

**На правах рукописи**

**Невзоров  
Александр Андреевич**

**НАУЧНЫЕ ПОДХОДЫ  
К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СРЕДИ  
УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ**

**14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение**

**Автореферат диссертация  
на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**Научный руководитель:  
Доктор медицинских наук,  
профессор Орлова Г.Г.**

**Москва, 2010 год**

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук,  
профессор

Алексеева Вера Михайловна

доктор медицинских наук

Суханова Людмила Павловна

Ведущая организация – ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава»

Защита состоится «\_\_\_» «\_\_\_\_\_» 2010 г. в \_\_\_ часов на заседании Диссертационного Совета Д 208.110.01 в ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11.

Автореферат разослан «\_\_\_» «\_\_\_\_\_» 2010 г.

Ученый секретарь  
Диссертационного Совета  
доктор медицинских наук

Пучков Константин Геннадиевич

## Общая характеристика работы

**Актуальность проблемы** сохранения и укрепления здоровья молодежи определяется неблагоприятной демографической ситуацией в России при прогнозируемом продолжении старения населения и низком уровне общественного здоровья (Абалкин Л.А. 1999, Величковский Б.Т. 2003, Венедиктов Д.Д. 1999, Лисицын Ю.П. 2007, Тишук Е.А. 2000, Щепин О.П. с соотр., 1999, 2001).

Молодежь представляет собой ближайший интеллектуальный и производственный потенциал общества, и от уровня здоровья современных юношей и девушек зависит демографическая безопасность России и качество нации (Антонов А.И., Борисов В.А. 2006,; Венедиктов Д.Д. 1999, Вишневский А.Г., с соавт 2006, Стародубов В.И. с соотр. 2003, Казначеев В.П. с соотр. 2004,).

Кроме того, молодые люди – это будущие родители, от репродуктивного здоровья которых непосредственно зависит здоровье ближайших поколений россиян (Баранов, А.А. 2000, Кулаков В.И., Уварова Е.В. 2007, Карелова Г.Н. 2001. Полутин С.И. 2000, Сидоров П.И. 2000, Студеникин М.Я., Ефимова А.А. 1998, Ярыгина В.Н. 1995).

В настоящее время заболеваемость подростков превышает заболеваемость взрослых, а в отношении охраны здоровья молодежь оказалась в наиболее неблагоприятном положении - «в промежутке» между детской и взрослой сетью лечебно-профилактических учреждений (Баранов А.А., Щеплягина Л.А. 2008, Кучеренко В.З., Сырцова Л.Е. 1999, Кучма В.Р. 2003, Орлова Г.Г. 2003 Рапопорт И.К. 2005 ).

Известно, что сегодня в образовательных учреждениях и на многих предприятиях ликвидирована практика обязательного медицинского наблюдения в медико-санитарных частях или поликлиниках (Ивлева И.А. с соавтр. 2001, Макарьев И.С. 2004, Малыш Л.А. 2000, и другие.).

Кроме того, в современном обществе сформировались негативные подходы к здоровью, пропагандируемые средствами массовой информации, рекламирующими алкогольные напитки, табачные изделия - при крайне низкой эффективности рекомендаций по формированию у молодых людей безопасного поведения и здорового образа жизни (Щепин О.П. 2009, Соболева Н.П. 2008, Лисицын Ю.П. 1998, Орлова Г.Г. 2004, Стародубов В.И. с соотр. 2003).

В связи с этим в современных условиях молодые люди являются важнейшим контингентом для проведения профилактической работы по повышению уровня здоровья и предупреждению заболеваемости.

Актуальность проблемы здоровья и образования молодежи значительно возросла в связи с дефицитом рабочих рук, который наблюдается практически на всей территории страны и в различных секторах экономики. В последние годы в России принимаются правительственные решения, направленные на восстановление системы профессионально-технического образования для подготовки кадров по тем профессиям, которые нужны на рынке труда. Во многих регионах приняты конкретные программы по развитию начального и среднего профессионального образования. В их числе регионы, имеющие многолетний опыт работы в этом направлении - Самарская, Саратовская и Томская области, республики Татарстан, Карелия и другие.

В программах по развитию профессионального образования подчеркивается важность социальных аспектов при восстановлении системы профессионально-технического образования и необходимости учитывать особенности контингентов, идущих в профтехучилища. Как известно, значительная часть учащихся этих образовательных учреждений формируется из числа сирот и подростков, оставшихся без попечения родителей или в другой трудной жизненной ситуации, и укрепление здоровья данного контингента молодежи составляет особую проблему здравоохранения. В то же время вопросы здоровья учащейся молодежи и организации профилактической помощи этому контингенту изучены недостаточно, особенно в отношении учащихся средних специальных и профессионально-технических училищ. В существующих программах отсутствуют мероприятия по дифференцированной профилактической помощи этим контингентам молодежи.

Все это послужило основанием для поиска новых возможностей организации профилактической помощи учащейся молодежи, в том числе обучающимся в системе профессионально-технического образования.

**Целью исследования** явилось научное обоснование организации профилактической помощи учащейся молодежи в современных социально-экономических условиях.

**Задачи исследования:**

1. Дать комплексную оценку состояния здоровья учащейся молодежи разных типов учебных учреждений г. Саратова.
2. Изучить медико-социальный статус учащейся молодежи разных учебных учреждений гг. Саратова и Самары.
3. Научно обосновать выбор оптимальных оздоровительных методик учащейся молодежи.
4. Разработать и внедрить Программу дифференцированной профилактической помощи учащейся молодежи разных социальных групп.

**Научная новизна исследования** заключается в том, что:

- впервые проведено углубленное изучение состояния здоровья учащейся молодежи г. Саратова;
- установлена тенденция ухудшения здоровья учащейся молодежи в динамике на фоне недостаточно эффективной профилактической помощи данному контингенту;
- выявлено различие в состоянии здоровья и социальном статусе учащихся разных типов учебных учреждений;
- сформулированы основные принципы организации профилактической помощи учащейся молодежи на основе дифференцированного подхода к содержанию и объемам профилактической помощи;
- научно обоснована, разработана и внедрена Программа профилактической помощи учащейся молодежи в учебных учреждениях, основанная на принципах единства образовательного и оздоровительного компонентов, комплексного подхода к выбору методов оздоровления.

#### **Практическая значимость исследования:**

На основе комплексного социально-гигиенического исследования состояния здоровья учащихся разных типов образовательных учреждений разработана Программа профилактической помощи учащимся, включающая дифференцированные мероприятия для молодежи разных социальных групп.

Данное исследование позволило разработать ряд предложений и внести изменения в программу учебного курса кафедр поликлинической терапии ГОУ ВПО «Саратовский государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского» (СГМУ) и профилактической медицины ФПК МР РУДН.

#### **Внедрение в практику результатов исследования:**

- Материалы диссертационного исследования легли в основу Программы профилактической помощи учащейся молодежи г.г. Саратова и Самары;
- Полученные результаты используются в курсе повышения квалификации врачей Факультета повышения квалификации медицинских работников (ФПК МР) Российского Университета Дружбы народов (РУДН);
- Положения диссертации о принципах единства образовательного и оздоровительного компонентов используются при проведении семинаров, практических занятий, чтении лекций в процессе учебного курса ГОУ ВПО «Саратовский государственного медицинского университета имени В.И. Разумовского» (СГМУ).

#### **Апробация диссертации**

Материалы диссертационной работы доложены на Всероссийской научной конференции «Российские дети: здоровье, воспитание и образование. XVII – начало XXI» (Москва, 2008), 12-ой ежегодной международной школе-семинаре по актуальным проблемам экологии и здоровья «Здоровье молодежи - проблемы, опыт, программы действий»; Второй Всероссийской научно-практической конференции «Сохранение и

укрепление здоровья в общеобразовательных учреждениях РФ» (Москва, 2008); XI научно-исследовательской конференции «Психология креативности: психолого-социальный дискурс»; апробационном совете в ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» (март, 2010).

**Основные положения, выносимые на защиту.**

1. Современные тенденции в состоянии здоровья учащейся молодежи учебных заведений разного типа.
2. Особенности социального статуса учащейся молодежи разных типов образовательных учреждений.
3. Программа профилактической помощи учащейся молодежи в учебных учреждениях, основанная на принципах единства образовательного и оздоровительного компонентов, и научно обоснованные рекомендации по организации профилактической и медицинской помощи.

**Объем и структура диссертации.**

Диссертация изложена на ... страницах машинописного текста в компьютерном исполнении и состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. Текст иллюстрирован 17 таблицами и 8 рисунками. Библиографический указатель включает 241 источников, из них 203 отечественных и 38 иностранных.

## Содержание работы

Во **введении** обосновывается актуальность проблемы сохранения здоровья и снижения заболеваемости учащейся молодежи, а также необходимость совершенствования организации профилактической помощи учащейся молодежи в современных социально-экономических условиях. Сформулированы цели и задачи исследования, научная новизна, практическая значимость работы, а также основные положения, выносимые на защиту.

В **первой главе «Состояние здоровья и профилактической помощи учащейся молодежи России в современных экономических условиях»** представлены результаты анализа данных литературы по проблеме здоровья лиц молодого возраста. Освещены вопросы организации профилактической медицинской помощи учащейся молодежи, а также основы социальной политики в отношении учащейся молодежи. Отмечено, что современные условия жизни предъявляют повышенные требования к здоровью, трудовым и интеллектуальным возможностям молодежи, что диктует необходимость создания новых подходов к профилактической работе среди учащейся молодежи. Показано, что система профилактической медицины в стране в целом и мероприятия по оздоровлению молодежи не удовлетворяет возрастающим требованиям современной жизни. Обоснована необходимость дополнительных исследований по проблеме здоровья учащейся молодежи для научного обоснования приоритетных направлений профилактической помощи этому контингенту населения.

Во **второй главе** дана характеристика базы исследования, освещены организационно-методические аспекты и этапы проведения исследования, сформулированы методологические подходы, методические приемы и методы анализа данных (рис.1).

На первом этапе исследования проводился анализ информационных материалов по вопросам здоровья и организации профилактической помощи молодежи; изучены медико-демографические параметры Самарской и Саратовской областей (в сравнении с Россией), связанные с проблемными вопросами здоровья учащейся молодежи. Выбор областей определялся сходными территориальными, климатическими, социально-экономическими показателями, национальной структурой населения, а также принадлежностью к Приволжскому федеральному округу.

На втором этапе исследования проводился сравнительный анализ показателей здоровья подростков и учащейся молодежи г. Саратова Саратовской области в динамике в течение 1995-1997гг. и 2005-2007гг. Для выявления особенностей состояния здоровья учащихся разных учебных заведений был проведен дифференцированный анализ заболеваемости 1039 студентов по результатам целевых профилактических осмотров: ВУЗов (420 человек), ССУЗов (279) и ПТУ (340 учащихся).

## Организационно-методические аспекты и программа исследования

Цель исследования	<b>Научное обоснование организации профилактической помощи учащейся молодежи в современных социально-экономических условиях</b>		
<b>Задачи исследования</b>			
Дать комплексную оценку состояния здоровья учащейся молодежи разных типов учебных учреждений гг.Саратова и Самары.	Изучить медико-социальный статус учащейся молодежи разных учебных учреждений	Обосновать выбор оптимальных оздоровительных методик учащейся молодежи в современных социально-экономических условиях.	Разработать и внедрить Программу дифференцированной профилактической помощи учащейся молодежи разных социальных групп
<b>Методы исследования</b>			
Монографический Статистический Метод экспертной оценки	Социально-гигиенический Социологический	Статистический Аналитический	Функционально-организационное моделирование
<b>Объект исследования: состояние здоровья, социальный статус учащейся молодежи гг.Саратова и Самары; система организации профилактической помощи учащимся.</b>			
<b>Единицы наблюдения</b>			
Статистическая документация ЛПУ Медицинская карта амбулаторного больного Отчеты специализированных профосмотров	Анкеты социологического опроса	Документация медицинских кабинетов учебных заведений	
<b>Методы сбора и обработки информации</b>			
Выкопировка данных из медицинской документации	Анкетирование и интервьюирование пациентов	Автоматизированная обработка данных	
<b>Объём наблюдений</b>			
250 литературных источников, из которых 220 отечественных и 30 иностранных авторов	Учетные статистические формы 086/у 1999-2002гг. – 1500 шт. Данные целевых профосмотров 1039 студентов (ВУЗов-420; ССУЗов-279; ПТУ-340) Медицинская карта амбулаторного больного (ф.025/у) 1995-1997гг. и 2005-007гг.) - 410 шт.	Анкета социологического опроса 1039 студентов: ВУЗов -420 шт ССУЗ-279 шт профтехучилищ - 340 шт	



На третьем этапе исследования проведено социологическое исследование учащихся разных образовательных учреждений – на основании анкетирования 1039 учащихся ВУЗов (420 человек), ССУЗов (279) и ПТУ (340). На основе проведенного анализа данных обоснованы принципы выбора приоритетных направлений и дифференцированной профилактической помощи учащейся молодежи.

На четвертом этапе исследования проведена обработка полученных данных и разработаны основные принципы дифференцированной профилактической помощи студентам разных типов учебных заведений.

**Во второй главе** представлены также медико-демографические особенности региона исследования - Самарской и Саратовской областей. На основании анализа статистических показателей (в сравнении с Россией в целом) показано, что в рассматриваемых регионах наблюдается более низкий уровень социально-экономических показателей – доля населения с доходами ниже прожиточного минимума выше общероссийского уровня (17,9% в Самарской и 25,8% в Саратовской области при 17,8% в России) - при продолжающемся процессе расслоения населения по доходам. В изучаемых территориях существенно меньше, чем в России доля населения моложе трудоспособного возраста (15,1% в Самарской и 15,4% в Саратовской области при 16,3% в России) и более выражено преобладание лиц старше трудоспособного возраста (21,4-22,3 соответственно при 20,4 в России), т.е. медико-демографический и социально-экономический статус изучаемых регионов ниже общероссийского. Проблемы здоровья молодежи в Самарской и Саратовской областях в целом соответствуют таковым в России, однако негативные моменты выражены в большей степени. Из 21 тыс. обучающихся в Саратовской области 6254 чел. - из малообеспеченных, 5508 чел. - неполных семей, 1844 чел. - из многодетных семей, 1726 чел. - детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. 1022 человека - находятся в социально-опасном положении. В сумме это 78% от общего контингента (Из социального паспорта учреждений профессионального обучения Саратовской области).

**В третьей главе «Комплексная социально-гигиеническая оценка состояния здоровья учащейся молодежи»** приведены результаты анализа заболеваемости лиц молодого возраста (на примере г. Саратова).

Известно, что существующая официальная государственная статистика не позволяет оценить состояние здоровья молодежи из-за используемой возрастной группировки населения – 0-14 лет, 15-17 лет и взрослое население.

В связи с отсутствием возможности анализировать состояние здоровья изучаемого нами возраста 15-24 года по данным официальной медицинской статистики (поскольку уровень заболеваемости взрослого населения, равно как и подростков 15-17 лет, не информативен в отношении изучаемого нами контингента), в качестве базовых данных о структуре и уровне заболеваемости были использованы отчетные данные территориальных поликлиник г. Саратова, а также результаты целевых профилактических осмотров учащихся высших и средних образовательных учреждений и профтехучилищ. Кроме

того, оценка состояния здоровья абитуриентов и студентов-первокурсников проведена на основании данных медицинских справок (Врачебное профессионально-консультативное заключение) формы 086/у.

По данным медицинской статистики районной поликлиники г. Саратова, среди заболеваний у молодежи 15-24 лет в течение всего изучаемого периода первое место стабильно занимали болезни органов дыхания (137,8 на 1000 по среднегодовому показателю за 2005-2007гг.) с увеличением показателя на 10,2% от среднегодового значения в 1995-1997гг. - 125,1). На втором месте – патология глаза (130,5 в 2005-2007гг., рост на 15%), на третьем – болезни нервной системы (127,4 при увеличении показателя на 19,1%). В таблице 1 представлены данные заболеваемости по обращаемости лиц в возрасте 15-24 лет в динамике - за период 1995-1997гг. и 2005-2007 гг. и темпы прироста.

**Таблица 1.**

**Динамика заболеваемости молодежи 15-24 лет (на 1000 обследованных).**

<b>Заболевания</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1995-1997</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2005-2007</b>	<b>изменение на ±%</b>
<b>Годы</b>									
<b>Эндокринной системы</b>	7,9	9,6	10,9	9,5	11,2	13,4	15,1	13,2	+38,9
<b>Нервной системы</b>	78,1	116,2	126,6	107,0	124,1	128,8	129,4	127,4	+19,1
<b>Глаза</b>	106,5	108,5	125,4	113,5	126,5	130,1	134,8	130,5	+15,0
<b>Системы кровообращения</b>	12,9	13,2	16,4	14,2	16,3	17,5	18,8	17,5	+23,2
<b>Органов дыхания</b>	105,9	131,6	137,8	125,1	135,8	139,5	138,2	137,8	+10,2
<b>Органов пищеварения</b>	30,1	32,7	44,8	35,9	46,9	47,5	51,4	48,6	+35,4
<b>Кожи и подкожной клетчатки</b>	3,6	3,8	4,1	3,8	4,0	4,2	4,6	4,3	+13,2
<b>Костно-мышечной системы</b>	25,3	31,3	35,8	30,8	35,4	36,1	36,5	36,0	+16,9
<b>Мочеполовой системы</b>	15,1	16,9	18,5	16,8	18,9	19,4	20,1	19,5	+16,1
<b>Аллергические</b>	24,9	20,6	20,9	22,1	21,4	23,5	26,9	23,9	+8,1

Как видно из таблицы, динамика заболеваемости лиц молодого возраста за 12 лет (1995-2007 гг.) свидетельствует об ухудшении их здоровья. Наиболее высокие темпы роста наблюдаются в отношении заболеваний эндокринной системы (38,9% по среднегодовому показателю с 1995-1997гг. по 2005-2007гг.), органов пищеварения (на 35,4% за те же годы) и БСК – на 23,2%. Поскольку лидирующее место в структуре заболеваемости молодежи в возрасте 15-24 лет занимают болезни органов дыхания (БОД), наиболее детально была изучена нозологическая структура данного класса. В структуре болезней органов дыхания до 38% приходится на острые респираторные заболевания, 26% - острый бронхит, 10% - пневмония, 8% среди молодежи с БОД имеют хроническую патологию органов дыхания.

Характерно, что в подавляющем большинстве случаев молодые пациенты имели вышеуказанную патологию уже к моменту поступления в учебные заведения. При этом следует отметить, что по данным анализа статистической учетной формы 086/у подавляющее число абитуриентов имели заключение «здоров» и «практически здоров». Из проанализированных 1500 статистических учетных форм № 086/у, лишь у 4,95% была отмечена патология (близорукость, сколиоз, НЦД и др).

В то же время у трети из них при целевых профилактических осмотрах выявляется хроническая патология - функциональная патология сердечно-сосудистой системы (нейро-циркуляторная дистония по гипо- или гипертоническому и смешанному типу), вертеброгенные заболевания (нарушения осанки, сколиоз, плоскостопие), миопия, хронические неспецифические заболевания легких, ЛОР-патология, стоматологические заболевания, патология эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта.

Для оценки качества оказываемой диспансерной помощи учащимся с патологией органов дыхания, нами проанализировано 410 карт амбулаторного больного (ф.025/у) с БОД за период 2001-2005гг. При этом выявлено, что в 53,7% случаев (у 220 больных) выявлены дефекты ведения больных.

Основным дефектом ведения больных этого профиля была недооценка анамнеза (28,6%) и нерациональное лечение (15%). В сумме с недооценкой данных дополнительного обследования (14,5%) и недостаточностью комплексных и индивидуальных реабилитационных программ (12,7%) эти дефекты ведения больных составили 70% от их общего числа (табл. 2).

**Таблица 2**

**Наиболее значимые дефекты ведения больных с различными формами болезней органов дыхания**

Дефекты по отдельным разделам ведения больных.	Всего больных		Нозологические формы							
	Абс. число	%	Пневмония		Хронический бронхит		Бронхиальная астма		Бронхоэктатическая болезнь	
			Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<b>Недооценка:</b>										
Жалоб больных	24	10,9	7	10,9	9	11,3	6	8,9	2	8,3
Анамнеза	63	28,6	18	28,1	22	28,4	20	2,9	3	25
Данных осмотра	20	9,1	7	10,9	6	7,7	5	7,4	2	0,4
Данных дополнительного обследования	32	14,5	8	12,5	11	14,2	13	19,4	-	-
Ошибки оформления диагноза	20	9,1	6	9,3	7	9,9	5	7,4	2	16,7
Нерациональное лечение	33	15,0	11	17,4	12	15,6	10	14,2	-	-
Недостаточность реабилитационных программ	28	12,7	7	10,9	10	12,9	8	13,7	3	25
<b>Всего больных</b>	<b>220</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>

В отношении качества лечения больных с БОД надо отметить, что в 2005-2007гг. на диспансерном наблюдении в базовых поликлиниках кафедры поликлинической терапии СГМУ состояло 179 пульмонологических больных возраста до 24 лет, в то время как лечение в дневных стационарах за 3 года получили лишь 27 больных (15,1% из числа диспансерных больных).

При анализе амбулаторных карт выявлено, что у 30% пациентов наряду с хроническим бронхитом, и бронхиальной астмой отмечались хронический тонзиллит, фарингит и другая ЛОР-патология, а у 78% - стоматологические заболевания.

Оценка состояния здоровья учащейся молодежи **на основании целевых профилактических осмотров**, проводимых в учебных заведениях разного уровня, выявила различия в здоровья учащихся разных типов учебных заведений. При этом очевидно, что структура патологии, выявляемой при профосмотрах, отличается от выявляемой в поликлинике «по обращаемости», где преобладали острые респираторные заболевания, обострения хронических неспецифических заболеваний легких, патология сердечно-сосудистой системы и др., а также стоматологическая патология.

При дифференцированном анализе заболеваемости 1039 студентов: ВУЗов (420 человек), ССУЗов (279) и ПТУ (340 учащихся) по результатам профилактических осмотров выявлено следующее (табл. 3).

В структуре заболеваемости учащихся по данным профилактических осмотров также преобладали болезни органов дыхания, но уровень заболеваемости (9,9 на 100 обследованных) был ниже, чем при анализе заболеваемости по обращаемости (13,8 на 100). В структуре БОД превалировала ЛОР-патология (5,6 на 100). На втором месте – вертеброгенная патология (сколиоз, остеохондроз, плоскостопие, полиноз) – 9,1 на 100. Болезни органов пищеварения на третьем месте (5,1 на 100), миопия – на четвертом (4,9 на 100), ВСД – на пятом (4,5 на 100 обследованных).

При сопоставлении частоты заболеваемости учащихся разных типов образовательных учреждений выявлено, что у студентов ВУЗов преобладали миопия (5,4 на 100 обследованных при 5,3 и 4,0 в Сузах и ПТУ), вегето-сосудистая дистония (5,2 при 3,9 и 4,1), патология костно-мышечной системы, и прежде всего - сколиоз (6,3 при 3,6 и 3,7 в группах сравнения).

В то же время у учащихся ПТУ была выше, чем у студентов ВУЗов и ССУЗов, частота суммарной ЛОР-патологии (хронический тонзиллит, отит, фарингит, ринит) – 9,0 на 100 обследованных при 6,8 у студентов ВУЗов и 4,6% – ССУЗов, а также болезней органов пищеварения (суммарно хронический гастродуоденит, холецистит, колит, гепатит) – 6,1% у студентов ПТУ при 4,8 и 4,2 на 100 обследованных соответственно в ВУЗах и СУЗах.

Таблица 3.

**Заболеваемость учащейся молодежи разных учебных заведений  
(на 100 обследованных)**

Характер патологии	Всего обследовано (n=1039)		По типу учебного заведения		
	Из них заболело	На 100 обследованных	ВУЗы n=420	СУЗы n=279	ПТУ n=340
<b>Миопия</b>	51	4,9	5,4	5,3	4,0
<b>Вегето-сосудистая дистония</b>	47	4,5	5,2	3,9	4,1
<b>Резидуально-органическое поражение ЦНС</b>	14	1,3	1,2	1,0	1,7
<b>Патология органов дыхания</b>	102	9,9	8,7	7,0	14,5
в т.ч. Хронический бронхит	13	1,3	1,0	1,1	1,8
Бронхиальная астма	20	1,9	0,9	1,3	3,7
Хронический тонзиллит	18	1,8	1,9	1,1	2,1
Хронический отит	19	1,8	1,3	2,0	2,2
Хронический ринит	21	2	2,4	0,4	2,9
Хронический фарингит	11	1,1	1,2	1,1	1,8
<b>Болезни органов пищеварения</b>	52	5,1	4,8	4,2	6,1
в т.ч. хронический гастродуоденит	30	2,9	2,9	2,3	3,4
хронический холецистит	15	1,4	1,6	1,2	1,4
хронический колит	4	0,4	0,1	0,4	0,8
гепатит	3	0,3	0,2	0,3	0,5
<b>Нарушение жирового обмена</b>	9	0,8	1,3	1,1	0,0
<b>Хр. пиелонефрит</b>	14	1,4	1,5	0,8	1,7
<b>Патология щитовидной железы</b>	7	0,7	0,9	0,5	0,5
<b>Вертеброгенная патология</b>	95	9,1	11,6	6,9	8,0
В т.ч. сколиоз	49	4,7	6,3	3,6	3,7
остеохондроз	11	1,1	1,2	1,1	1,0
плоскостопие	22	2,1	2,5	1,7	2,0
поллиноз	13	1,2	1,6	0,5	1,3

Необходимо подчеркнуть, что вопросы оздоровления молодежи являются сложной организационной проблемой, причем большую трудность представляет "заполучить" пациента на осмотр для диспансеризации, проконтролировать состояние здоровья после перенесенного заболевания. С целью упорядочения организации оздоровления студентов необходимо бывает привлечение к этому вопросу усилий ректората, деканата, кураторов групп и т.д. Отчасти это связано с переоценкой собственного здоровья и физических возможностей и так называемым «комплексом Павла

Корчагина», когда пренебрежительное отношение к здоровью считается необходимым атрибутом «сильной личности» (Орлова Г.Г., 2005). Данный фактор существенно осложняет ситуацию с профилактикой, лечением и реабилитацией учащихся. Другой сложностью проблемы является то, то организация целевых профилактических осмотров с годами усложняется в связи финансовыми проблемами образовательных учреждений.

Таким образом, проведенная комплексная социально-гигиеническая оценка состояния здоровья учащейся молодежи, включающая экспертную оценку заболеваемости учащейся молодежи по данным медицинской документации поликлиник и результаты целевых профосмотров, свидетельствует во-первых об ухудшению здоровья учащейся молодежи в динамике, во-вторых о существенном различии уровня и структуры заболеваемости учащихся учебных заведений разных типов.

**В главе 4 «Медико-социальный статус учащейся молодежи разных учебных заведений (по результатам социологического исследования)»** определены особенности социальной принадлежности, уровня жизни и благосостояния учащихся ВУЗов, ССУЗ и ПТУ. Невиданное социальное расслоение общества в России, рост числа малообеспеченных и бедных семей обусловили дифференциацию учащихся различных уровней образовательных учреждений по уровню здоровья и качеству жизни, что нельзя не учитывать при разработке методов медицинской профилактики и программ медицинской помощи учащейся молодежи в современных условиях.

При анализе 1039 разработанных анкет, заполненных учащимися разных типов учебных заведений за последние 5 лет, получены данные об уровне благосостояния и социальной принадлежности респондентов (табл. 4).

**Таблица 4.**

**Особенности социальной принадлежности, уровня жизни и здоровья молодежи разных типов учебных заведений**

	<b>ВУЗы (n=420)</b>	<b>ССУЗы(n=279)</b>	<b>ПТУ(n=340)</b>
<b>Мужчины</b>	<b>50</b>	<b>30</b>	<b>85</b>
<b>Женщины</b>	<b>50</b>	<b>70</b>	<b>15</b>
<b>По социальной принадлежности*:</b>			
<b>Интеллигенция</b>	<b>78</b>	<b>42</b>	<b>12</b>
<b>Рабочие</b>	<b>4</b>	<b>25</b>	<b>37</b>
<b>Крестьяне</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>39</b>
<b>Данные отсутствуют</b>	<b>16</b>	<b>32</b>	<b>12</b>
<b>Принадлежность к городскому или сельскому населению:</b>			
<b>Город</b>	<b>94</b>	<b>69</b>	<b>65</b>
<b>село</b>	<b>6</b>	<b>31</b>	<b>35</b>
<b>По положению семьи родителей:</b>			
<b>Полная</b>	<b>70</b>	<b>50</b>	<b>15</b>
<b>Неполная</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>57</b>
<b>Сироты и дети без попечения родителей</b>	<b>Единичные случаи</b>	<b>3</b>	<b>25</b>

Данные отсутствуют	17	31	3
<b>По числу детей в семье:</b>			
Малодетная	100	92	41
Многодетная	0	3	29
Данные отсутствуют		5	
<b>По группе достатка**:</b>			
4-средний достаток	70	40	0
3-малообеспеченные	20	40	78
2-бедные	0	0	14
Данные отсутствуют	10	20	8
<b>По самооценке здоровья:</b>			
Отличное	2	4	7
Хорошее	37	61	75
удовлетворительное	61	35	18
плохое	Единичные случаи	Единичные случаи	Единичные случаи
<b>По самооценке знаний основ ЗОЖ и ОБЖ:</b>			
Достаточные	39	56	3
Недостаточные	58	33	42
Затрудняюсь с ответом	3	11	55
<b>По самооценке практических навыков ЗОЖ:</b>			
Владею	34	9	3
Не владею	25	30	96
Нет времени заниматься	49	61	1
<b>Пробовали ПАВ:</b>			
Пробовали ПАВ	10	4	1
<b>Занятия физической культурой:</b>			
Регулярные	25	12	5
Нерегулярные	64	78	88
Избегаю занятий	11	10	7

- \*Для оценки социальной принадлежности учащихся использовались результаты социологических исследований Института социально-политических исследований (ИСПИ РАН. - Официальный сайт, 2007). При этом была использована триада терминов, которая положительно воспринимается большинством россиян: рабочие – крестьяне – интеллигенция

- \*\*Уровень дохода определялся по классификации Е.М. Буниной (2003), согласно которой выделяется 6 групп населения. В нашем исследовании встречались три группы: 2, 3 и 4 - «бедные», «малообеспеченные» и «обеспеченные» с доходами соответственно «ниже прожиточного минимума», «от 1 до 2 ПМ на члена семьи» и «от 2 до 7 ПМ на человека».

Анализ результатов социологического исследования позволил выявить существенные различия социального статуса и уровня благосостояния учащихся учебных заведений разного уровня.

**Студенческая когорта ВУЗ-ов** по многим характеристикам была когортой благополучных людей из полных (70%) интеллигентных (78%), малодетных (100%) семей со средним уровнем благосостояния (70%).

**Учащиеся ПТУ** – чаще выходцы из неполных (57%) и нередко многодетных (27%) семей рабочих (37%) и крестьян (39%) постперестроечной страны - отличалась наиболее неблагоприятными характеристиками. Сироты и дети без попечения родителей составляли 25%. По уровню жизни это малообеспеченные (78%) и бедные (14%) подростки.

**Учащиеся ССУЗ** занимают промежуточное место по всем параметрам.

Особого внимания заслуживают данные о социальном неблагополучии учащихся профтехучилищ, у которых существенно хуже и уровень здоровья. Вполне закономерно, что и данные антропометрии среди учащихся ПТУ были ниже, а индекс массы тела (ИМТ) составил у мальчиков – 15,6, а у девочек 18,1, что согласуется с данными о низком социальном положении этих учащихся. Считается, что снижение ИМТ у части подростков может быть обусловлено низкой мышечной массой, вызванной малой физической активностью (гиподинамией), а в некоторых ситуациях – наоборот - значительными спортивными и физическими нагрузками (перегрузками). Однако социальная характеристика когорты учащихся ПТУ свидетельствует о дефиците массы тела, очевидно связанном с дефектами питания.

Характерны различия самооценки здоровья учащихся разных групп. Основная часть студентов ВУЗов оценили свое здоровье как удовлетворительное (61%), 37% как хорошее, и только 2% как отличное. Учащиеся из когорты ССУЗ дали своему здоровью завышенную оценку: хорошее в 61%, удовлетворительное в 35% и отличное в 4%. Еще более завышенную оценку, не соответствующую объективным данным о состоянии здоровья, дали учащиеся ПТУ: хорошее в 75%, удовлетворительное в 18% и отличное в 7%. Это различие можно объяснить различным уровнем воспитания, образования, отсутствием медицинской культуры, а также влиянием того самого «комплекса Павки Корчагина» у учащихся ПТУ.

Самооценка знания основ и практических навыков ЗОЖ и БЖ подтвердила известное мнение об отсутствии должного внимания у молодых людей к своему здоровью и позитивного отношения к методам профилактики. Прямым доказательством этому служит распространение вредных привычек и прямых нарушений правил ЗОЖ среди выпускников УЗ.

Распространенность поведенческих факторов риска среди учащейся молодежи: курения (53,3% опрошенных), низкой физической активности (74,6%), неправильного питания (71,7%), употребления алкоголя (87,1%), определяет необходимость развития у молодых людей разных социальных групп мотивации к ЗОЖ и позитивного отношения к методам профилактики. На вопрос, пробовали ли Вы ПАВ, ответили утвердительно 10% студентов ВУЗов, 4% ССУЗов и 1% ПТУ. При этом в формировании вредных привычек решающая роль принадлежит среде, определяющей схемы поведения.

Таким образом, социологическое исследование выявило существенное различие социального статуса студентов и учащихся разных типов учебных заведений, из которых наиболее неблагоприятны учащиеся ПТУ. Это объясняет различия в показателях здоровья и в структуре заболеваемости этих



когорт учащихся и определяет необходимость дифференцированного подхода к коррекционным и профилактическим мероприятиям этим учащимся.

**В пятой главе «Организационно-методическое обеспечение дифференцированной профилактической помощи учащейся молодежи в современных социально-экономических условиях»** формулируются общие принципы выбора приоритетных направлений организации профилактической помощи молодежи - с учетом медицинских и медико-социальных аспектов; обосновываются основные положения дифференцированного подхода к оказанию профилактической помощи молодежи разным социальным группам.

Комплексная программа профилактической помощи студенческой молодежи подготовлена сотрудниками ЦНИИОИЗ и его Приволжского филиала, кафедрой профилактической медицины ФПК МР РУДН и сотрудниками отделения профилактики МНЭПУ. В работе принимал участие и автор настоящей диссертации.

**Идеологический блок программы** должен быть нацелен на внедрение в сознание населения главного постулата - о разделении ответственности за сохранение здоровья между государством и гражданином. Причем в отношении юного населения и учащейся молодежи, безусловно, приоритет принадлежит заботе государства и его структур. Если в отношении взрослого населения распространенный тезис о «необходимости искоренения потребительского отношения человека к своему здоровью» и «повышении ответственности за здоровье на самого человека» можно считать приемлемым, то в отношении студентов очевидно, что необходимы более значимая государственная поддержка и помощь, прежде всего материальная – увеличение стипендии, организация общественного питания на льготных условиях и т.д. Как показали данные социологического исследования, сегодня студенты нуждаются не только в дополнительных знаниях о здоровом образе жизни и «здоровьесохраняющей стратегии поведения», но и дополнительной материальной поддержке, в том числе организации доступного удовлетворительного питания.

**Профилактический блок** программы имеет несколько ступеней реализации. В масштабе учебных заведений - это расширение инфраструктуры и интенсификация работы спортивно-оздоровительных комплексов и спортивных клубов, возрождение на новом качественном и экономическом уровне студенческих спартакиад, олимпиад и фестивалей. Важным направлением, не требующим финансовых затрат, является внедрение в образовательный процесс программ по валеологии, обучению современным методам психо-соматической релаксации, психокоррекции и реабилитации. Организация профилактической помощи предусматривает адекватную оценку состояния здоровья при возможности динамического наблюдения, что может проводиться непосредственно в учебном заведении.

**Лечебный блок** программы. Структурно-функциональную основу этого блока должны составлять хорошо оснащенные лечебно-диагностическим оборудованием территориальные поликлиники и больницы. Важным

инструментом сохранения психического здоровья должна стать психологическая служба учебных заведений, задачей которой будет своевременное выявление признаков социально-психологической дезадаптации у студентов и преподавателей, а также эффективная работа с «группами риска». Это позволит снизить уровни тревожности, невротизации, депрессии и повысить компетентность в общении и результативность деятельности.

**Учебно-воспитательный** блок программы предлагает расширение преподавания технологий восстановительной медицины и оздоровления немедикаментозными средствами, обучение методам самоконтроля физического состояния и средствам первичной профилактики. В курсе физического воспитания необходимо активное внедрение рекреационных и реабилитационных программ. За последние 5 лет наибольшей популярностью у студентов пользуются занятия фитнесом, аэробикой, шейпингом и традиционными игровыми видами спорта.

Организация профилактической помощи должна строиться по дифференцированному принципу, с учетом факторов риска и навыков здорового образа жизни (ЗОЖ). Распространенность поведенческих факторов риска среди учащейся молодежи: курения (53,3% опрошенных), низкой физической активности (74,6%), неправильного питания (71,7%), употребления алкоголя (87,1%), определяет необходимость развития у молодых людей разных социальных групп мотивации к ЗОЖ и позитивного отношения к методам профилактики.

Кроме того, при проведении профилактической работы у учащихся необходимо учитывать особенности здоровья и социального статуса студентов и учащихся разных типов учебных заведений, из которых наиболее неблагополучны учащиеся ПТУ. Это определяет необходимость дифференцированного подхода к коррекционным и профилактическим мероприятиям у этих учащихся.

Для учащихся профтехучилищ в связи с выявленным снижением индекса массы тела и частыми нарушениями питания учащихся, а также их низким социальным статусом, среди методик оздоровления принципиальным является организация в училищах рационального и сбалансированного питания, а также курсов сезонной витаминотерапии.

Учитывая высокую частоту ЛОР-патологии у учащихся, профтехучилищ, особое место у данной группы молодежи занимает проведение санации верхних дыхательных путей, зубов и полости рта, контроль за проведением курсов противорецидивного лечения хронической патологии.

Наиболее эффективным и экономичным является организация отделений профилактики, позволяющих осуществлять программы профилактической помощи с тесной преемственностью в работе медперсонала и педагогов. Полученный опыт профилактической работы и оздоровления свидетельствует о наличии резервов в данном направлении.

Таблица 5.

Программа основных мероприятий профилактики НРЗ у учащейся молодежи		
<p><b>Общие профилактические мероприятия</b></p> <p>1) Организация кабинета профилактики для скрининга и самооценки физического здоровья  2) Организация и проведение ежегодного профилактического осмотра  3) Оценка физического развития и формирование групп здоровья  4) Организация анонимной службы доверия  5) Проведение ежегодного анкетирования для планирования и оценки профилактических мероприятий  6) Организация методической работы в УЗ по безопасному поведению и ЗОЖ</p>	<p><b>Дифференцированные лечебно-профилактические мероприятия, с учетом нозологических форм НРЗ</b></p> <p>1) Санация зубов и ротовой полости;  2) Санация ЛОР-органов  3) Организация здорового питания в учебном заведении  4) Проведение сезонной профилактики ОРВИ и гриппа(подконтрольно)  5) Проведение сезонной витаминотерапии  6) Передача в территориальные поликлиники хронических больных  7) Проведение и контроль за выполнением рекомендаций территориальных поликлиник хроническим больным лечению.  8) Организация ЛФК  9) Организация групповых школ самолечения по конкретной нозологии(школа бронхиальной астмы, школа часто и длительно болеющих)</p>	<p><b>Школа здоровья по профилактике НРЗ с тематическим уклоном для конкретной нозологии</b></p> <p>1) Беседы о факторах риска НРЗ и ЗОЖ  2) Практикумы по ЗОЖ  3) Рекомендации по правильному питанию  4) Организация занятий ФК по группам здоровья  5) Подготовка инструкторов здоровья по обучающей программе из коллектива учащихся и преподавателей  6) Подготовка и организация работы санитарного актива УЗ  7) Подготовка, обсуждение и утверждение Плана мероприятий УЗ по безопасному поведению и ЗОЖ</p>

Опыт проведения профилактической работы среди молодежи свидетельствует об эффекте комплексной методики традиционного оздоровления (физкультура, занятия спортом, ЛФК, методы закаливания, физиотерапия).

Необходимость минимизации финансовых затрат определяет организацию профилактической помощи на основе учебных дисциплин (физической культуры, валеологии, безопасности жизни). Это позволяет сделать профилактическую работу более результативной. Вовлечение в профилактическую работу самих учащихся позволяет добиться лучших эффектов.

Однако только медицинскими действиями решение проблемы охраны здоровья молодежи не может быть достигнуто. Коллективы учебных заведений разных типов совместно с медицинскими работниками должны тесно взаимодействовать с главными специалистами администрации регионов, комитетам по делам молодежи, с различными общественными структурами. Профилактическая работа среди учащейся молодежи должна строиться совместно медицинскими и образовательными службами.

Конкретная реализация профилактических программ возможна только в рамках концепции комплексной активной профилактики и реабилитации.

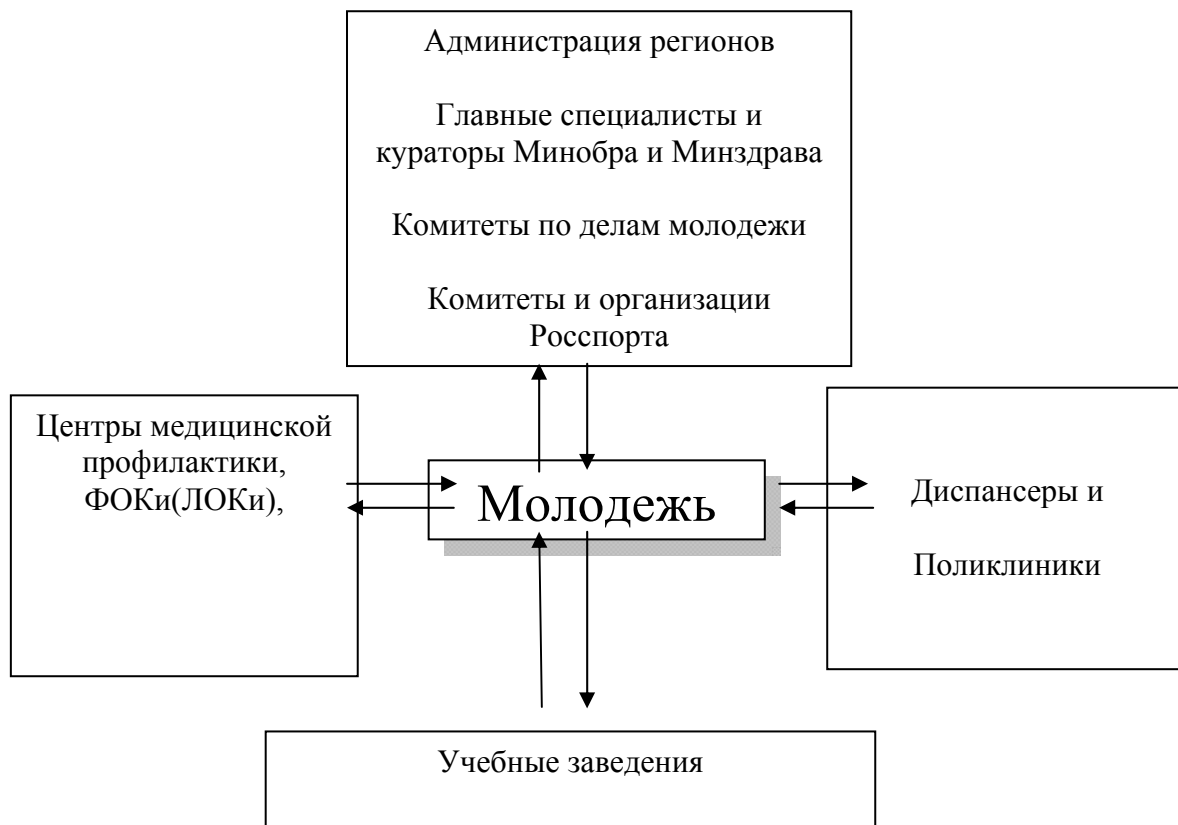
При выборе оздоровительных методик акцент должен делаться на роли сбалансированного и рационального питания, особенно в отношении учащихся с дефицитом массы тела, преимущественно в ПТУ. С проблемами рационального и сбалансированного питания, с методами коррекции общих и индивидуальных дефектов питания нередко напрямую связываются вопросы улучшения национального здоровья. В «Концепция государственной политики в области здорового питания населения России на период до 2005 года» показано, что недостаточное потребление мяса, молока, рыбы, яиц, являющихся основным источником незаменимых аминокислот, витаминов и микроэлементов, оказывает негативное влияние на здоровье и способствует санитарно-эпидемиологическому неблагополучию всего населения страны.

Важной составной частью общеобразовательной системы воспитания молодежи является физическое воспитание и физическая культура, значимость которых, несмотря на свою очевидность, в последнее время подвергается широкому обсуждению вплоть до их подмены различными видами спорта.

Разработанные информационные материалы по научно – методическому сопровождению организации профилактической помощи учащейся молодежи в современных социально–экономических условиях могут быть использованы в качестве рабочих моделей для формирования профилактической помощи учащейся молодежи разного типа образовательных учреждений, могут также служить полигоном для отработки отечественных и зарубежных проектов по профилактической стратегии в улучшении здоровья учащейся молодежи и учебной базой по специальной подготовке медицинского персонала и преподавателей

Таким образом, совершенно очевидно, что вопросы соматического, психического и репродуктивного здоровья учащейся молодежи должны стать базовыми в реализации постановления Правительства о новом направлении национального проекта «Образование»: «Государственная поддержка учреждений начального и среднего профессионального образования». Сохраняющееся социальное расслоение общества в России, рост числа малообеспеченных и бедных семей отразился на доступности медицинской помощи и, в первую очередь, доступности медицинской профилактики.

Проблему оздоровления молодежи в современных условиях должны решать различные федеральные и муниципальные образовательные, медицинские и немедицинские учреждения (рис. 1).



**Рис. 1. Взаимосвязь профилактических служб в укреплении здоровья учащейся молодежи разных социальных групп**

При этом необходимость минимизации финансовых затрат определяет организацию профилактической помощи студентам на основе учебных дисциплин, что позволяет сделать профилактическую работу более результативной.

Концепция организации медицинского обеспечения учащейся молодежи за последние годы практически не пересматривалась, несмотря на произошедшие реформы и их последствия в сети лечебно-профилактических учреждений, изменения качества жизни и уклада жизни студентов.

Приоритеты профилактической помощи студентам, существенным образом отличающейся от лечебной медицинской помощи, диктуют необходимость перенести организацию профилактической помощи на учебные заведения.

## **ВЫВОДЫ**

1. Анализ состояния здоровья молодежи в современных социально-экономических условиях выявил стойкую тенденцию к ухудшению здоровья учащейся молодежи разных образовательных учреждений - студентов ВУЗов, учащихся средних и средне-специальных учебных заведений, а также учебных заведений начального и специального профтехобразования. Экспертная оценка состояния здоровья учащейся молодежи и официальной медицинской документации выявила, что, несмотря на то, что при поступлении 95% абитуриентов имеют заключение «здоров» и «практически здоров», у трети из них выявляется хроническая патология.

2. В структуре заболеваемости молодежи г. Саратова преобладает патология органов дыхания (137,8 на 1000), нервной системы (127,4), а также функциональная патология сердечно-сосудистой системы (нейроциркуляторная дистония по гипо- или гипертоническому и смешанному типу); высокая частота вертеброгенных заболеваний (нарушения осанки, сколиоз, плоскостопие), а также миопии. Максимальные темпы роста характерны для патологии эндокринной системы (38,9% за 10 лет) и болезней органов пищеварения (35,4%).

3. При сопоставлении частоты и структуры заболеваемости учащихся разных типов образовательных учреждений выявлено, что у студентов ВУЗов преобладали миопия, нейроциркуляторная дистония, патология костно-мышечной системы (сколиоз). В то же время у учащихся ПТУ была выше, чем у студентов ВУЗов и ССУЗов, частота суммарной ЛОР-патологии (хронический тонзиллит, отит, фарингит, ринит) – 9,0 на 100 при 6,8 у студентов ВУЗов и 4,6% – ССУЗов, а также болезней органов пищеварения (суммарно хронический гастродуоденит, холецистит, колит, гепатит) – 6,1% у студентов ПТУ при 4,8 и 4,2 на 100 обследованных соответственно в ВУЗах и Сузах.

4. Социологическое исследование выявило существенные различия социального статуса и уровня благосостояния учащихся различных учебных заведений. Студенческая когорта ВУЗ-ов по многим характеристикам была когортой благополучных людей из полных (70%) интеллигентных (78%), малодетных (100%) семей со средним уровнем благосостояния (70%). Учащиеся ПТУ – чаще выходцы из неполных (57%) и нередко многодетных (27%) семей рабочих (37%) и крестьян (39%). Сироты и дети без попечения родителей составляли 25%. По уровню жизни это малообеспеченные (78%) и бедные (14%) подростки. Учащиеся ССУЗ занимают промежуточное место по всем параметрам.

5. Характерны различия самооценки здоровья учащихся разных групп. Студенты ВУЗов в 61% случаев оценили свое здоровье как удовлетворительное, 37% как хорошее, и только 2% как отличное. Учащиеся ССУЗ дали своему здоровью более высокую оценку (соответственно 61%, 35% и 4%). Наиболее завышенную оценку, не соответствующую объективным данным о состоянии здоровья, дали учащиеся ПТУ: хорошее - 75%, удовлетворительное - 18% и отличное - 7%. Столь субъективная самооценка связана с различным уровнем воспитания, образования, медицинской культуры.

6. Особого внимания заслуживают данные о медико-социальном неблагополучии учащихся профтехучилищ, у которых существенно хуже уровень здоровья и физического развития (индекс массы тела 15,6 у юношей и 18,1 у девушек – при соответствующих показателях у студентов ВУЗа 23,0-19,0 и ССУЗ 22,8-22,1), выше уровень заболеваемости (преимущественно ЛОР-патологии) - при крайне неблагоприятном социальном статусе.

7. Организация профилактической помощи учащейся молодежи должна строиться по дифференцированному принципу, с учетом факторов риска и навыков здорового образа жизни (ЗОЖ). Распространенность поведенческих факторов риска среди учащейся молодежи: курения (53,3% опрошенных), низкой физической активности (74,6%), неправильного питания (71,7%), употребления алкоголя (87,1%), определяет необходимость развития у молодых людей разных социальных групп мотивации к ЗОЖ и позитивного отношения к методам профилактики.

8. Наиболее эффективным направлением оздоровления учащейся молодежи является разработка и реализация Программы профилактической помощи в учебных учреждениях, основанная на принципах единства образовательного и оздоровительного компонентов, позволяющих осуществлять программы профилактической помощи с соблюдением преемственности в работе медицинского и педагогического персонала. Важным фактором, определяющим результативность профилактической работы и повышения здоровья учащейся молодежи является комплексный подход к выбору методов оздоровления. Особое место в профилактике должно уделяться борьбе с курением. С этой целью должна во всех учебных заведениях внедряться система категорического исключения курения как среди учащихся, так и среди сотрудников.

9. Для учащихся профтехучилищ в связи с выявленным снижением индекса массы тела и частыми нарушениями питания учащихся, а также их низким социальным статусом, принципиальным в оздоровлении является организация в училищах рационального сбалансированного питания, а также курсов сезонной витаминотерапии. Учитывая характер преобладающей патологии у этой группы учащихся, важное место занимает проведение санации верхних дыхательных путей, зубов и полости рта, контроль за проведением курсов противорецидивного лечения хронической патологией. Организация профилактической помощи должна строиться по дифференцированному принципу, с учетом индивидуальных факторов риска, социального статуса и навыков здорового образа жизни.

## ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. В сложившихся социально-экономических условиях необходимо внедрение основных положений «Комплексной программы по профилактике заболеваний и укрепления здоровья молодежи» непосредственно в учебных заведениях разного уровня.

2. Профилактические мероприятия в отношении учащейся молодежи должны быть дифференцированными и учитывать особенности здоровья, структуру заболеваемости, социальный состав учащихся и максимально использовать имеющиеся ресурсы учебного заведения. При выборе методов оздоровления и восстановительного лечения необходимо учитывать индивидуальные физиологические возрастно-половые характеристики, потребности и личностные качества учащегося.

3. Необходимость минимизации финансовых затрат определяет организацию профилактической помощи на основе учебных дисциплин (физической культуры, валеологии, безопасности жизни).

4. С целью повышения эффективности профилактической работы необходимо учитывать имеющийся опыт проведения профилактической работы на основе принципов оптимизации питания, воспитания практических навыков Здорового образа жизни (ЗОЖ) и методов традиционного оздоровления (физкультура, занятия спортом, ЛФК, методы закаливания, физиотерапия).

5. Формирование ЗОЖ у учащейся молодежи включает решение задач, направленных на оптимизацию учебно-производственной деятельности, соблюдение рационального режима учебы, активного отдыха, сна, питания, расширение типов и видов оздоровительных процедур, активную медицинскую профилактику.

6. По проблемам организации профилактической работы среди учащейся молодежи коллективы учебных заведений разных типов совместно с медицинскими работниками должны тесно взаимодействовать с главными специалистами администрации регионов, комитетам по делам молодежи, с различными общественными структурами.

7. Разработанные информационно-методические материалы по организации профилактической помощи учащейся молодежи в современных социально-экономических условиях могут быть использованы в качестве рабочих моделей для формирования профилактической помощи учащейся молодежи разного типа образовательных учреждений – с целью улучшения здоровья учащейся молодежи.



### **Список работ опубликованных по теме диссертации:**

1. Невзоров А. А. Научные основы профилактики заболеваний у подростков и молодежи в условиях модернизации образования в России. //И.С.Арефьева,Е.Н.Брагин; Гришина В.А., Д.Н. Никитский// .- М., 2008. – 8с.
2. Невзоров А. А. Организационно-методическое обеспечение разных социальных групп / Андреева И.Л., Дудрова Е.В., Герасименко Ю.А., Гришина В.А., Балашова М.Е., Лукьянова И.Е., Никитский Д.Н. // Методические рекомендации Минсоцразвития России под редакцией проф. Г.Г. Орловой, Г.Н. Шеметовой. – М., 2009. -48с.
3. Невзоров А. А. О профилактической помощи учащейся молодежи / Орлова Г.Г., Шеметова Г.Н., Лукьянова И.Е., Антипенков С.В., Арефьева И.С., Никитский Д.Н. // Учебное пособие. - М., 2009. -129с.,
4. Невзоров А. А. Организационные принципы проведения оздоровления и сравнительный анализ результативности вариантов программ по улучшению здоровья студентов. // В кн. «Организация профилактической работы среди студенческой молодежи ». / Михайлова Ю.В. , Орлова Г.Г., Арефьева И.С., Соболева Н.П., Шеметова Г.Н. . – С. 116-143.
5. Невзоров А.А. О профилактической помощи учащейся молодежи// Г.Г. Орлова, И.Е.Лукьянова, , // В материалах Всероссийской научной конференции «Российские дети: здоровье, воспитание и образование. XVII – начало XXI» - М., 2009. - 11с..
6. Невзоров А.А. Организационно-методическое обеспечение профилактики заболеваний среди учащихся системы профтехобразования // Г.Г.Орлова, И.Е. Лукьянова, Д.Н. Никитский // В материалах 12-ой ежегодной международной школе-семинаре по актуальным проблемам экологии и здоровья «Здоровье молодежи- проблемы, опыт, программы действий».- М., 2009. - 9с.
7. Невзоров А.А. Тактические аспекты организации профилактической помощи учащейся молодежи. // Никитский Д.Н. , Турчиев А. Г. /Социальные аспекты здоровья населения. 2010. №2. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/204/30>
8. Невзоров А.А. Учебное пособие для учащихся начального профессионального образования по актуальным проблемам укрепления здоровья. –М.,2010. – 65с.