его осложнений. В результате во многих странах возникли ажиотажный спрос на лекарственные средства и СИЗ. Россия не стала исключением, и во многих ее регионах как розничные, так и оптовые цены на эти группы

товаров выросли. Так, например, в январе 2020 года в Адыгее цены на медицинские маски выросли в 15 раз [21]. В Курске одна маска могла обойтись покупателю в 50 рублей.

В качестве временной меры по борьбе с резким ростом цен на медицинские изделия 2 марта 2020 года вводился временный запрет на вывоз из России ряда средств обеспечения защиты населения [8]. Кроме того, в сложившихся условиях потребовалось введение мониторинга цен и установление особенностей розничной торговли лекарственными препаратами медицинского применения, включая их дистанционное распространение. С этой целью были утверждены Правила выдачи разрешения на торговлю лекарственными препаратами дистанционным способом, осуществления торговли и доставки [11]. Была введена ответственность за превышение предельных размеров оптовых надбавок к отпускным ценам на лекарственные препараты.

Пандемия выявила ряд проблем и в организации обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в целом. Фактически выяснилось, что практически во всех странах система гражданской обороны (civil defense), изначально предназначенная на реакцию на чрезвычайные ситуации, оказалась недостаточной основой для организационной и финансовой работы по ликвидации последствий распространения коронавируса. Как следствие, устойчивость работы медицинских учреждений и системы здравоохранения в целом оказалась под угрозой. В связи с тем, что основное финансирование медицинских учреждений в России происходит за счет средств системы обязательного медицинского страхования, для сохранения устойчивости развития здравоохранения в условиях коронавирусной пандемии потребовалось внести ряд изменений в Федеральный закон № 326-ФЗ. В частности, прекращение профессиональных осмотров и диспансеризации, изменение порядка работы стационаров медицинских учреждений, среди прочих последствий имело сокращение финансирования учреждений здравоохранения. Внесенные изменения в указанный федеральный закон позволили заложить правовые основы финансирования медицинских организаций из средств федерального бюджета.

Большая работа была проделана по развертыванию ковидных стационаров, проведено перепрофилирование более 143 тысяч коек, включая 24 тысячи коек для реанимации. Субъекты РФ получили на эти цели более 78 миллиардов рублей. Источник статистики либо ссылка на номер 8. В ряде регионов начато строительство специализированных центров, госпиталей и т.д. В Курской области инфекционный госпиталь «будет рассчитан на 232 койки, из них 24 реанимационные палаты» [22], срок сдачи сдвинут на осень 2021 года.

К работе по борьбе с коронавирусной инфекцией были привлечены достаточно большие силы. Для работы с ковидными больными были

подготовлены более 1,5 миллионов человек, через стационары и амбулатории прошли несколько сот тысяч медиков. Это остро поставило вопрос о мерах социальной и материальной поддержки работников медицинских учреждений.

Уже в апреле 2020 года были установлены выплаты стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку [9], а также за выполнение особо важных работ медицинским работникам (и иным категориям лиц) [10]. Выплаты производились за счет средств федерального бюджета. В мае 2020 года ряд категорий работников медицинских учреждений (младший, средний персонал, врачи), водители машин скорой помощи которые работали с пациентами, у которых подозревается или была подтверждена коронавирусная инфекция, получили право на выплату единовременной страховой выплаты [6].

Правительство РФ продлило до конца 2021 социальные выплаты медицинским работникам. Такие выплаты, теперь определяемые как социальные [12], начисляются медикам «за нормативную смену». Врачи, средний и младший персонал выездных бригад скорой помощи получают 2430 рублей, 1215 рублей, 950 рублей соответственно за одну нормативную смену. Фельдшеры (медсестры) по приему вызовов скорой помощи и передаче их выездным бригадам — 600 рублей. Врачи, оказывающие специализированную помощь в стационарах, средний и младший персонал — 3880 рублей, 2430 рублей и 1215 рублей. Те же специалисты, но работающие амбулаторно — 2430 рублей, 1215 рублей и 600 рублей соответственно [24]. Указанные меры действуют и для Курской области. Нам видится, что указанные меры будут продлеваться и далее.

Нам видится, что изменения, которым подверглась правовая система охраны общественного здоровья сможет стать не просто временной и ситуативной мерой, а основой для создания системы предупреждения и ликвидации последствий эпидемий в будущем. Для этого необходимо создавать нормативно-правовую базу, включающую ряд актов как федерального, так и регионального уровней. В него необходимо включить положения, регламентирующие объявление чрезвычайного положения и его более «тонкую» классификацию, меры по созданию запасов лекарственных средств и средств медицинского назначения, созданию их запасов и логистики, материальной базы по резервным местам в лечебных учреждениях, их перепрофилированию в случае эпидемий. Отдельный пакет нормативных актов желателен для развертывания системы экстренной подготовки медицинских работников, регулированию их труда в зонах бедствия, социальной защите. Результатом такой работы будет повышение качества обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия как отдельных территорий, так и страны в целом.

1. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 N 52-ФЗ (последняя редакция) // Доступ из справочно-информационной системы «КонсультантПлюс». (дата обращения: 17.04.2021).

2. Федеральный закон от 21.12.1994 N 68-ФЗ (ред. от 08.12.2020) «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» // Доступ из справочно-информационной системы «КонсультантПлюс». (дата обращения: 17.04.2021).

3. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Доступ из справочно-информационной системы «КонсультантПлюс». (дата обращения: 17.04.2021).

4. Федеральный закон от 01.04.2020 № 99-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» // Собрание законодательства Российской Федерации. 2020 г. № 14 (часть I). Ст. 2029.

5. Федеральный закон от 01.04.2020 № 100-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и статьи 31 и 151 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. 2020 г. № 14 (часть I). Ст. 2030.

6. Указ Президента Российской Федерации от 06.05.2020 № 313 «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников» // Доступ из справочно-информационной системы «КонсультантПлюс». (дата обращения: 17.04.2021).

7. Постановление Правительства Российской Федерации от 31.01.2020 N 66 «О внесении изменения в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих» <http://www.pravo.gov.ru>, 03.02.2020, «Собрание законодательства РФ», 10.02.2020, N 6, ст. 674.

8. Постановление Правительства Российской Федерации от 2 марта 2020 года № 223 «О введении временного запрета на вывоз отдельных продукции из Российской Федерации» // Доступ из справочно-информационной системы «КонсультантПлюс». (дата обращения: 17.04.2021).

9. Постановление Правительства Российской Федерации от 02.04.2020 № 415 «Об утверждении Правил предоставления в 2020 году иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации в целях софинансирования, в том числе в полном объеме, расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении выплат стимулирующего

характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией» // Собрание законодательства Российской Федерации. 2020 г. № 15. Ст. 2272.

10. Постановление Правительства Российской Федерации от 12.04.2020 № 484 «Об утверждении Правил предоставления в 2020 году иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации, в целях софинансирования в полном объеме расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении выплат стимулирующего характера за выполнение особо важных работ медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19» // Собрание законодательства Российской Федерации. 2020 г. № 16. Ст. 2596.

11. Постановление Правительства Российской Федерации от 16.05.2020 г. № 697 «Об утверждении Правил выдачи разрешения на осуществление розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения дистанционным способом, осуществления такой торговли и доставки указанных лекарственных препаратов гражданам и внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопросу розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения дистанционным способом» // Доступ из справочно-информационной системы «КонсультантПлюс». (дата обращения: 17.04.2021).

12. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.10.2020 № 1762 «О государственной социальной поддержке в 2020 - 2021 годах медицинских и иных работников медицинских и иных организаций (их структурных подразделений), оказывающих медицинскую помощь (участвующих в оказании, обеспечивающих оказание медицинской помощи) по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19), медицинских работников, контактирующих с пациентами с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции (COVID-19), внесении изменений во Временные правила учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и признании утратившими силу отдельных актов Правительства Российской Федерации» // Доступ из справочно-информационной системы «КонсультантПлюс». (дата обращения: 24.04.2021).

13. Распоряжение Губернатора Курской области от 10 марта 2020 года N 60-рг «О введении режима повышенной готовности» (с изменениями на 16 марта 2021 года) // Доступ: <https://docs.cntd.ru/document/570716638> (дата обращения: 17.04.2021).

14. «По делу о проверке конституционности подпункта 3 пункта 5 постановления Губернатора Московской области «О введении в Московской области режима повышенной готовности для органов управления и сил Московской областной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций и некоторых мерах по предотвращению распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-2019) на территории Московской области» в связи с запросом Протвинского городского суда Московской области»: Постановление Конституционного Суда РФ от 25 декабря 2020 г. № 49-П [Электронный ресурс].

15. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 02.03.2020 N 5 «О дополнительных мерах по снижению рисков завоза и распространения новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)» (Зарегистрировано в Минюсте России 02.03.2020 N 57643) <http://www.pravo.gov.ru>, 03.03.2020.

16. Астафичев П. А. Проблемы реализации конституционных прав и свобод человека и гражданина в условиях пандемии COVID-19 // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. - 2021. - № 1 (89). - С. 42-53; doi: 10.35750/2071-8284-2021-1-42-53.

17. Информация с сайта Всемирной организации здравоохранения <https://www.who.int/ru/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-themedia-briefing-on-covid-19-11-march-2020> (дата обращения: 17.04.2021).

18. Создан оперативный штаб по предупреждению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации. — Текст : электронный // Правительство России : [сайт]. — URL: <http://government.ru/info/39357/> (дата обращения: 17.04.2021).

19. Совершенствование законодательного регулирования охраны здоровья в условиях эпидемии COVID-19 / Д. А. Морозов, Д. В. Вторушин, А. А. Полуцыган, Г. А. Селезнев. — Текст : непосредственный // Вестник Волжского университета имени В.Н. Татищева. — 2020. — № 2, том 1. — С. 139-147.

20. С начала года МВД возбудило 37 уголовных дел за фейки о коронавирусе. — Текст : электронный // РБК : [сайт]. — URL: <https://www.rbc.ru/rbcfreenews/5fdd5c3f9a79474601807543> (дата обращения: 19.04.2021).

21. ФАС сообщила о росте оптовых цен на медицинские маски. — Текст : электронный // Известия : [сайт]. — URL: <https://iz.ru/973373/2020->

02-07/fas-soobshchila-o-roste-optovykh-tcen-na-meditsinskie-maski (дата обращения: 20.04.2021).

22. Мишкина, З. Губернатор Роман Старовойт посетил стройплощадку нового инфекционного госпиталя / З. Мишкина. — Текст : электронный // Курские известия : [сайт]. — URL: https://kursk-izvestia.ru/news/169260/?utm_source=yxnews&utm_medium=desktop&utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ua%2Fnews%2Fstory%2FRoman_Starovojt_posetil_strojploshhadku_kovidariya_vKurske--bb25ae15c0a6850d7b0aa100b499f5aa (дата обращения: 20.04.2021).

23. Михайленко, Н. В. Некоторые особенности реализации административно-правовой политики и ограничения прав граждан в условиях пандемии / Н. В. Михайленко, Е. О. Бондарь. — Текст : непосредственный // Вестник экономической безопасности. — 2020. — № 4. — С. 237-241.

24. «Ковидные» выплаты медикам в апреле 2021 года в регионах России - последние главные новости на сегодняшний день. — Текст : электронный // Международный Информационный Центр © 2020 - Новости России : [сайт]. — URL: <http://www.kremlinrus.ru/article/181/134130/> (дата обращения: 24.04.2021).

Беспалова К.О. (г. Курск)
ФГБОУ ВО Курский государственный
университет Минздрава России
Рудакова Э.Ю.(г. Курск)
ФГБОУ ВО Курский государственный университет

СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ РОССИИ

Суррогатное материнство является одним из способов рождения у бесплодного человека долгожданного ребенка. Современный уровень развития медицины в области репродукционных технологий дают надежду на обретение ребенка у множества бездетных семейных пар и одиноких людей.

Ключевые слова: суррогатное материнство, Семейный кодекс, семья, социум.

The relevance of this topic is characterized by the burning problem of infertility in the current world. Surrogate motherhood is one of the ways to give birth to a long-awaited child in an infertile person. The current level of development of medicine in the field of reproductive technologies gives hope

for the acquisition of a child in many childless married couples and single people.

Keywords: surrogate motherhood, Family code, family, society.

В настоящее время суррогатное материнство является распространенным вариантом зачатия и рождения собственного ребенка. Цель данной статьи заключается в раскрытии понятия «суррогатное материнство» в Российской Федерации, рассмотрении проблемных вопросов действующего законодательства. В данном исследовании рассмотрена общая ситуация суррогатного материнства в Российской Федерации в аспекте ряда значимых вопросов.

Для проведения исследования были использованы следующие источники: законодательные акты Российской Федерации, научная литература по гражданскому праву.

Для обозначения наиболее изученных проблем в конце статьи применен описательный метод [6, с.657].

Социум представляет собой сложную, многоуровневую и динамически развивающуюся систему [1], который в каждую исторический период имел свою социальную модель материнства. Первые научные разработки по оплодотворению яйцеклетки вне тела женщины относятся к середине двадцатого века. Первый успешный опыт суррогатного материнства был осуществлен в 1980 году. С того времени обществом обсуждается суррогатное материнство, его социальный и правовой статус. Существует традиционное и гестационное суррогатное материнство, традиционное суррогатное материнство во многих странах запрещено, в том числе и в России. На законодательном уровне в Российской Федерации разрешено гестационное суррогатное материнство (коммерческая и некоммерческая форма). При гестационном суррогатном материнстве генетическое родство между будущим ребенком и женщиной его вынашивающей отсутствует, таким образом, вероятнее всего у суррогатной матери не возникнет эмоциональной близости (связи) с родившимся малышом, следовательно, отказа в передаче ребенка его генетическим родителям, скорее всего не произойдет.

Суррогатное материнство в Законодательстве Российской Федерации определяется как: вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключаемому между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям.

Суррогатное материнство это один из видов вспомогательной репродуктивной технологии, при котором, полученный экстракорпоральным методом (ЭКО) эмбрион пересаживается в организм

«чужой» женщины, для вынашивания и родов ребенка для третьих лиц, которым требуется такая процедура в связи с диагностическими показаниями.

Абзацем 2 части 4 статьи 51 Семейного кодекса Российской Федерации [2], определено, что матерью ребенка является женщина, родившая его. Лица, участвующие в программах суррогатного материнства (генетические родители), с согласия суррогатной матери могут быть записаны в свидетельстве о рождении в качестве родителей ребенка, данное согласие дается только после рождения ребенка. Срок выдачи такого согласия на законодательном уровне не установлен. В связи с этим в таких случаях, опираясь на правоприменительную практику, принято считать, что согласие на передачу ребенка генетическим родителям выдается в срок подачи заявления для регистрации рождения в органах ЗАГС (часть 6 статьи 16 Федерального закона Российской Федерации «Об актах гражданского состояния» [4], который определяется не позднее чем через месяц с момента рождения ребенка.

Законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3] закреплено, что для того, чтобы стать суррогатной матерью необходимо быть здоровой женщиной детородного возраста, родившей одного своего ребенка, при этом если женщина состоит в браке, то ей необходимо получить согласие от супруга, также женщине решившейся стать суррогатной матерью запрещено одновременно быть донором яйцеклетки. Разрешено воспользоваться программами суррогатного материнства как семейным парам, так и одиноким женщинам имеющим серьезные проблемы с репродуктивной системой организма.

Взаимоотношения, возникающие между сторонами в связи с заключением договора суррогатного материнства носят длительный характер, затрагивают различные стороны жизни сторон, имеют много сложностей как юридических, так и психологических и даже бытовых. Несмотря на данные обстоятельства, такие договора могут заключаться в простой письменной форме. Во избежание различных непредвиденных последствий для сторон многими источниками предлагается утвердить на законодательном уровне нотариальное удостоверение таких договоров. Также законодательно необходимо определить тип договоров, выделив такой договор в отдельную главу Гражданского Кодекса Российской Федерации, в которой следует предусмотреть существенные условия договора, связанные с различными этапами программы суррогатного материнства, а именно беременностью, процессом родов, выдачей согласия суррогатной матери на регистрацию малыша, договорными последствиями возможного прерывания беременности [5]. Также предлагается предусмотреть возникающие правовые последствия в случае вероятной смерти генетических родителей. Возможность нарушения

основополагающих прав ребенка, в частности знать своих родителей, воспитываться в семье в результате действия недобросовестной стороны договора предлагается исключить путем включения в договор нормы о невозможности его расторжения по ключевым основаниям, таким как отказ родителей от ребенка, либо отказ суррогатной матери дать согласие на передачу ребенка генетическим родителям.

Таким образом, в медицинском сообществе считается, что суррогатное материнство является одним из верных способов появления на свет детей у отчаявшихся испытать радость материнства и отцовства людей. Однако, некоторые пробелы в законодательстве позволяют спекулировать одной из сторон в ущерб другой стороне. Поэтому необходимо законодательно урегулировать процесс заключения и исполнения сторонами договора суррогатного материнства. Также одной из немаловажных проблем суррогатного материнства является финансовая сторона вопроса. Суррогатное материнство в силу своей дороговизны доступно не многим, в связи с этим необходимо предусмотреть возможность оказания государственной помощи людям, решившимся на такой способ рождения ребенка в части осуществления экстракорпорального оплодотворения в виде выделения квот на эту процедуру за счет бюджетных средств.

Поэтому в обществе обсуждается эта важная тема, а на законодательном уровне идет поступательное движение к урегулированию всех спорных вопросов данного непростого процесса.

1.Абрамов А.П., Чуйков О.Е. Социология управления: учебное пособие. – 2-е изд., с исп. и доп. – Курск: Изд.- во ЗАО «Университетская книга», 2019. – 305с.

2.Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 № 223-ФЗ//СПС Консультант плюс (дата обращения: 20.05.2021 г.).

3. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: закон РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ//СПС Консультант плюс (дата обращения: 20.05.2021 г.)ж

4.Об актах гражданского состояния: закон РФ от 15.11.1997 № 143-ФЗ//СПС Консультант плюс (дата обращения: 20.05.2021 г.)ж

5.Пирогова Е.Е. Проблемы правового регулирования при установлении происхождения детей, рожденных суррогатной матерью / Е.Е. Пирогова // Семейное и жилищное право. 2019. № 2. С. 22 – 24.

6. Chuikov O.E., Gordeev I.A., Batyrov V.V. The discoveries and achievements of modern historiography of the don cossacks in the second half of the XIX century//Былые годы. Российский исторический журнал. 2016. № 41-1 (3). С. 675-687.

Чередниченко А.Н. (г. Курск)
ФГБОУ ВО Курский государственный
медицинский университет Минздрава России
Кубикова Н.В. (г. Курск)

ФГБОУ ВО Курский государственный университет

КОРРУПЦИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДО И ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19. ПРАВОВЫЕ МЕХАНИЗМЫ БОРЬБЫ С НЕЙ

Коррупция в здравоохранении находится в тройке лидеров и является опасным преступлением. В статье прослеживается динамика изменения индекса восприятия коррупции в России в течение нескольких лет; как пандемия COVID-19 повлияла на коррупционные преступления. Также рассматриваются виды таких деяний и меры борьбы с ними.

Ключевые слова: коррупция, здравоохранение, индекс восприятия коррупции, коррупционные преступления, противодействие.

Corruption in healthcare is in the top three and is a dangerous crime. The article traces the dynamics of changes in the corruption perception index in Russia over several years; how the COVID-19 pandemic affected corruption crimes. The types of such acts and measures to combat them are also considered.

Keywords: corruption, healthcare, corruption perception index, corruption crimes, counteraction.

Коррупция на сегодняшний день является одной из важных проблем в мире и России. Она препятствует нормальному функционированию всех сфер деятельности, в том числе и здравоохранению, и замедляет социально-экономическое развитие социума. Социум представляет собой сложную, многоуровневую и динамически развивающуюся систему [1], который имеет определенные механизмы противодействия коррупции. Россия на протяжении долгого времени борется с коррупцией. Увидеть, успешна ли эта борьба, поможет индекс восприятия коррупции (ИВК). Посмотрим, как он изменялся в нашей стране на протяжении 20 лет.

Для обозначения наиболее изученных проблем в конце статьи применен описательный метод [7].

Составляется рейтинг восприятия коррупции среди 180 стран. В 2000 году Россия была на 82 месте в таком рейтинге. Эту же строчку в том же году занял Эквадор. В 2005 г. наша страна поделила 126 место с Грузией, Венесуэлой, Республикой Конго и другими странами. В 2010 году РФ заняла 154 место. В 2015 г. - 119 строчка. В 2016 г. - 136. Это же место заняли Иран, Ливан, Нигерия и др.[1]. В 2017 г. - 29 баллов и 129 строчка в рейтинге. В 2018 г. - Россия получила 28 баллов и заняла 138 место, а в 2019 г. – 137. На том же месте находились Кения, Доминиканская республика, Папуа - Новая Гвинея и др. В 2020 году Российская Федерация

заняла 129 место из 180 в рейтинге восприятия коррупции, набрав 30 баллов. Сравнивая положение России в рейтинге в 2020 г. и предыдущих 2019 и 2018 гг., мы видим, что страна получила на 2 балла больше[5]. Такой показатель говорит о высоком уровне восприятия коррупции. Почему же в 2020 году его уровень вырос?

2020 год отличился мрачной динамикой уровня коррупции не только в России, но и во всём мире. Связано это прежде всего с пандемией COVID-19. Из предыдущих чрезвычайных ситуаций, таких как вирус Эбола и свиной грипп, известно, что даже во время кризиса есть те, кто стремится извлечь выгоду из чужих несчастий. Так и в 2020 году стремительно нарастающая нагрузка на систему здравоохранения создала уязвимые места для процветания коррупции. На пути к нормальному функционированию системы здравоохранения и предоставлению помощи возникли новые препятствия, следствием чего явилось ухудшение здоровья пациентов или, что ещё хуже, их гибель[3].

Коррупция присутствует в реализации всех мер по борьбе COVID-19: взятки за проведение тестов на COVID-19, предоставление лечения и других медицинских услуг, государственные закупки медицинских товаров, влияние на общую готовность к чрезвычайным ситуациям, завышение цен. Риски взяточничества становятся серьёзной проблемой, когда из-за поступления большого количества больных ежедневно у врачей возникает вопрос, кого лечить в первую очередь, основываясь на том, кто больше в ней нуждается. Пациенты, которые могут заплатить взятку за получение быстрой медицинской помощи, оставляют в конце списка ожидания тех, у кого нет возможности заплатить[3].

Таким образом, коррупция в условиях сложной эпидемиологической обстановки 2020 года и злоупотребление служебным положением сотрудников медицинских учреждений и чиновников системы здравоохранения в личных интересах ещё больше нарушают экономическую стабильность и становятся серьёзной преградой для осуществления роста на благо граждан. Экономический кризис и другие последствия внезапно возникшей пандемии COVID-19 потребовали ещё больших усилий и строгой политики от государственного аппарата для повышения эффективности антикоррупционных мер.

Конечно, такие чрезвычайные ситуации как распространение болезни намного больше способствуют формированию коррупционной среды. Но тем не менее, коррупция является серьёзной проблемой и в обычное время. Она отрицательно влияет на доступность высококачественной медицинской помощи. Высокий уровень коррупции сопровождается более низким охватом услугами здравоохранения и более высокими показателями младенческой и материнской смертности, а также смертности от рака, диабета, респираторных и сердечно-сосудистых заболеваний. Коррупция лишает средств, необходимых для инвестиций в

здравоохранение, оставляя сообщества без врачей, оборудования и медикаментов. Непрозрачные государственные расходы повышают риск коррупции и неэффективного реагирования на кризисы. Коррупция мешает направлению государственных средств на предоставление основных государственных услуг. Независимо от уровня экономического развития, страны с более высоким уровнем коррупции меньше тратят на здравоохранение [6].

Согласно докладу Transparency International 2006 года можно выделить следующие виды коррупции в здравоохранении.

1. Расхищение лекарств, ресурсов и оборудования, предназначенного для медицинской помощи. Подобные махинации могут происходить на разных уровнях: государственном, на уровне органов местного самоуправления, в медицинских учреждениях.
2. Коррупция в сфере государственных закупок: различные сговоры и взяточничество.
3. Коррупция в платежных системах: использование средств медицинских учреждений для чужих целей, подделка счетов и квитанций. Неправомерное направление врачами пациентов государственных медицинских учреждений на обслуживание в собственные частные структуры.
4. Поставки медикаментов: воровство лекарств на различных уровнях системы распределения; государственные чиновники могут требовать «вознаграждение» за выдачу разрешений на продажу продукции или установление выгодных цен; несоблюдение правил поведения на рынке приводит к тому, что врачи вынуждены отдавать предпочтение определенным лекарствам при выписке рецептов; выдача разрешений на торговлю поддельными или некачественными медицинскими препаратами.
5. Коррупция в медицинских учреждениях: плата и взятки за предусмотренные законом бесплатные услуги[4].

Помимо этих опубликованных Transparency International пяти групп, объединяющих коррупционные преступления, существует множество других видов, предусматривающие уголовную ответственность. Перечислим некоторые из них: незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (статья 233), злоупотребление должностными полномочиями (статья 285), нецелевое расходование бюджетных средств (статья 285.1), превышение должностных полномочий (статья 286), незаконное участие в предпринимательской деятельности (статья 289), получение взятки (статья 290), халатность (статья 293).

Подводя итог, можно сказать, что коррупция в здравоохранении отличается от подобного рода преступлений в других сферах. Особенностью является то, что последствиями коррупционных махинаций

могут быть ухудшение здоровья пациента или даже его смерть. В Конституции РФ в статье 41 написано: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений». Но бывают случаи, что пациентам порой приходится доплачивать за медицинскую помощь, которая согласно закону должна оказываться бесплатно. Понимая эту ситуацию, государственные органы приняли: Указ Президента Российской Федерации от 29 июня 2018 г. № 378 «О Национальном плане противодействия коррупции на 2018–2020 годы», Указ Президента РФ от 6 июня 2019 г. N 254 “О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года” и другие нормативные документы[4].

Анализируя проявления коррупции в здравоохранении в обычное время и во время пандемии COVID-19 можно говорить о том, что необходимо реализовывать более строгие политико-правовые меры по пресечению таких преступлений, привлекать к ответственности лица, которые способствуют развитию коррупционной среды. Также важным способом противодействия коррупции будет служить повышение уровня жизни врачей и других работников здравоохранения, их общественной роли, социального статуса и важности профессии.

1.Абрамов А.П., Чуйков О.Е. Социология управления: учебное пособие. – 2-е изд., с исп. и доп. – Курск: Изд.- во ЗАО «Университетская книга», 2019. – 305с.

2.Захарова, Е.Ю. Коррупция в медицине: региональный аспект // Azimuth of Scientific Research: Economics and Administration. – 2017. - Т. 6. - № 4(21). – С. 318-320.

3.Коррупция и коронавирус [Электронный ресурс]. URL: <https://www.transparency.org/en/news/corruption-and-the-coronavirus> (Дата обращения: 8.01.2021).

4.Полукаров, А.В. Виды коррупционных преступлений в сфере здравоохранения и меры противодействия им // Бизнес в законе. – 2012. - №4. – С. 72-75.

5.Россия в Индексе восприятия коррупции-2020: 30 баллов и 129 место [Электронный ресурс]. URL: <https://transparency.org.ru/research/indeks-voSPIriyatiya-korruptsii/rossiya-v-indeks-voSPIriyatiya-korruptsii-2020-30-ballov-i-129-mesto.html> (Дата обращения: 8.01.2021).

6.Чуйков О.Е. Государственные муниципальные услуги. - Курск, 2017. – 210с.

7.Chuikov O.E., Gordeev I.A., Batyrov V.V. The discoveries and achievements of modern historiography of the don cossacks in the second half of the XIX century//Былые годы. Российский исторический журнал. 2016. № 41-1 (3). С. 675-687.

**Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ РАЗЛИЧНЫХ
ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ».**

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ОГРАНИЧЕНИЕ РОСТА
ПЛОДА**

**Ихтиярова Г.А., Аслонова М.Ж.,
Мавлянова Н.Н., Салимова Т.Б.
(Узбекистан, г. Бухара)**

Бухарский государственный медицинский институт

В статье представлена эффективность доплерометрии для оценки кровотока в крупных сосудах, включая пупочную, маточную артерию и среднюю мозговую артерию, обследовано 90 женщин во втором триместре, и у 45 женщин выявлено признаки фетоплацентарной недостаточности, как синдром ограничение роста плода в сроке 28-34 недель. Результаты исследования показали у 23 (51,1%) женщин отмечались признаки субкомпенсированной недостаточности маточно-плацентарного кровотока, а у 11 (24,4%) - плодово-плацентарного кровотока. Изучение маточно-плацентарно-плодового кровотока позволяет своевременно выявить ранние признаки нарушение в фетоплацентарной системе и ее своевременной коррекции.

Ключевые слова: Синдром ограничения роста плода, доплерометрия, средняя мозговая артерия, пупочная артерия.

The article presents the effectiveness of Dopplerometry for assessing blood flow in large vessels, including the umbilical, uterine artery and middle cerebral artery, 90 women were examined in the second trimester, and 45 women showed signs of placental insufficiency, such as fetal growth restriction syndrome at 28-34 weeks. The results of the study showed that 23 (51.1%) women had signs of subcompensated insufficiency of uteroplacental blood flow, and 11 (24.4%) women showed signs of fetal-placental blood flow. The study of the uteroplacental-fetal blood flow allows early detection of early signs of impairment in the fetoplacental system and its timely correction.

Key words: Fetal growth restriction syndrome, dopplerometry, middle cerebral artery, umbilical artery.

Введение. Синдром ограничение роста плода (СОРП) – является показателем повышенного риска перинатальной смертности и заболеваемости по сравнению рожденными с нормальными показателями.

В разных популяциях существует значительная разница в заболеваемости СОРП. Заболеваемость СОРП также зависит от экономического роста, при этом в развитых странах она относительно ниже (4-8%) по сравнению с развивающимися странами (6-30%) [1]. По данным ВОЗ в целом среди населения средняя частота СОРП составляет до 8%. В 35-40% случаев причинами СОРП является патологическое состояние матери, которое является высоким риском, такие как фетоплацентарная недостаточность, гестационная гипертензия, преэклампсия, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, а также низкий социально-экономический статус [2]. При многих исследованиях было выявлено тесная связь между плохим исходом беременности и СОРП, т.е. более половины мертворождений было связано с СОРП, и почти 10% перинатальной смертности являлись следствием не выявленных СОРП [3, 6, 7,13,19,20].

Как известно фетоплацентарная система является единственной нутритивной поддержкой для плода. Во время СОРП способности плаценты ограничивается обеспечивать плода адекватным питанием, который приводит к проблемам нормального внутриутробного развития плода [4, 5,21,23]. Связи с этим улучшение маточно-плацентарного кровообращения необходимо для продолжения нормальной беременности. В норме, прогрессирование беременности отмечено рядом изменений и адаптаций в сосудистой сети матери, плаценты и плода [5,19]. Неспособность адаптироваться к этим изменениям, приводит к развитию патологического сосудистого сопротивления в маточно-плацентарном кровотоке. Это может последовательно приводить к ухудшению состояния плода и, в конечном итоге, к СОРП [4,6,8,10,12,14,16]. Раннее выявление и прогнозирование СОРП в значительной степени зависит от способности эффективно и действенно оценивать центральный и регионарный кровотоки сосудов матери, плаценты и плода [7,9,11,13,15,17].

Целью этого исследования было оценить полезность значения доплеровских индексов для прогнозирования СОРП.

Материалы и методы: исследование было проведено в отделении патологии беременных в Бухарском городском родильном доме. Всего было набрано 90 беременных женщин в период 2019-2020 гг. с клиническими критериями СОРП. Результат клинического обследования, акушерское доплеровское исследование и перинатальный исход удалось оценить только у 45 женщин. Контрольную группу составили 25 беременных женщин без признаков СОРП.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводилось на аппарате Voluson E9 Expert с использованием датчиков с частотой 3,5 МГц. Для оценки риска задержки внутриутробного развития при продолжающейся беременности был предложен ряд индексов - которые включают индексы

пульсации и индекса резистентности (ПИ и ИР) пупочной артерии (АП) и средняя мозговая артерия (СМА). [4,7,10,13] .

Результаты: Возраст женщин, включенных в исследование, составлял от 18 до 37 лет, средний возраст - $26,13 \pm 4,21$ года.

Результаты показывают, что доплерометрия маточное – плодового плацентарного кровотока (МППК) имеет от умеренной до высокой степени прогностическую точность для прогнозирования перинатальной смерти, что является наиболее важным критерием оценки исходов в отношении маточно-плацентарной недостаточности при предполагаемом СОРП. Во время посещений, значения среднего ПИ, ИР и СДО для пупочной артерии были значительно выше у беременных с СОРП по сравнению со случаями без СОРП. В средней мозговой артерии (СМА) значения ПИ, ИР и СДО были значительно ниже у беременных с СОРП, поскольку по сравнению со случаями, не связанными с СОРП. Данные средних значений показателей доплерометрии (ПИ, ИР, СДО), кривых скоростей маточно-плацентарно-плодового кровотока представлены в табл. 1

Таблица 1

Показатели доплерометрии маточно-плацентарно-плодовой гемодинамики в обследованных группах (M±m)

Исследуемые параметры	СДО	ИР	ПИ
Основная группа n = 45			
Маточные артерии	2,36±0, 05*	0,48± 0,01	0,64±0, 05
Артерия пуповины	3,04±0, 05*	1,72± 0,02	1,06±0, 05
Средняя мозговая артерия	3,09±0, 05*	0,51± 0,03	0,95±0, 02
Группа контроля n = 25			
Маточные артерии	2,18±0, 02	0,39± 0,05**	0,56±0, 02o
Артерия пуповины	2,65±0, 05	1,11± 0,02**	0,65±0, 05o
Средняя мозговая артерия	4,65±0, 02	0,74± 0,01**	1,39±0, 02o

* P<0,05– разница достоверна между основной группой и группой сравнения; ** P<0,05–разница достоверна между группой сравнения и группой контроля; o P<0,05–разница достоверна между основной группой и группой контроля

Как видно из таблицы, данные доплерограммы отражали изменения в пуповинной и СМА у беременных с СОРП. Все показатели, такие как ПИ, ИР и СДО были повышены на 1,5 раза в маточных и пупочной артерии.

ИР для маточной артерии колебался в пределах 0,48-0,65, для артерии пуповины до 0,64, а для среднемозговой артерии до 0,95. На стороне прикрепления плаценты ИР маточной артерии всегда был несколько ниже. Соотношение максимальной систолической и диастолической скоростей для этих сосудов колебались в пределах 2,36, 3,04, 3,09 соответственно. Величина ПИ колебалась в пределах 0,64, 1,06 и 0,95 для маточной артерии, артерии пуповины и СМА соответственно. У 23 (51,1%) женщин отмечались признаки субкомпенсированной недостаточности маточно-плацентарного, у 11 (24,4%) - плодово-плацентарного кровотока.

Субкомпенсированная недостаточность кровотока в русле соответствующих сосудов выражалась в повышении показателей сосудистого сопротивления, превышении их верхней границы допустимых величин. Допплеровский спектр патологического кровотока в СМА характеризовался как резким снижением индекса резистентности, так и его повышением, появлением реверсного кровотока. Значительное снижение периферического сопротивления кровотока в СМА являлось компенсаторным механизмом, реакцией на ухудшения плодово-плацентарного кровотока и считался косвенным признаком полнокровия мозга, что также указывает на критическое состояние плода.

Вывод. Таким образом, исходя из результатов исследований можно предполагать метода доплерометрии ранним маркером диагностики для определение СОРП. Изучение маточно-плацентарно-плодового кровотока позволяет своевременно выявить нарушение в фетоплацентарной системе. По данным результатов, аномальные доплеровские показатели в артериях пуповины и в СМА характерно для ранних стадиях СОРП. Напротив, в запущенных стадиях СОРП характеризуется аномальные показатели доплера в среднем мозговой артерии и с нормальным или минимально повышенным сопротивлением в артериях пуповины.

1. Aditya I, Tat V, Sawana A, Mohamed A, Tuffner R, Mondal T. Use of Doppler velocimetry in diagnosis and prognosis of intrauterine growth restriction (IUGR): A Review. *J Neonatal Perinatal Med.* 2016;9(2):117-126. doi:10.3233/NPM-16915132

2. Ikhtiyarova G.A., Aslonova M.J., Hafizova A. Clinical diagnostic characteristics of pregnancy in women with antenatal fetal death// *Тиббиётда янги кун.* - 2017. - № 3 (19). - С. 61 - 66.

3. Ikhtiyarova, G. A., Dustova, N. K., Khasanova M. A., Suleymanova G. S., & Davlatov, S. S. (2021). Pathomorphological changes of the placenta in pregnant women infected with coronavirus COVID-19. *International Journal of Pharmaceutical Research*, 13(1), 1935-1942. doi: 10.31838/ijpr/2021.13.01.283

4. Ikhtiyarova, G. A., Tosheva, I. I., Aslonova, M. J., & Dustova, N. K. (2020). Prenatal rupture of amnion membranes as A risk of development of obstetrics pathologies. *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*, 7(7), 530-535. Retrieved from www.scopus.com

5. Mavlyanova N.N, Ixtiyarova G.I, Tosheva I.I, et al. The State of the Cytokine Status in Pregnant Women with Fetal Growth Retardation. *J Med - Clin Res & Rev*. 2020; 4(6): 1-4.

6. Mavlyanova N.N, Ixtiyarova G.I, Tosheva I.I, et al. The State of the Cytokine Status in Pregnant Women with Fetal Growth Retardation. *J Med - Clin Res & Rev*. 2020; 4(6): 1-4.

7. Ratiu D, Hide-Moser K, Morgenstern B, et al. Doppler Indices and Notching Assessment of Uterine Artery Between the 19th and 22nd Week of Pregnancy in the Prediction of Pregnancy Outcome. *In Vivo*. 2019;33(6):2199-2204. doi:10.21873/invivo.11722
research, 2019. № 2. С. 102-109.

8. Shakhnoza F. Bakhodirova, Gulchekhra A. Ikhtiyarova, Aslonova M.J., Salim S. Davlatov. Features of perinatal outcomes in women after supporting reproductive technologies // *European Journal of Molecular & Clinical Medicine* ISSN 2515-8260 Volume 07, Issue 02, 2020.p-6350

9. Takhmina K. Zavkibekova et al/ Differential markers for the diagnosis of recurrent benign ovarian tumors in women of reproductive and premenopausal age// *International Journal of Pharmaceutical Research | Jan - Mar 2021 | Vol 13 | Issue 1*. <https://doi.org/10.31838/ijpr/2021.13.01.432>

10. Tosheva I.I., Ikhtiyarova G.A., Aslanova M.J. Introduction of childbirth in women with the discharge of amniotic fluid with intrauterine fetal death// *Journal of Problems and solutions of advanced scientific research*. - 2019. - №1. - P. 417 - 419.

11. Visentin S, Londero AP, Calanducci M, et al. Fetal Abdominal Aorta: Doppler and Structural Evaluation of Endothelial Function in Intrauterine Growth Restriction and Controls. *Fetale abdominale Aorta: Doppler und strukturelle Analyse der Endothelfunktion bei intrauteriner Wachstumsretardierung und Kontrollen*. *Ultraschall Med*. 2019;40(1):55-63. doi:10.1055/s-0043-122230

12. Бабаджанова Г. С. и др. КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН // *Университетская наука: взгляд в будущее*. – 2020. – С. 556-559.

13. Бабаджанова Г.С., Дустова Н.К., Аслонова М.Ж., Ихтиярова Г.А. Клинические аспекты варикозной болезни у беременных женщин// *Международной научной конференции, посвященной 85 - летию Курского государственного медицинского университета*. - 2020. - №1. - С. 556 - 559.

14.Дустова Н.К. Ихтиярова Г.А. Аслонова М.Ж. Роль инфекционных факторов при синдроме потери плода// Тиббиётда янги кун. - 2020. - №1 (30/2) - С. 116 - 119.

15.Дустова Н.К. Ихтиярова Г.А. Аслонова М.Ж. Роль инфекционных факторов при синдроме потери плода// Тиббиётда янги кун. - 2020. - №1 (30/2) - С. 116 - 119.

16.Дустова Н.К., Ихтиярова Г.А., Аслонова М.Ж. Соотношение цитокинового статуса и сосудистого эндотелиального фактора роста у беременных с хронической венозной недостаточностью// Тиббиётда янги кун. - 2020. - С. 197 - 201.

17.Ихтиярова Г. А., Асланова М. Ж., Дустова Н.К. Микробиологические изменения у беременных с антенатальной гибелью плода// European journal of research. - 2019. - №2. - Р. 102 - 109.

18.Ихтиярова Г.А., Асланова М.Ж., Дустова Н.К.Микробиологические изменения у беременных с антенатальной гибелью плода // European journal of

19.Ихтиярова Г.А., Аслонова М.Ж., Хафизова Д.Б. Микробиологическая и гормональная характеристика формирования неразвивающейся беременности// Фундаментальные и практические вопросы иммунологии и инфектологии. - 2018. - С. 9 - 15.

20.Ихтиярова Г. А., Аслонова М. Ж., Дустова Н.К. Ранние маркеры синдрома ограничения роста плода //Репродуктивная медицина. – 2020. – №. 3. – С. 48-51.

21.Смирнова Т.Л., Драндров Г.Л., Допплерометрические показатели кровотока при плацентарной недостаточности. Вестник ЧГПУ им. И. Я. Яковлева. 2011. № 2 (70). Ч. 1. С-150-153

22.Фомина М.П., Мацкевич Н.В. Прогностическая ценность 2d доплерометрии плодово-плацентарного кровотока для перинатальных исходов при задержке роста плода. Вестник ВГМУ. – 2019 – Том 18, №1. – С. 39-45.

23.Набережнев Ю.И, Луценко В.Д., Диагностика задержки внутриутробного развития плода, ВЕСТНИК ВГУ, СЕРИЯ: ХИМИЯ. БИОЛОГИЯ. ФАРМАЦИЯ, 2012, № 2. С-227-232.

Бородина Е.А. (г. Курск)
Научный руководитель – к.ф.н., доцент Пыжова О.В.
ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский
университет Минздрава России

ЭКО В РОССИИ: ОТ ПЕРВЫХ ОПЫТОВ К ШИРОКОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В данной статье предпринята попытка проследить основные этапы внедрения процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) в отечественную клиническую практику. Также рассмотрены проблемы и перспективы развития данного метода в настоящее время, новые приобретенные преимущества и масштаб распространенности применения ЭКО на территории Российской Федерации и в мире.

Ключевые слова: экстракорпоральное оплодотворение, бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии.

The article deals the main stages of implementation of the procedure of in vitro fertilization in the Russian clinical practice. The problems associated with this technology as well as the perspectives of its further development along with the newly acquired advantages of IVF in the scale of its prevalence on the territory of the Russian Federation and in the whole world are analyzed.

Key words: in vitro fertilization (IVF), infertility, assisted reproductive technologies (ART).

Одним из наиболее эффективных и качественных методов преодоления бесплодия, как у женщин, так и у мужчин в настоящее время является экстракорпоральное оплодотворение – *in vitro fertilisation*. Это английское название буквально переводится в часто используемый в России вариант обозначения процедуры – «оплодотворение в пробирке». Данный метод решения проблемы бесплодия доказал свою продуктивность уже во второй половине XX века, но вызвал немало вопросов, хотя бы вследствие своего противоречащего естественности и объективному знанию того времени названия. Первые же случаи проведения оплодотворения вне организма матери известны, начиная с 1940-х гг., когда американские ученые предприняли успешную попытку осуществления слияния яйцеклетки и сперматозоида *in vitro*, однако им тогда не удалось обеспечить полноценное развитие зиготы и внедрить ее в матку женщины. И лишь спустя много лет изучения данного вопроса опыт, накопленный учеными со всего мира, позволил английским докторам Р. Эдвардсу и П. Септоу осуществить в 1978 году первый в мире искусственный перенос эмбрионов в полость матки (ПЭ), который привел к появлению на свет ребенка – девочки по имени Луиза Браун [1, с. 6]. Этот очевидный переворот в области репродукции человека повлиял на дальнейшее развитие вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в различных государствах, в том числе в СССР и современной России, позволив появиться на свет многим детям.

Цель исследования – изучение истории развития процедуры экстракорпорального оплодотворения в России, выявление основных направлений данного метода, а также масштаб его распространенности в настоящее время. Мы предприняли анализ и обобщение некоторых

информационных источников, изданных в период с 2011 по 2021 годы и содержащих данные о проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения среди населения СССР и современной России.

Проблема бесплодия в России обрела значительные масштабы в 1920-е годы и была обусловлена резкими изменениями в жизни общества (революция, мировая и гражданская войны). В истории СССР данная тема также оставалась заметным предметом обсуждения и во многом ассоциировалась с последствиями распространенных в то время абортов. Однако в связи с достаточно высоким уровнем рождаемости, который мог обеспечить увеличение населения страны, решение данной проблемы ограничивалось ее признанием, а бездетным семьям предлагалось использовать услуги усыновления [4, с. 72]. Первые шаги в изучении репродукции на клеточном уровне с целью осуществления ЭКО были предприняты в 1950-е гг. советским эмбриологом Г.Н. Петровым, который занимался исследованием гамет и в 1955 году попытался осуществить первое слияние половых клеток вне человеческого организма [2, с. 45]. Но более объемная и целенаправленная работа в данном вопросе началась вследствие формирования двух исследовательских групп: в 1969 году было организовано объединение ученых Ленинградского института акушерства и гинекологии под руководством А.И. Никитина, а спустя 3 года в Москве создали группу, которую возглавил Борис Васильевич Леонов. Значительное воздействие на руководителя петербургской группы оказала встреча с Р. Эдвардсом, дав новый импульс к исследованию метода ЭКО [1, с. 11]. Уже к 1985 году существовало 4 научно-исследовательских состава (два в Москве, а также Ленинграде и Харькове), которые конкурировали за возможность первыми удачно осуществить ЭКО. В это время московской группой была опубликована статья в журнале, в которой сообщалось о поиске добровольцев для проведения процедуры. Во Всесоюзный научно-исследовательский центр по охране здоровья матери и ребенка (сейчас Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова) съехалось огромное количество женщин, однако возможность была предоставлена лишь одной. Тогда группа профессора Леонова смогла осуществить удачный перенос эмбриона в полость матки женщины и провести беременность пациентки, благополучно окончившуюся появлением на свет в феврале 1986 года здоровой девочки по имени Алена Донцова. Стоит отметить, что ее матери, Ольге Алексеевне, сначала было отказано в проведении процедуры из-за неудачи осуществления первой попытки ЭКО, однако женщина очень просила врачей продолжить лечение и они пошли ей навстречу. Спустя несколько месяцев уже в Ленинграде, благодаря работе научно-исследовательского коллектива под руководством Анатолия Илларионовича Никитина, на свет появился второй «ребенок из пробирки» – мальчик по имени Кирилл [1, с. 12].

С того времени проблема бесплодия в семейных парах стала решаемой и для жителей постсоветского пространства, и уже через 8 лет благодаря процедуре ЭКО было рождено около 1500 детей только в лаборатории эмбриологии под руководством Леонова и Кулакова [2, с. 45]. Позднее же стало появляться множество других клиник по лечению бесплодия.

Образование в 1991 году Российской ассоциации репродукции человека (РАРЧ) в Санкт-Петербурге послужило основанием центра, реализующего и по сей день контроль за деятельностью ЭКО-клиник, составление ежегодной статистики их деятельности, создающего учебные программы для акушеров-гинекологов страны, а также занимающегося просвещением жителей в вопросах применения ВРТ [2, с. 45]. На данный момент в Российской Федерации существует около ста ЭКО-центров. В 2009 году было создано подразделение ВРТ в Эндокринологическом научном центре Минздрава России, которое специализируется на изучении и осуществлении процедуры экстракорпорального оплодотворения у пациенток с проблемами эндокринной системы (сахарный диабет, заболевания гипофиза и т.д.) [1, с. 12]. В соответствии с отчетами национального регистра РАРЧ в период с 1995 по 2018 год в России благодаря проведению ЭКО на свет появилось около 270 тыс. детей. Статистические данные свидетельствуют о 30 тыс. проводимых процедур ежегодно, 10 тыс. из которых заканчиваются рождением ребенка, что выше вероятности наступления беременности в группе здоровых людей [3, с. 1].

Современный же период развития ВРТ ориентирован на молекулярно-генетические исследования в области репродукции человека для определения особенностей функционирования процессов гаметогенеза, оплодотворения, эмбриогенеза с целью совершенствования применяемых методов ВРТ [5, с. 602].

Таким образом, процедура экстракорпорального оплодотворения уже почти полвека остается одним из важнейших инструментов, позволяющих преодолеть когда-то кажущуюся неразрешимой проблему бесплодия. За историю своего существования процедура приобрела множество преимуществ, доказывающих ее безопасность и безвредность, как для матери, так и для ребенка. В России ЭКО стало возможным благодаря усилиям ученых различных научно-исследовательских коллективов, но особый вклад был вложен сотрудниками нынешнего Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова, по сей день остающимся инновационным центром в данном вопросе. Десятки центров по всей стране, осуществляющих процедуру ЭКО, продолжают давать право на жизнь огромному количеству детей и веру в истинное счастье многим семьям.

-
1. Витязева, И.И. Исторические вехи развития методов вспомогательных репродуктивных технологий, основанных на оплодотворении *in vitro* / И.И. Витязева, И.И. Бармина, Г.А. Мельниченко // Вестник репродуктивного здоровья. – 2011. – № 1. – С. 5-14.
 2. Девяткина, Е.С. История развития ЭКО в России / Е.С. Девяткина // Вестник научных конференций. – 2019. – № 44. – С. 45-46.
 3. Причинин, Д.А. Характеристика женщин, родивших детей в результате ЭКО и состояния плацент / Д.А. Причинин, К.С. Вершинина, Т.В. Ямщиков // *Modern Science*. – 2020. – № 11. – С. 300-305.
 4. Русанова, Н.Е. Вспомогательные репродуктивные технологии в России: история, проблемы, демографические перспективы / Н.Е. Русанова // Журнал исследований социальной политики. – 2013. – Т.11. – № 1. – С.69-86.
 5. Устинов, Д.В. Современные методы вспомогательной репродукции в лечении женского и мужского бесплодия // Д.В. Устинов, А.Р. Антонов, Е.В. Черепкова [и др.] // Мир науки, культуры, образования. – 2014. – № 6. – С. 600-603.

**Завкибекова Т. К., Ихтиярова Г. А.
(Узбекистан г. Бухара)**

Бухарский государственный медицинский институт

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКА И МЕТОДЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Киста яичников — это доброкачественное образование яичника, которое относится к опухолевидным процессам и возникает вследствие накопления секрета в ткани яичника.

Ключевые слова: киста, яичника, новообразования.

Ovarian cyst is a benign formation of the ovary, which refers to tumor-like processes and occurs due to the accumulation of secretions in the ovarian tissue.

Keywords: cyst, ovary, neoplasms

Одной из важных проблем современной медицины и акушерства и гинекологии считается ранняя диагностика и лечение опухолей яичников. В настоящее время рак яичников занимает первое место по смертности, третье место – по распространенности среди других опухолей женской половой сферы и седьмое место в ряду злокачественных опухолей всех

локализаций. К сожалению, менее 30% от всех случаев рака яичников диагностируется на стадии I/II по классификации ФИГО [1].

Материалы и методы. Нами проведено ретроспективное исследование в отделении гинекологии Бухарского филиала РНЦЭМП за период 2017 - 2020 гг.

Результаты. За 3-летний период с 2017 по 2019 год из 7006 медицинских карт нашего учреждения был идентифицирован 814 пациенток с диагнозом новообразований яичников, и это в среднем составляет 11,6% из общего числа гинекологических заболеваний. Средний возраст пациенток в нашем исследовании составлял 31,8 года (от 13 до 72 лет), большинство из них (60,83%) относились к группе репродуктивного возраста. Основными жалобами пациенток было боль в животе (67,1%), а также в 32,9% случаев новообразований яичника были обнаружены случайно при визуализации или выполненной по другим причинам. Боль в животе при кисте возникла из-за увеличения кисты у 96 пациентов, перекрут кисты яичника отмечен у 78 пациентов, кровотечение - у 4 пациентов, разрыв кисты - у 125 пациента.

Лечение рецидива новообразований яичников (консервативный метод и/или тип хирургического вмешательства) во многом зависело от возраста пациенток, репродуктивного статуса, а также типом новообразований, ее размерами и локализацией. В нашем исследовании из 814 случаев новообразований яичников, 408 пациентам (50,1%) проведено хирургическое вмешательство, аналогично к оперативным методам лечение 406 пациенток (49,1%) проходили повторный консервативный метод лечения, которое зависело от размеров, локализации кист и возраста пациенток. Однако рецидив кист яичников после консервативной терапии встречался часто по сравнению с хирургическим методом лечения (26,4%). Рецидив новообразований придатков после оперативных вмешательств составлял 16,2% случаев. Из всех пациенток с новообразованием яичников 84,3% пациентов прошли лапароскопию, 13,72% - открытые операции и 1,96% - вагинально. В частности проводилось цистэктомия и электрокоагуляция с ушиванием яичника 69,1% и 58,2% случаев соответственно. Вылущивание кисты проводилось в 21,1% случаев, а 27,77% пациентов прошли аднексэктомию.

Выводы. Таким образом, его часто ошибочно диагностируют как аппендицит и мочеточниковую колику, и пациента могут поместить в хирургическое отделение. Поскольку это неотложная хирургическая операция, очень важен высокий индекс подозрительности. Необходимо изучить роль выжидательной тактики при параовариальной кисте. Лапароскопический доступ возможен во всех случаях. В каждом случае следует рассматривать возможность операции по сохранению

фертильности. Лапароскопическая цистэктомия технически проще и не требует много времени.

Русанова, Н.Е. Вспомогательные репродуктивные технологии в России: история, проблемы, демографические перспективы / Н.Е. Русанова // Журнал исследований социальной политики. – 2013. – Т.11. – № 1. – С.69-86.

**Лифиренко П.И. (г. Курск)
Научный руководитель – к.ф.н., доцент Пыжова О.В.
ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский
университет Минздрава России**

ПРОБЛЕМА СТИГАМАТИЗАЦИИ И ДИСКРИМИНАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В РОССИИ

В статье анализируется проблема стигматизации и дискриминации ВИЧ и СПИДа в России, представлены результаты анонимного опроса студентов лечебного и педиатрического факультетов Курского государственного медицинского университета. В ходе исследования выявлены основные причины формирования стереотипного мышления в обществе, определены проблемы стигматизации и дискриминации людей с такой проблемой. Обозначенный уровень стигматизации по итогам работы говорит об актуальности заявленной темы и перспективности ее дальнейшего изучения.

Ключевые слова: ВИЧ, стигма, дискриминация, стереотипы.

The problem of stigma and discrimination against people suffering from HIV and AIDS in Russia is under analysis in the article. The results of an anonymous survey carried out among the students of the faculties of General Medicine and Pediatrics of the Kursk State Medical University are presented. In the study the main causes of stereotypical thinking in the society, and the problems of stigmatization as well as discrimination against people with such problems have been identified. The indicated level of stigma based on the results of the work proves the relevance of the analyzed topic and the prospects for its further study.

Keywords: HIV, stigma, discrimination, stereotypes.

Проблема стигматизации заболеваний различного характера в современном мире стоит достаточно остро. Люди все чаще стараются

скрыть постыдную болезнь от других, поскольку это может привести к травле в юном возрасте, нежеланию предлагать место работы в зрелости, одиночеству в старости. Стигматизация, то есть клеймо или ярлык, часто ведет к дискриминации – предвзятому отношению, отстранению индивида от группы по определённым причинам [8, с.55]. Причинами стигматизации чаще всего являются недоказанные высказывания, недостаток информации, которые порождают мифы о болезни. Это приводит к угнетению человеческого достоинства, нежеланию обращаться за помощью, заболеваниям психоневротического характера.

Одним из таких заболеваний является ВИЧ – вирус иммунодефицита человека. Проблема ВИЧа и СПИДа на данный момент является проблемой мирового масштаба. В борьбу против вируса включены многие научные, медицинские, государственные организации в России и за рубежом [6, с.92-93]. Несмотря на то, что заболевание является неизлечимым, было доказано, что ВИЧ-положительные люди, как и остальная часть человечества, могут функционировать в социуме, состояться в личной жизни и в карьере, иметь детей. По всему миру строят больницы, где лечат ВИЧ. Любой, кто нуждается в помощи, может обратиться в ЛПУ, где его ставят на учёт, проводят собрания, информируют о реальной картине мира.

Эта тема затрагивает не только медицину как науку, но социологию и этику. Заболевание протекает бессимптомно, что и создает негативное настроение в обществе. Возрастает тенденция к увеличению явлений стигматизации и дискриминации ВИЧ-инфицированных людей и больных СПИДом [4, с.22]. В этой связи, можно выделить внешнюю стигматизацию (давление со стороны окружающих) и внутреннюю стигматизацию (формирование низкой самооценки, стыд и боязнь, что человека высмеют снова). Человек закрывается от общества, отдаляется от близких, может уйти с работы, он теряет надежды на свое будущее [5, с.161, 7, с.79]. Расстройство психики, депрессия развивают заболевания в других системах на фоне психосоматики. Внутренняя стигма вытекает из внешней, ведь самостоятельно не каждый человек может повлиять на целую группу. По мнению людей, ВИЧ-инфицированный человек имеет какие-то дефекты, он не такой как все, неправильный. В обществе есть стереотип, что люди, болеющие ВИЧ – это люди с низкой социальной ответственностью, ведущие нездоровый образ жизни [3, с.507]. Стигматизация – это не просто навешивание социального ярлыка, это формирование большого количества стереотипов, которые мешают жить не только пострадавшему (в большей степени), но и остальным людям, поскольку, следуя стереотипам, они не могут нормально оценивать ВИЧ-инфицированного человека, сторонятся его, боятся [5, с. 161; 1, с. 5-6]. Наличие в обществе стигмы связано также с незнанием людей о том, что такое ВИЧ на самом деле. Страдает медицинская грамотность среди всех

слоев населения. Не смотря на то, что о болезни известно достаточно давно, рассказывают об этом все меньше. Большая часть населения не знает о возможностях передачи ВИЧ, предполагая, что опасность несут все биологические жидкости человека. Но в слюне и в поте уровень вируса очень мал, следовательно, данные жидкости не выступают путем передачи заболевания. Чего нельзя сказать о крови или эякуляционной жидкости. Использование одних и тех же игл, игнорирование барьерной контрацепции, употребление наркотических средств повышают уровень заражения ВИЧ. На данный момент существует множество исследований, посвященных мифам и реальности ВИЧ, стигматизации, заболеванию в целом. Стигма ВИЧ ведет к расколу общества. К сожалению, проводимые исследования не являются гарантом, что борьба со стигматизацией ВИЧ и СПИД будет закончена, поскольку люди, испытывающие угнетение, часто не склонны откровенно рассказывать о своих проблемах [2, с.67-68; 6, с. 92-93]. В КГМУ среди 89 студентов педиатрического и лечебного факультета было проведено анонимное анкетирование. Оценивались знания студентов о путях передачи заболевания, отношении к ВИЧ-инфицированным пациентам и желание оказывать таким людям медицинскую помощь.

Анкетирование показало: 82% студентов знают, что ВИЧ и СПИД не являются синонимами, 16,9% так не считают и 1,1% затруднились ответить. ВИЧ – это вирус в человеческом организме, который вследствие отказа от лечения приводит к СПИДу – синдрому приобретённого иммунодефицита. Большая часть студентов осведомлена о путях передачи заболевания и возможностях защиты своего здоровья: 86,5% знают, что при тактильном контакте заразиться ВИЧ невозможно, 9% не согласны, остальные 4,5% студентов затруднились ответить. Кроме того, 78,7% опрошенных уверены, что через предметы быта ВИЧ не передается, 15,7% думают иначе, 5,6% не уверены в ответе. О барьерной контрацепции и о ее возможностях защиты от ВИЧ, ЗППП, нежелательной беременности известно 85,4% студентам, 10,1% считают, что барьерная контрацепция с данной функцией не справляется, 4,5% затруднились ответить. Также большая часть опрошенных (92,1%) уверена, что иглы – это предмет единичного пользования, 3,4% не согласны, 4,5% затруднились ответить. Достаточно сложным студентам показался вопрос о вероятности рождения больного ребенка от ВИЧ-инфицированной матери, поскольку 67,4% респондентов знают, что не все дети могут родиться с врожденным заболеванием, 11,2% не согласны, 21,3% затруднились ответить. Не отличат ВИЧ-инфицированного человека от здорового 84,3% студентов, 12,4% думают, что внешний вид покажет, кто является носителем ВИЧ, и 3,4% затруднились ответить. Отметим, что ВИЧ-положительные люди ничем не отличаются от здорового населения. Они ведут похожий образ жизни, и лишь общественное мнение накладывает на таких людей

определенные ограничения. При этом 79,8% опрошенных совершенно справедливо полагают, что находится в одном помещении с зараженным человеком безопасно, 13,5% думают иначе и 6,7% затруднились ответить.

Анкетирование также включало вопросы личного отношению студентов медицинского вуза к ВИЧ-инфицированным людям. По результатам опроса было выявлено, что всего 49,4% студентов не будут избегать ухода за ВИЧ-инфицированным пациентом (13,5% откажутся и 37,1 затруднились ответить). Кроме того, 74,2% студентов готовы оказывать помощь таким пациентам (10,1% не готовы и 15,7% затруднились с ответом). Большинство студентов выразили свое согласие с тем, что ВИЧ-инфицированные люди не должны быть изолированы от других больных (73%), остальные 21,3% не согласны, 5,6% затруднились в ответе. Большая часть студентов (87,6%) пришли к выводу, что лечение ВИЧ-положительных пациентов – это не пустая трата времени и ресурсов, 7,9% так не считают, 4,5% не смогли ответить на этот вопрос. Отношение к больным людям в обществе варьируется от нормального, снисходительного до осторожного, проявляющегося в использовании любой возможности избегания контакта с такими людьми. По мнению студентов-медиков, окружающие люди в большинстве случаев ведут себя по отношению к ВИЧ-инфицированным отстраненно (61,7%), 27% студентов ответили, что в обществе осуждения нет, 1,1% ответили – по-разному, 1,1%, считают, что нейтрально, 9% затруднились ответить. Почти единогласно (94,4%) студенты ответили, что говорить о ВИЧ нужно, 3,4% не согласны с большинством и 2,2% затруднились ответить.

В результате исследования выявлено, что большинство студентов толерантно относится к ВИЧ-инфицированным пациентам и готовы оказывать им всю необходимую помощь. При этом нашлись среди респондентов и те, кто не знает о путях передачи заболевания. Результаты проведенного опроса позволяют также сделать вывод о том, что мероприятия по информированию о заболевании нуждаются в актуализации и реализации на самых разных уровнях, а заявленная тема требует более подробного изучения.

1. Болдузева, Т.В. ВИЧ стигма: причины развития и последствия в обществе / Т.В. Болдузева // Научные стремления. – 2012. – № 4. – С. 5-8. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vich-stigma-prichiny-razvitiya-i-posledstviya-v-obschestve> (дата обращения: 18.03.2021).

2. Дудина, В.И. Стигматизация людей, живущих с ВИЧ/СПИД, и проблема раскрытия статуса: анализ высказываний пользователей онлайн-форума. / И.В. Дудина, К.Н. Артамонова // Вестник СПбГУ. Социология. –

2018. – Т. 11. – № 1. – С. 66-78. – URL: <http://vestnik.spbu.ru/html18/s12/s12v1/07.pdf> (дата обращения: 18.03.2021).

3. Звоновский, В.Б. ВИЧ и стигма / В.Б. Звоновский // Журнал исследований социальной политики. – 2008. – Т. 6. – №4. – С. 506-521. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vich-i-stigma> (дата обращения: 18.03.2021).

4. Кузьменых, Д.А. Оценка стигматизации ВИЧ-инфицированных пациентов / Д.А. Кузьменых, О.В. Сметанина, А.М. Рюмин // Научный журнал «Студенческий форум». – 2020. – №12. – С. 19-22. – URL: <https://nauchforum.ru/archive/studjournal/12%28105%29.pdf#page=20> (дата обращения: 18.03.2021).

5. Маркова, Д.П. Проблема стигматизации ВИЧ-инфицированных пациентов со стороны медицинских работников: литературный обзор / Д.П. Маркова, Л.В. Сутурина // Acta Biomedica Scientifica. – 2018. – Т.3. – №3. – С. 160-164. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problema-stigmatizatsii-vich-infitsirovannyh-patsientov-so-storony-meditsinskih-rabotnikov-literaturnyy-obzor> (дата обращения: 18.03.2021).

6. Решетников, А.В. Восприятие проблемы ВИЧ-инфекции/СПИДа россиянами / А.В. Решетников, Н.Н. Богачанская, Н.В. Присяжная // Иммунология. – 2018. – Т.39. – № 2-3. – С. 92-93. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vospriyatie-problemy-vich-infektsii-spida-rossiyanami> (дата обращения: 18.03.2021).

7. Стигма и дискриминация в отношении людей, живущих с ВИЧ: взгляд студентов-медиков / А.А. Хрянин, О.В. Решетников, В.К. Бочаров [и др.] // Journal of Siberian Medical Sciences. – 2019. – №1. – С. 78-88. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/stigma-i-diskriminatsiya-v-otnoshenii-lyudey-zhivuschih-s-vich-vzglyad-studentov-medikov> (дата обращения: 18.03.2021).

8. Чернявская, О.А. Некоторые аспекты проблемы стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом / О.А. Чернявская, Е.А. Иоанниди // Социология медицины. – 2014. – №2. – С. 55-57. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-aspekty-problemy-stigmatizatsii-i-diskriminatsii-lyudey-zhivuschih-s-vich-spodom> (дата обращения: 18.03.2021).

Олифер Я.С. (г. Курск)
ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский
университет Минздрава России

СОЛНЦЕ-НАШ ДРУГ ИЛИ ВРАГ?

В данной статье речь пойдет о влиянии фотосенсибилизирующих средствах и прочих факторах, способных вызвать дефекты на нашей коже.

Несмотря на огромную пользу солнечных лучей, риск нанести вред своему организму велик. С первого взгляда безобидные для нас лекарственные средства, любимые духи, эфирные масла, охлаждающий цитрусовый напиток в совокупности с УФ-излучением представляют опасность для здоровья населения. Антибактериальные препараты, нестероидные противовоспалительные препараты, диуретики антиаритмические средства, оральные контрацептивы и многие другие группы препаратов следует принимать с особой осторожностью из-за их мощного фотосенсибилизирующего эффекта. Узнав основные правила безопасного загара, солнце станет вашим лучшим другом, а не врагом!

Ключевые слова: фотосенсибилизация, УФ-излучение, механизмы фотосенсибилизации, фототоксия, фотоаллергия, фототипы

In this article, we will talk about the effect of photosensitizing agents and other factors that can cause defects on our skin. Despite the huge benefits of sunlight, the risk of harming your body is great. At first glance, harmless medicines, favorite perfumes, essential oils, a cooling citrus drink, combined with UV radiation, pose a danger to public health. Antibacterial drugs, non-steroidal anti-inflammatory drugs, diuretics, antiarrhythmic drugs, oral contraceptives and many other groups of drugs should be taken with extreme caution because of their powerful photosensitizing effect. After learning the basic rules of safe tanning, the sun will become your best friend, not your enemy!

Keywords: photosensitization, UV radiation, mechanisms of photosensitization, phototoxia, photoallergia, phototypes

Многие из нас хотели бы иметь шоколадный красивый загар, поэтому каждый год мы с нетерпением ждем солнечных летних дней или мечтаем улететь в южные страны, чтобы понежиться под лучами ласкового солнца. Помимо смуглой кожи многие хотят укрепить свой иммунитет, благодаря запуску процесса синтеза всем известного витамина D. О пользе солнечных лучей написано во многих источниках и известно уже давно, но не всегда солнце влияет только положительно на наш организм. Очень часто после принятия солнечных ванн на коже появляется сыпь, пигментация, депигментация, кожный зуд. Что может способствовать такому исходу?

Одни люди загорают и имеют ровный загар, у других же возникают проблемы с получением идеального загара. В первую очередь связано это с фототипом человека. Существует как минимум 5 фототипов: кельтский, европейский, средиземноморский, индонезийский, афроамериканский. Чем темнее цвет кожи, глаз и волос, тем больше вероятность исключить вероятность возникновения проблем с нашей кожей. Фототип даёт возможность подобрать правильные средства для загара, избежать как серьёзных заболеваний, так и эстетических изъянов. При соблюдении

основных рекомендаций по цветотипу вы сможете получить ровный загар, который сохранится на длительное время.

Фотосенсибилизация - это явление повышенной чувствительности организма к действию ультрафиолетового или видимого излучений, которое чаще отмечается со стороны кожи и слизистых оболочек организма человека. Такая реакция возникает в результате взаимодействия ультрафиолетовых лучей с чувствительным веществом на коже или веществом, перенесшемся по кровотоку. Согласно предшествующим исследованиям, солнечные реакции на коже появляются после длительного воздействия УФ-лучей в совокупности с другими агрессивными факторами: очень соленая морская, хлорированная вода, применение кремов, масел, лосьонов, парфюма(в особенности с добавлением эфиров мускуса, амбра, амбретта, пачули, бергамотового, лаймового, лимонного, грейпфрутового, апельсинового масла), дезодорантов. Соки пастернака, петрушки, сельдерея, инжир, варенье из лепестков роз, свежесжатые соки цитрусовых могут повышать чувствительность кожи к ультрафиолету как при попадании собственно на кожу, так и при употреблении внутрь. Различные травы, например, такие как зверобой, клевер, донник, дудник, репешок, якорцы, крапива, лебеда, ясень, листья смородины и осики также вызывают нежелательные реакции на солнечные лучи, которые скорее всего вас могут огорчить – появляются отдельные темные пятна на коже, иначе говоря участки атипичной пигментации, их цвет порой доходит до глубокого черного. Часто возникают ожоги при контакте кожи с луговыми травами, такое явление называется «луговой дерматит». [6] Однако нельзя упускать из внимания, что у практически здоровых людей организм имеет сильные защитные механизмы и адекватно воспринимает УФ-излучение, поэтому при развитии фотосенсибилизации стоит задуматься о проблемах со здоровьем. Появление реакций на солнце может возникать из-за снижения иммунитета, нехватки витаминов в организме, скрытых заболеваний или заболеваний, которые перешли из острой фазы в хроническую (чаще всего печени или почек). Нередко фотосенсибилизация может быть связана с нарушениями пигментного обмена, эндокринными расстройствами, беременностью. [1]

Выделяют два типа реакций на фотосенсибилизирующие препараты: фототоксические, которые появляются совершенно у любого человека, они развиваются по типу термического ожога (эритема, отек, пузыри). Явление фототоксии характеризуется тем, что вещества-фотосенсибилизаторы, аккумулируются в эпидермисе и дерме, а затем, поглощая ультрафиолетовый свет, сами начинают высвобождать токсические вещества, вызывая при этом лизис клеток. Проявляется это как воспалительный процесс, который характеризуется покраснением, отеком, зудом, кровоподтеками, появляются крупные волдыри, участки пигментации. Одним из страшных последствий является возникновение

аутоиммунных заболеваний, например красной волчанки. Также может развиваться злокачественное образование- например, меланома. [5]

Вторая реакция- это фотоаллергия, которая ,как правило, проявляется только у людей с высокой степенью чувствительности. Является иммунологически опосредованной реакцией, вызванной накоплением в коже фотохимических продуктов, являющихся результатом взаимодействия вещества и фотонов солнечных лучей.

В случае приема лекарственных средств, длительно использующихся для лечения хронических заболеваний (антигипертензивные препараты, гипогликемические средства, антидепрессанты и другие), чаще всего возникают фотоаллергические реакции. В случае попадания на кожу вредоносного агента (любое средство- крем, масло, лосьон и т.д.). УФ-излучение превращает это вещество в мощнейший аллерген. Кожные покровы отвечают на это сыпью по типу везикул, папул, мокнутий, лихенизации, которая возникает спустя некоторое время и может распространяться абсолютно по всему телу.

Однако огромное внимание мы уделим именно лекарственным препаратам , обладающим фотосенсибилизирующим эффектом.

В диагностике лекарственной фотосенсибилизации велико значение анамнеза, так как многие медикаменты способствуют возникновению заболевания, в их числе: антибактериальные средства (амоксциллин, норфлоксацин, ципрофлоксацин, сульфаниламиды), нестероидные противовоспалительные препараты, нейролептики (галоперидол, хлорпромазин, перфеназин), диуретики (метолазон, фуросемид, амилорид), пероральные сахароснижающие средства (ацетогексамид, толбутамид), противоопухолевые средства (винбластин, дакарбазин, метотрексат), антипаразитные средства (хинин, хлорохин, тианбендазол); средства, применяемые в косметологии (метилантранилат, бензокаин), антиаритмические средства, противогрибковый препарат (в частности, гризеофульвин), статины, оральные контрацептивы и даже витамины (В2, В6) [4].

По данным исследования аллергические реакции на антибактериальные препараты из группы фторхинолонов встречаются у 0,5–3% пациентов. Фторхинолоны вызывают реакцию 2 типа, развивающуюся после назначения антибактериального препарата и воздействия на кожу ультрафиолетовых лучей. Клинические проявления, подобные симптомам солнечного дерматита -эритема, чувство жжения, могут прогрессировать до образования полостных элементов (везикулы, буллы). В основном поражаются открытые участки кожи, подвергающиеся воздействию солнечных лучей (лицо, шея, кисти рук). Наиболее часто 1 тип реакции вызывает спарфлоксацин.

В порядке снижения риска фототоксических реакций фторхинолоны можно расположить таким образом: ломефлоксацин >> спарфлоксацин > пефлоксацин > цiproфлоксацин > норфлоксацин, офлоксацин [3].

Также были выявлены реакции кожи на свет, обусловленные сульфаниламидами. Они бывают в виде крапивницы или эритемы, пурпуры; иногда – коревидные высыпания. Вначале высыпания появляются на открытых участках кожи, а затем – и на прикрытых участках. [7]

Значимую роль в развитии в фотосенсибилизации играют, как было сказано выше, некоторые антиаритмические препараты и диуретики [2]. Поэтому многие ученые считают, что причинно-следственная связь между приемом антигипертензивных препаратов и риском развития различных форм патологий кожного покрова, в том числе и меланомы кожи, действительно существует, а фотосенсибилизация оправданно рассматривается как главный патофизиологический механизм, объясняющий существование этой связи.

Такая связь была замечена у тиазидных диуретиков- гидрохлортиазид, хлортиазид, бензтиазид, индапамид, метолазон и т.д.; петлевых диуретиков- фуросемид; ингибиторов карбоангидразы- ацетазоламид; калийсберегающих диуретиков- амилорид. Если рассматривать антиаритмические препараты, то следует сюда отнести хинидина глюконат, хинидина сульфат, дизопирамид, амиодарон, соталол, дилтиазем. Из статинов- ловастатин, симвастатин, правастатин.

В 2018 году были разработаны рекомендации Европейского Медицинского Агентства [2], согласно которым все держатели регистрационных удостоверений гидрохлортиазид(ГХТ)-содержащих лекарственных средств должны информировать потребителей о потенциальном канцерогенном эффекте препарата в отношении немеланомного рака кожи. Так, пациентам, принимающим ГХТ, рекомендуется сообщать о необходимости регулярного осмотра кожных покровов, ограничения времени нахождения на солнце и использования средств, защищающих кожу от УФ излучения. В случае выявления на коже подозрительных образований рекомендовано консультироваться с врачом и при необходимости выполнять гистологическое исследование биоптатов кожи.

Сравнительно недавно была опубликована позиция Британского и Ирландского обществ артериальной гипертензии, которая представляется наиболее взвешенной. В документе подчеркивается, что, несмотря на рост относительного риска возникновения онкологических заболеваний кожи, связанного, как правило, с очень продолжительным приемом ГХТ, абсолютное число заболевших остается очень невысоким. Поэтому, если пациент уже принимает ГХТ с положительным эффектом, основания для смены диуретика, по мнению авторов документа, пока отсутствуют.

Сравнительно недавно, в апреле 2019 года на сайте Российского кардиологического общества размещено мнение отечественных экспертов [8]. В этой статье излагается идея, схожая с приведенными выше идеями. Отмечается, что в России ГХТ — один из наиболее часто назначаемых диуретиков как в виде отдельного препарата, так и в составе комбинированной антигипертензивной терапии, являющейся залогом эффективного контроля артериального давления и снижения сердечно-сосудистого риска. Кроме того, в нем подчеркивается, что рекомендации регуляторов, в том числе Росздравнадзора [8], в отношении ГХТ не носят запретительного характера, а препарат не обладает прямым канцерогенным эффектом, но может повышать чувствительность кожи к УФ воздействию, поэтому необходимо внимательно относиться к состоянию кожных покровов при длительном приеме ГХТ.

Подводя итоги, следует сказать, что очень важно понимать, какой колоссальный вред могут нанести вещества- фотосенсибилизаторы. Однако не стоит бояться назначать такие препараты врачам и не стоит бояться их принимать пациентам. Залогом к успешному лечению фотосенсибилизирующими препаратами является соблюдение элементарных правил:

1) Обязательно информировать пациентов о возможных эффектах препарат, о необходимости сокращения время пребывания на солнце.

2) Использовать средства защиты от УФ-излучения, подобранные конкретно для вашего фототипа. Обращайте внимание на срок годности , так как просроченное средство может также вызывать нежелательные аллергические реакции.

3)Если все же вы столкнулись с проблемами на вашей кожи- необходимо промыть места поражения водой, прекратить воздействие УФО и смазать пораженные места противовоспалительными, противозудными и заживляющими средствами (например, Пантотенолом, Биодермой или Фенистилгелем). Для купирования острого воспалительного процесса используют противовоспалительные препараты - “Элоком”, “Адвантан “, “Синафлан”. При мокнущих явлениях необходимо использовать вяжущие и подсушивающие средства (сукрольфат, оксид цинка, силикат магния).[6]

4)При огромной области поражения немедленно обратиться к специалисту. По рассмотрению вашего лечащего врача возможна отмена или замена лекарственного препарата с менее выраженным сенсибилизирующим эффектом.

Следите не только за своей красотой, но и за здоровьем, ведь оно бесценно! Любое заболевание легче предотвратить, нежели его вылечить.

1. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. С. Бутова, Ю. К. Скрипкина, О. Л. Иванова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 896 с.

2. Кобалава, Ж. Д. Гидрохлоротиазид и риск развития немеланомного рака кожи: критический анализ данных/ Ж. Д. Кобалава, Е. В. Кохан, Г. К. Киякбаев// Артериальная гипертензия. -2019.-№25(4).- С.376–388.

3. Козлов, Р.С. Мифы и факты о безопасности антибактериальных препаратов/ Р.С. Козлов, О.У. Стецюк, И.В. Андреева //ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение.-2013.- №1.- С.40-50.

4. Лепяхин, В.К Роль клинического фармаколога в повышении безопасности лекарственной терапии / В.К. Лепяхин, Е.А.Ушкалова, А.В. Астахова // Безопасность лекарств и фармаконадзор. – 2008. – № 1. – С. 4–10.

5. Мурадова, Р.Р Фототоксические и фотоаллергические реакции при использовании современных лекарственных средств и некоторых растений/Р.Р. Мурадова, М.М. Хайдаров // Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд, Республика Узбекистан, 2020.- С.41-44.

6. Сидорович, О.И. Фотодерматозы: профилактика и лечение/ О.И. Сидорович, Е.А. Цывкина// Медицинский совет.-2018.-№12.- С.132-134.

7. Федотов, В. П. Фотодерматозы / В.П. Федотов// Запорожский государственный медицинский университет. Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология.- 2015.- № 3-4.- С.143-157.

8. Информационное письмо от 18.01.2019 № 01 И-163/19. [Электронный ресурс]
URL:<http://www.roszdravnadzor.ru/spec/drugs/monitpringlp/documents/56744>.

УДК: 618.5-08:618.346-008.8

**Тошева И.И., Ихтиярова Г.А., Бозоров А.Г.,
Каюмова Г., Гайбуллаева Ф. (Узбекистан, г.Бухара)
Бухарский государственный медицинский институт**

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НЕВЫНАШИВАНИЕ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

Проблема преждевременных родов с инфекционными заболеваниями при отхождении околоплодных вод является одной из самых актуальных проблем в период пандемии. Инфицирование плода в утробе матери при дородовом излитие околоплодных вод может приводить

к осложнениям течения беременности, родов или развитию септических заболеваний в послеродовом периоде.

Ключевые слова: преждевременное излитие околоплодных вод, беременность, индукция родов, сепсис

One of the most serious problems is preterm birth with infectious diseases and discharge of amniotic fluid during this pandemic period. Infection of the fetus in the uterus during prenatal discharge of amniotic fluid can lead to complications of pregnancy, childbirth or the development of the disease in the newborn.

Key words: premature rupture of membrane, full-term pregnancy, induction of labor, sepsis

Внутриутробное инфицирование плода на современном этапе является одной из наиболее важных проблем акушерства и перинатологии. Среди проблем современного акушерства преждевременные и дородовые излитие околоплодных вод занимает одно из первых мест, так как определяет высокий уровень перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности [7, с. 16, 8, с. 76, 9, с. 601]. Несвоевременное излитие околоплодных вод при недоношенной и доношенной беременности считается важнейшим фактором риска для плода и матери. Резко возросла роль хламидийной, цитомегаловирусной, уреамикоплазменной инфекций во время беременности. В последнее время во всех странах отмечается рост инфекционной патологии, что с одной стороны связано с появлением новых более информативных методов диагностики и соответственно, с возрастанием прижизненной выявлено инфекций, с другой стороны, не исключено и истинное увеличение частоты данной патологии [1, с. 104, 10, с. 34, 11, с. 78]. Инфицирование плода в утробе матери при дородовом излитие околоплодных вод может приводить к осложнениям течения беременности, родов или развитию заболевания у новорожденного.

Мертворождаемость при преждевременных родах наблюдается в 8-13 раз чаще, чем при доношенной беременности, а на долю недоношенных живорожденных приходится до 75% ранней неонатальной и детской смертности. Это в первую очередь связано с многообразием медико-биологических факторов, включающих внутриутробную инфекцию, эндокринопатии и др. психологические и социально-экономические аспекты в жизни женщин. В то же время этиологию преждевременных родов в 17-58% установить не удается. [2, с. 211, 3, с. 63, 13, с. 4894].

Инициацией антенатальной гибели плода в большинстве случаев, являются внутриутробные инфекции, дородовой и преждевременный разрыв плодных оболочек (ДРПО, ПРПО), составляющий от 24% до 36% всех родов. ДРПО тесно связан с перинатальной инфекцией, повышая в 10 раз риск неонатального сепсиса, высокой перинатальной и младенческой

смертностью, а так же риском гнойно-септических осложнений матери [4, с. 101, 5, с. 220, 14, с. 530].

Тактика ведения беременных с этой патологией крайне вариабельна, и зависит от срока гестации, от количества излившихся околоплодных вод, от степени выраженности инфекционного процесса, от степени выраженности инфекционного процесса, от наличия экстрагенитальной патологии и осложнений настоящей беременности. Поэтому подходы к ведению антенатальной гибели плода осложненной ДРПО, могут отличаться не только в разных странах, но и в пределах одного города. В странах Западной Европы, Америки, Японии, а последнее время и в нашей стране, применяют тактику индукции родов, осложненной ДРПО [6, с. 74, 15, с. 32, 17, с. 53].

При выборе тактики ведения родов при антенатальной гибели плода (АГП) недоношенной беременности с преждевременным излитием околоплодных вод (ПИОВ) или с дородовым излитием околоплодных вод (ДИОВ) необходимо постоянно сравнивать риски использования выжидательной или активной тактики, материнские риски — преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), хориоамнионит, сепсис, послеродовая атония матки, лихорадка и эндометрит в пуэрпериальном периоде, с рисками выбора активно-выжидательной тактики (преиндукция, индукция родов) или с рубцом на матке активной тактики (кесарево сечение — КС) [12, с. 136, 16, с. 111, 18, с. 756, 21, с. 124]. Противопоказания для выбора выжидательной тактики — хориоамнионит; осложнения беременности, требующие срочного родоразрешения (тяжёлая преэклампсия, эклампсия, отслойка плаценты, кровотечение при предлежании плаценты); декомпенсированные состояния матери; Активная тактика также характеризуется возможными рисками развития осложнений: необходимостью родовозбуждения, которое может осложниться гиперстимуляцией матки, увеличением частоты КС, болью, дискомфортом; развитием септических осложнений матери. Однако преимуществом активной тактики является предупреждение инфекции. Необходимо учитывать, что частота инфекции и КС возрастают в случае родовозбуждения после 72-часового безводного промежутка [19, с. 18, 20, с. 1943, 22, с. 761, 23, с. 417].

Цель: Изучить исходы родов и методы индукции у женщины при дородовом и преждевременном разрыве плодных оболочек и тактика ведения родов.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач проведено комплексное обследование 52 беременных, роды у которых осложнились с ДИОВ в сроках 37-40 недель гестации, поступившие в Бухарский городской и перинатальный центр за период 2017-2018 года. С помощью анамнестических, клинико-лабораторных и инструментальных данных проводили изучение течения беременности,

родов, послеродового периода. Была проведена оценка готовности родовых путей по шкале Бишопа. По Национальному стандарту ведения больных с ДИОВ после 18 часов безводного промежутка что является основанием для проведения антибактериальной терапии, с целью профилактики гнойно-септических осложнений у рожениц и родовые пути беременных осмотрены через 24 часа при отсутствии родовой деятельности с целью решения вопроса о целесообразности индукции родов. Характер родовой деятельности контролировали на основании ведения партограмм. При ведении родов, осложненных дородовым излитием околоплодных вод, необходим контроль гемодинамические показатели, ведение листа наблюдения, измерение t° - тела каждые 4 часа, кровь на лейкоцитоз 1 раз в сутки, общий анализ крови (коагулограмма , С-реактивный белок, лейкоцитарный интоксикационный индекс , анализ мочи, группа крови и Rh- принадлежность, анализ выделений из влагалища- мазок, УЗИ матки и плода, цервикометрия, общее состояния роженицы. Учитывая высокую чувствительность к ампициллину бактерий влагалища и шейки матки, показано применение данного антибактериального препарата при родах сразу с преждевременным излитием околоплодных вод.

Результаты и их обсуждение: Средний возраст наблюдаемых женщин составил 26,5 лет. У всех женщин беременность протекала на фоне экстрагенитальных заболеваний, а в большинстве случаев сочетание нескольких из них. Преобладала анемия лёгкой и средней степени тяжести (73,1%), заболевания щитовидной железы (32,7%) и варикозная болезнь (25%). Каждая третья женщина (32,7%) перенесла инфекционные заболевания при данной беременности в основном в виде острых респираторных инфекций(ОРИ), обострение хронических синуситов, циститов, пиелонефритов. У 17,3% беременных эпизоды ОРИ в течение беременности повторялись многократно. Среди перенесенных гинекологических заболеваний чаще всего диагностированы хронические эндометриты, вирусные инфекции герпетической и уреаплазмоза в сочетании с хламидиозом 54% и кольпиты различной этиологии, дисбиоз влагалища которые составили 44,6%. У всех женщин с дородовым излитием околоплодных вод проведено влагалищное исследование при помощи зеркал с целью выявления характера выделений , цвета околоплодных вод, степень раскрытия шейки матки . Выявлено, при начале родовой деятельности у 61,6% обследованных беременных параметры раскрытия, длины, консистенции, положение шейки матки и состояние предлежащей части плода имели баллы до 5, что оценивалось, как «незрелая шейка». А у 38,4% женщин родовые пути оценивались как «зрелая шейка». Соответственно, тактика дальнейшего ведения была выбрана согласно протоколу родильного комплекса. У беременных с «незрелой» шейкой и выявлений признаков кольпита предложена

индукция родов мифепристоном 200 мг по 1 таблетке после информированного согласия беременной и родственников. Родовые пути переоценены через 12 часов для уточнения необходимости продолжения индукции. У беременных с «зрелой» шейкой роды велись выжидательной тактикой: Убедить женщину, что есть возможность произойти спонтанному рождению плода в течении 24 – 48 часов без осложнений. С согласия семьи женщина находится под наблюдением гинеколога, дожидаясь спонтанного начала родов (до 24 часов) проводят анализ коагулограммы и количество тромбоцитов, уровень прогестерона и эстриола. Если в течении 24- 48 часов кол-во тромбоцитов уменьшилось или не произошло спонтанных родов необходимо обсудить активную тактику ведения в пользу простагландинов. При критических состояниях угрожающих жизни женщины (ПОНРП 2-ст, тяжелая преэклампсия эклампсия, несостоятельность рубца), тяжёлой акушерской патологии, при незрелости шейки матки и отсутствия условий для срочного родоразрешения консилиумом врачей решён вопрос об оперативном родоразрешении.

Важно отличать целевые назначения преиндукции и индукции родов. Преиндукция родов («созревание» шейки матки, cervical ripening) — это подготовка шейки матки к родам методами, недостаточными для самостоятельной индукции родов. Индукция родов (родовозбуждение) — вмешательство, направленное на инициирование родов до самопроизвольного начала с целью достижения влагалищного родоразрешения. Индукцию родов также называют искусственно вызванными родами по показаниям со стороны матери или плода, а также по сочетанным показаниям (преждевременные, своевременные, запоздалые) [11,17]. Согласно рекомендациям зарубежных литератур, при ПРПО в сроке беременности более 34 нед при риске развития АИС (амниотической инфекции синдрома — amniotic infection syndrom) следует проводить родоразрешение путем индукции родов, при отсутствии родовой деятельности в течение 4-6 ч — активной индукции родов [2,3,11]. При ПРПО в сроке беременности до 37 нед. антибиотикотерапия была назначена сразу. В сроке беременности более 37 нед. при отсутствии признаков АИС применение антибиотиков была начата через 18 ч после ДРПО. Если в течение от 8 до 12 ч ПРПО с АГП самопроизвольные роды не произошли, показана активная тактика — индукция родов. Обосновано и профилактическое применение антибиотиков при преждевременном разрыве плодных оболочек. [13,18].

С целью преиндукции родов применяются простагландины: Гландин 3 мг или динопростон (Pge_2) гель *pervaginum*; начальная доза — 2 мг у первородящих женщин с незрелой шейкой, 1 мг — для повторнородящих. Если не началась регулярная родовая деятельность, может быть введена вторая доза динопростона 1 или 2 мг через 6 ч. Максимальная доза

динопростона за 12-часовой период — 4 мг для первородящих женщин с «незрелой» шейкой матки, 3 мг — для всех других женщин.

Дискуссионным вопросом является возможность преиндукции родов антигестагенами (мифепристон) с ДРПО при АГП с началом поступления в стационар у женщин с рубцами на матке. С одной стороны, обоснованием к применению мифепристона называют наличие противопоказаний для применения простагландинаЕ, препидил-геля, ламинарий: дисбиоз влагалища, наличие внутриматочной инфекции, многоводие, маловодие, гипоксию плода. С другой стороны, доказательной базы о безопасности применения мифепристона при антенатальной гибели плода проведены на базе кафедры акушерства и гинекологии г. Бухары с 2012 года по с.д. где были прерваны беременности в различные сроки гестации. Однако женщин с рубцами на матке при отсутствие родовой деятельности и отхождением околоплодных вод при без эффективности индукции родов мифепристон 200-400мг, заканчивались путем операции кесарево сечением с показаниями несостоятельность рубца на матке. Тем не менее имеющийся значительный опыт применения мифепристона как преиндуктора родов, его доказанная эффективность позволяют в ближайшее время ожидать появления научно-практических сведений о его применении преиндукции родов у женщин с рубцами на матке при антенатальной гибели плода с ПРПО, о сравнении риска его применения с выжидательной или оперативной тактикой.

В Бухарском городском родильном доме для оценки динамики биологической трансформации шейки матки проводится УЗИ-оценка шейки и нижнего сегмента матки. Используется трансвагинальный и трансперинеальный доступ (аппарат PHILIPSHD11 с датчиком 5—7 МГц, «ToshibaAplioMX» с трансперинеальным датчиком 3,5 МГц и трансвагинальным 6,0 МГц) оценивалось диаметр внутреннего зева; толщина передней стенки нижнего сегмента матки; задний угол шейки матки; доплерометрические показатели кровотока шейки матки и сократительная деятельность матки и давность гибели плода (цветовое и энергетическое доплеровское картирование). Также при оценке динамики продвижения головки плода по родовому каналу в родах оценивалось благодаря УЗИ и трансперинеальному доступу расстояние между головкой плода и промежностью, что также сводило к минимуму необходимость влагалищного исследования. Трансабдоминальный доступ позволяет определить вид предлежания и позицию плода. При УЗИ оцениваются следующие данные: длина шейки матки измеряется по линии, проведенной через центр цервикального канала (анэхогенное или гипоэхогенное пространство) от влагалищной части децидуальной пластинки (ультразвуковой внутренний зев) к основанию ультразвукового внешнего зева; диаметр внутреннего зева; толщина передней стенки нижнего

сегмента матки; задний угол шейки матки; доплерометрические показатели кровотока шейки матки (цветовое и энергетическое доплеровское картирование). Также при оценке динамики продвижения головки плода по родовому каналу в родах оценивалось благодаря УЗИ и трансперинеальному доступу расстояние между головкой плода и промежностью, что также сводило к минимуму необходимость влагалищного исследования. При сроке беременности от 28 до 34 нед приоритетной считается выжидательная активная тактика, цель которой: не допустить развития клинически и гистологически значимого хориоамнионита. В случае увеличения риска развития хориоамнионита (рост лейкоцитоза более чем на 15—20% от исходного уровня, нейтрофилов и особенно С-реактивного белка) и наличия отрицательной динамики в функциональном состоянии системы мать—плацента—плод (уменьшения индекса амниотической жидкости, уменьшение черепного индекса, отрицательной динамике при доплерометрии в среднемозговой артерии плода) от выжидательной тактики следует отказаться. Выбирают либо активно-выжидательную тактику (преиндукция родов), либо активную — индукцию родов (окситоцин при «зрелой» шейке матки и условиях для быстрого и бережного родоразрешения) или оперативноеродоразрешение путем кесарева сечения при рубцах на матке. Тактика ведения беременности и метода родоразрешения обсуждается всегда совместно консилиумами акушерами-гинекологами.

При пролонгировании беременности и повторном выявлении при культуральном исследовании отделяемого из цервикального канала патогенной флоры в клинически значимом титре антибиотикотерапия возобновляется (цефалоспорины II поколения, метронидазол); от выжидательной тактики отказываются.

Таким образом, вопрос о тактике ведения при наличие рубца на матке с ПРПО и ДРПО остается до конца не решенным, требуют продолжения многоцентровые исследования, которые позволят проанализировать исходы родов в зависимости от срока беременности, длительности безводного промежутка, реакции организма женщины на ПРПО, наличия сопутствующей акушерской и экстрагенитальной патологии, возраста женщины, акушерского анамнеза и индивидуального выбора метода индукции.

Выводы.

1 Клинико-анамнестическими факторами риска осложненной ДРПО являются эндометрит в анамнезе, патологический рост условно патогенной цервико-вагинальной микрофлоры, хламидиоз, неспецифический кольпит и бактериальный вагиноз. Наличие инфекций (в первую очередь герпетической и уреоплазмоза) отрицательно влияет на течение беременности и родов. После 18 часов безводного промежутка тактика ведения родов должна быть консервативно – выжидательное до 24-48 часа

на фоне антибактериальной терапии, если самостоятельно не наступает родовая деятельность, необходимо начать индукции родов антипрогестинами и простагландинами. При наличии влагалищных инфекции с целью индукции рекомендовано антипрогестин мифепристон 200 мг per os. Индукция родов при рубцах на матке представляет собой активацию сократительной способности матки с началом родовой деятельности, при этом успешная индукция – это естественное родоразрешение, или оперативное родоразрешение в течение 24-48 часов.

1. Болотских В.М. Преждевременное излитие околоплодных вод: иммунологические и биохимические аспекты проблемы, вопросы диагностики и тактики ведения/В.М. Болотских, Ю.П. Милютин//Журнал акушерства и женских болезней.-2011.-№ 4.-с.104-110

2. Ихтиярова Г.А. Современные методы диагностики и профилактики тромбоэмболических осложнений у беременных с эктазией вен органов малого таза/Г.А.Ихтиярова, Н.К.Дустова, З.Ш. Курбанова//Журнал Новый день в медицине.-2020.-№1.-с.211-214

3. Ихтиярова Г.А. Биохимические маркеры прогнозирования преждевременных родов при урогенитальных инфекциях/ Г.А. Ихтиярова, А.Г. Бозоров, И.И. Тошева // Биология ва тиббиёт муаммолари. -2021.-№1.1 (126).-С. 63-66.

4. Инояттов А.Ш. Оценка состояния беременных женщин с диабетом, при заражении covid-19. / А.Ш. Инояттов, Г.А. Ихтиярова, Д.М. Мусаева, Г.К. Каримова // Новый день в медицине .-2020.-№2(30) .-С. 101-103

5. Каримова Г.К. Скрининг диагностика гестационного диабета/ Г.К. Каримова, Г.А. Ихтиярова, Н.О. Наврузова // Тиббиётда янги кун. -2020. №1 (29). -С. 220-222.

6. Наврузова Н.О. Современные подходы к диагностике патологии шейки матки / Н.О. Наврузова, Г.К. Каримова, Г.А. Ихтиярова // Спорт и медицина. - 2020. - № 1. - С. 74-77.

7. Тошева И.И. Исходы беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек/И.И. Тошева, Г.А. Ихтиярова//Журнал РМЖ. Мать и дитя.-2020.-Т3, № 1. - С.16-20.

8. Тошева И.И. Разрыв плодных оболочек в недоношенном сроке, как фактор развития акушерских осложнений / И.И. Тошева, Н.Г. Ашурова, Г.А. Ихтиярова // Журнал Проблемы биологии и медицины. - 2020. - №1. - С.76-79.

9. Тошева И.И. Роль преждевременного излития околоплодных вод на развитие акушерских осложнений/ И.И. Тошева, Г.А. Ихтиярова // Взгляд в будущее Международной научной конференции, посвященной

85-летию Курского государственного медицинского университета, Россия. - 2020. - Том I. – С. 601-605.

10. Тошева И.И. Исходы родов у беременных с преждевременным излитием околоплодных вод/И.И. Тошева, Н.Г. Ашурова// Вестник Дагестанской государственной медицинской академии.-2019.-№ 4(33). - С.34-38.

11. Тошева И.И. Родовозбуждение при антенатальной гибели плода у женщин с излитием околоплодных вод и внутриутробной инфекцией / И.И. Тошева, Г.А. Ихтиярова, М.М. Рахматуллаева // Назарий ва клиник тиббиёт. – Тошкент, 2019. - №5. – С.78-80.

12. Ихтиярова Г.А. Оптимизация диагностики и методы прерывания беременности в различные сроки гестации у женщин с антенатальной гибелью плода // Монография. “Дурдона”.-2019.-136 с.

13. Bozorov A.G. Biochemical markers for prediction of premature labor in urogenital infections / A.G Bozorov, G.A Ikhtiyarova, S.S Davlatov // International Journal of Pharmaceutical Research.- 2021.- Volume 13.-P. 4894-4898.

14. Ikhtiyarova G.A. Prenatal Rupture Of Amnion Membranes as a risk of development of obstetrics pathologies / G.A. Ikhtiyarova, I.I. Tosheva, M.J. Aslonova, N.K. Dustova // European Journal of Molecular & Clinical Medicine. - 2020. - ISSN 2515-8260. - Volume 07, Issue 07. - P. 530-535.

15. Ikhtiyarova G.A. Causes of fetal loss syndrome at different gestation times/G.A. Ikhtiyarova, I.I. Tosheva, N.S. Nasrullayeva//Asian Journal of Research.-2017.-№ 3(3).-P.32-39.

16. Ixtiyarova G.A. Modern and differentiated approaches to the management of pregnant with a dead fetus/ G.A. Ixtiyarova//International journal of experimental education,Германия.- 2013.- Volume 1.- P.111-113.

17. Ixtiyarova G.A. Predgravidary preparation of women with a high group of perinatal risks and inflammatory diseases of the genitals/ G.A. Ixtiyarova, N.G. Ashurova, I.I. Tosheva // European Journal of Research - Vienna, Austria.- 2017. - №9-10. – P.53-62.

18. Kudratova D.S., Ikhtiyarova G.A., Davlatov S.S. Medical and social problems of the development of congenital malformations during a pandemic / D.S. Kudratova, G.A. Ikhtiyarova, S.S. Davlatov // International Journal of Pharmaceutical Research. -2020.- Volume 13 (1). - P. 756-760.

19. Mavlyanova N.N. The State of the Cytokine Status in Pregnant Women with Fetal Growth Retardation/N.N. Mavlyanova, G.A. Ixtiyarova, I.I. Tosheva, M.J. Aslonova, N.S. Narzullaeva//Journal of Medical-Clinical Research&Reviews-2020.-№4(6).-p.18-20

20. Mustafaeva F.A. Prediction of specific immunoglobulins to antigens of etiopathological agents in inflammatory diseases of the pelvic organs among women/ F.A. Mustafaeva, G.A. Ixtiyarova. // International Journal of Pharmaceutical Research.- 2021. - Volume 13 , Issue 1. – P.1943-1948

21. Nuraliyev N.A. Diagnostic value determination of antibodies to antigens of Microorganisms in women with inflammatory diseases of the pelvic organs/N.A. Nuraliyev, N.I. Olimova, G.A. Ikhtiyarova//American journal of medicine and medical sciences.-2020.-№10(2).-p.124-127

22. Oripova F.S. Pathomorphological characteristics of the vaginal mucosa in experimental nonspecific vaginitis and various methods of treatment/ F.S. Oripova, G.A. Ikhtiyarova, S.S. Davlatov // International Journal of Pharmaceutical Research.- 2020. №13 (1)Ю- P.761-765.

23. **Tosheva I.I.**Introduction of childbirth in women with the discharge of amniotic fluid with intrauterine fetal death/I.I. **Tosheva, G.A. Ikhtiyarova, M.J. Aslanova**//Journal of Problems and solutions of advanced scientific research.-2019.-№1.-p.417-424.

Бахадирова Ш. Ф., Ихтиярова Г. А.
(Узбекистан, г. Бухара)

Бухарский государственный медицинский институт

ИСХОДЫ РОДОВ ПОСЛЕ ЭКСТРОКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Бесплодие - это неспособность забеременеть после регулярного незащищенного полового акта в течение одного года.

Ключевые слова: беременность, роды, экстракорпоральное оплодотворение

Unprotected sexual intercourse for one year.

Keywords: pregnancy, childbirth, extracorporeal fertilization

В настоящее время тревожное количество женщин во всем мире страдают от бесплодия. Уровень бесплодия среди женатых людей составлял 6% в Америке, 10–15% в Англии, 15% в Австралии и 10–15% в Японии [1]. По оценкам, в Узбекистане у 15–20% пар диагностируется бесплодие. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) в настоящее время является одним из последних вариантов лечения бесплодия в качестве вспомогательной репродуктивной технологии. С 1978 г. он стал широко распространенным методом лечения бесплодных пар.

ЭКО - инвазивный и дорогостоящий процесс. По оценкам, частота наступления беременности при применении ЭКО составляет 30–35% во всем мире. На вероятность успеха ЭКО могут влиять многие факторы, такие как возраст женщины, сопутствующие заболевания и опыт врача. Лечение ЭКО также требует больших затрат для государственных финансов и пациентов. Следовательно, очень важно повысить успешность ЭКО.

Цель работы: изучить перинатальных исходов детей, рожденных после применения экстракорпорального оплодотворения.

Материалы и методы: Это исследование проводилось в период с декабря 2017 года по январь 2018 года в медицинской клинике «Доктор Шахноза фэйз», Ташкент.

Результаты: С декабря 2017 года по январь 2018 года в амбулаторное клиники гинекологии в поисках ЭКО посетили 19 женщин с необъяснимым бесплодием. После ЭКО положительный бета-ХГЧ был обнаружен в 63 % (n = 12). В формировании здоровья ребенка решающее значение имеет здоровье и возраст матери. Средний возраст матерей экстракорпоральное оплодотворение составил $35,8 \pm 4,9$ года. Родоразрешение проходило путем плановое кесарево сечение 42% (n= 5), срочные самостоятельные роды – 50 % (n=6), преждевременные роды 0,8 % (n=1). Одноплодные 83% (n=10), двойня 8% (n=1), тройня 8% (n=1). Средняя масса тела при рождении детей составила 2612 ± 134 г. Оценка по шкале Апгар при рождении на первой минуте жизни у детей составила $6,3 \pm 0,97$ балла, на пятой минуте жизни – $7,2 \pm 0,4$ и $8,7 \pm 0,7$ балла. Антропометрические данные при рождении соответствовали гестационному возрасту только в 10 (83,3 %).

Вывод: Состояние здоровья детей первого года жизни зависит от состояния здоровья матери, соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, условий внутриутробного развития, срока гестации, степени зрелости на момент родов. Улучшение состояние их здоровья зависит от качества подготовки женщины к беременности, ведения беременности и пролонгированного наблюдения детей в течение раннего детского возраста.

Инояттов А.Ш. Оценка состояния беременных женщин с диабетом, при заражении covid-19. / А.Ш. Инояттов, Г.А. Ихтиярова, Д.М. Мусаева, Г.К. Каримова // Новый день медицине .-2020.-№2(30) .-С. 101-103

Шилова Е.А. (г. Курск)
ФГБОУ ВО Курский государственный
медицинский университет Минздрава России

ОБЗОР ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

В статье дается содержательная характеристика об инфекциях, которые передаются половым путем, которая возрастает с каждым днем.

Заболевания стали в одну линию с ВИЧ-инфекцией, курением, алкоголизмом. Инфекции, передающиеся половым путем, является важной проблемой общественности т.к. возникают тяжелые последствия для здоровья молодого организма.

Ключевые слова: заболевания, передающиеся половым путем, инфицированность, профилактика.

The article provides a substantive characteristic of sexually transmitted infections, which increases every day. Diseases have become in line with HIV infection, smoking, alcoholism. Sexually transmitted infections are an important public concern as they have dire consequences for the health of a young organism.

Key words: sexually transmitted diseases, infection, prevention.

С развитием общества и социальной жизни происходит и изменение сексуальной морали, нравственных приоритетов, личных ценностей. Изменяется сексуальное поведение подростков и молодых людей, что приводит к инфекциям, передаваемыми половым путем (ИППП).

Ежедневно происходит более одного миллиона случаев заражения инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП).

По оценкам, ежегодно имеет место 376 миллионов новых случаев заражения одной из четырех ИППП — хламидиозом, гонореей, сифилисом или трихомониазом. [1]

Сифилис.

Сифилис – это инфекционное заболевание, возбудителем которого является трепонема бледная. В мире было зарегистрировано 18 млн случаев заражения сифилисом [2]. Заболевание начинается бессимптомно, но поражается определенный участок слизистой оболочки. Если человек не обнаружил у себя наличие заболевания, то по истечению двух недель заболевание переходит во вторую стадию. Она характеризуется высыпанием на коже, язвой, зудом. Сифилис передается не только половым путем, но и контактно-бытовой. Профилактика сифилиса – это защищенный половой акт, соблюдение правил личной гигиены. Использование презерватива не гарантирует полную защиту от сифилиса, потому следует соблюдать постоянство в сексуальных отношениях и сдавать анализы вместе с партнером.

Гонорея.

Гонорея является самой распространенной ИППП 21 века. Ежегодно в мире гонореей заболевают более 70 миллионов человек. [1]. Заболевание передается только половым путем. Инкубационный период короткий. В этот период у женщины появляются выделения из влагалища. У мужчин возникает зуд в половых органах. Заболевание быстро поражает мочеполовую систему. Профилактика гонореи – использование презерватива во время полового акта, посещение дерматовенеролога.

Генитальный герпес.

Генитальный герпес – это разновидность герпетических инфекций. Около 140 миллионов человек в возрасте 15-49 лет имеют генитальную инфекцию [1]. Заболевание передается половым путем и при тесном контакте с больным. Первая стадия заражения проходит бессимптомно. Оральный и незащищенный секс может стать причиной ИППП. Профилактика генитального герпеса – использование презерватива, укрепление иммунитета витаминами, при генетической предрасположенности к вирусу герпеса нужно принимать профилактические препараты (ацикловир), вакцинация от герпесной инфекции (необходимо проконсультироваться со специалистом)

Хламидиоз.

Хламидиоз – это ИППП, которая поражает мочеполовую систему. Распространенность хламидиоза 3,8% [1]. Бессимптомно протекает у женщин. Заболевание передается половым путем. Женщины могут обрести бесплодие. Мужчины наблюдают жжение в мочеполовой системе. Для профилактики ИППП необходимо использовать презервативы во время полового акта, соблюдение личной гигиены, регулярная сдача анализов и осмотр у врача.

Каждый из нас в ответе за свое здоровье и самочувствие родных. Именно поэтому регулярное посещение врача, сдача анализов помогут уменьшить количество инфекционных заболеваний, передающиеся половым путем.

Необходимо проводить лекции, круглые столы для школьников, студентов и акцентировать внимание на сохранение полового здоровья.

1. Всемирная организация здравоохранения: [сайт]. URL: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

2. Кубанова А.А. Организация оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в Российской Федерации. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки / А.А. Кубанова, Л.Е. Мелехина, А.А. Кубанов А.А., Богданова Е. // Вестник дерматологии и венерологии. — 2016; 3: 12-28.