

ISSN - 2782-6864

# ВЕСТНИК

1 (7)/2025

СИБИРСКОГО ИНСТИТУТА  
НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ





## ВАСЬКИНА ЕЛЕНА АНАТОЛЬЕВНА



Доктор медицинских наук, профессор,  
заместитель главного врача по терапии ООО МСЧ «Клиницист-Клиника Претор»,  
врач-нефролог Медицинского консультативного центра НГМУ,  
врач высшей квалификационной категории

### Образование.

Окончила Новосибирский ордена Трудового Красного Знамени медицинский институт по специальности «Лечебное дело» в 1996 году, в 1998 году окончила ординатуру по специальности «Терапия».

В 1998 году защитила кандидатскую диссертацию по теме: «Особенности обмена эссенциальных микроэлементов у крыс с наследственной индуцированной стрессом артериальной гипертензией (НИСАГ)» по специальности 14.00.16 Патологическая физиология.

В 2003 году защитила докторскую диссертацию по теме: «Артериальная гипертензия: окислительный стресс и эндотелиальная дисфункция».

В 2005 году в Новосибирской государственной медицинской академии прошла профессиональную переподготовку по специальности «Нефрология», в 2006 году получила квалификацию «Преподаватель высшей школы» дополнительно к высшему образованию [к квалификации «Врач»].

В 2008 году в Новосибирском государственном медицинском университете прошла профессиональную переподготовку по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

### Опыт работы.

С 1998 по 2019 годы работала в ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России.

В эти годы вела общественную работу, выполняя обязанности секретаря проблемной комиссии по терапии: «Актуальные вопросы диагностики и лечения в клинике внутренних болезней», научного секретаря кафедры, секретаря государственной аттестационной комиссии на выпускных экзаменах лечебного факультета. С 2004 года была избрана на должность заведующей кафедрой внутренних болезней с пропедевтикой внутренних болезней педиатрического факультета с курсом клинической и неотложной эндокринологии ФПК и ППВ. С 2005 года является руководителем центра повышения квалификации преподавателей, членом диссертационного совета по специальности 14.00.05 Внутренние болезни.

С 2019 по 2021 годы была руководителем центра высшего и дополнительного профессионального образования ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России.

### Места работы на сегодняшний день:

Заместитель главного врача по терапии ООО МСЧ «Клиницист-Клиника Претор», врач-нефролог высшей квалификационной категории Медицинского консультативного центра НГМУ.

Стаж научно-педагогической деятельности – 23 года. Стаж работы более 28 лет.

Является членом Ученого совета педиатрического факультета и Ученого совета постдипломного образования.

Автор и соавтор научных работ, которые были опубликованы в журналах научных конференций, учебно-методических пособий, монографий.

# ВЕСТНИК

СИБИРСКОГО ИНСТИТУТА  
НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ВЫПУСК 1(7)

июль 2025 ГОДА

ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

**Анатолий Васильевич  
Ефремов,**  
член-корреспондент РАН,  
профессор, д-р мед. наук,  
д-р социол. наук, заслуженный  
деятель науки РФ, президент АНО  
ДПО «СИНМО»

## ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

**Сергей Николаевич  
Шилов,**  
профессор, д-р мед. наук,  
профессор АНО ДПО «СИНМО»

## ВЫПУСКАЮЩИЕ РЕДАКТОРЫ:

**Елена Львовна  
Сорокина,**  
кандидат педагогических наук,  
доцент, доцент АНО ДПО «СИНМО»

**Елизавета Викторовна  
Быкова,**  
ведущий специалист научно-  
исследовательского отдела АНО  
ДПО «СИНМО», почетный работник  
сферы образования Российской  
Федерации

## ВЕРСТКА:

**Помогаев Денис  
Владимирович,**  
графический дизайнер

## ДИЗАЙН:

**Алена Михайловна  
Сивцова,**  
графический дизайнер

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

**Васькина Елена Анатольевна,**  
доктор медицинских наук, профессор

**Ивановская Елена Алексеевна,**  
доктор фармацевтических наук, профессор

**Карпов Александр Владимирович,**  
доктор медицинских наук, профессор

**Красильников Сергей Эдуардович,**  
доктор мед. наук, профессор

**Малкова Елена Михайловна,**  
профессор, д-р мед. наук, профессор АНО ДПО «СИНМО»

**Несина Ирина Алексеевна,**  
доктор мед. наук, профессор

**Узаков Орозали Жаанбаевич,**  
доктор медицинских наук, профессор

**Уметалиев Юсуп Калжигитович,**  
доктор медицинских наук, профессор

**Бондаренко Илья Викторович,**  
канд. мед наук, доцент АНО ДПО «СИНМО»,  
врач ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина» Минздрава России

**Гусев Аркадий Федорович,**  
канд. мед наук, ученый секретарь ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России

**Казначеев Константин Сергеевич,**  
канд. мед наук, доцент АНО ДПО «СИНМО»

**Макарихина Инна Михайловна,**  
канд. пед. наук (РФ), доктор PhD (психология, педагогика)

**Мышко Татьяна Дмитриевна,**  
канд. мед наук, врач-педиатр, нефролог Многопрофильной медицинской клиники  
«Претор»

**Скрипниченко Юлия Петровна,**  
канд. мед наук, врач акушер-гинеколог ЖК 2 ГБУЗ «ГКБ им А.К. Ерамишанцева ДЗМ»

**Яшанин Анатолий Александрович,**  
профессор, канд. мед наук, заслуженный врач РФ, профессор АНО ДПО «СИНМО»

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ:

АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«СИБИРСКИЙ ИНСТИТУТ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ»



АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

«СИБИРСКИЙ ИНСТИТУТ НЕПРЕРЫВНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ»



ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ  
ПЕРЕПОДГОТОВКА



ПОВЫШЕНИЕ  
КВАЛИФИКАЦИИ



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ  
ОБУЧЕНИЕ

## ПРЕИМУЩЕСТВА ОБУЧЕНИЯ В АНО ДПО «СИНМО»



ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ  
ПРОГРАММЫ



ПРОФЕССОРСКО-ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЙ  
СОСТАВ - ОПЫТНЫЕ ПРАКТИКУЮЩИЕ  
СПЕЦИАЛИСТЫ



БАЛЛЫ НМО ПО ВСЕМ  
СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ



ОБУЧЕНИЕ БЕЗ ОТРЫВА  
ОТ РАБОТЫ 24/7



СОПРОВОЖДЕНИЕ ПЯТИЛЕТНЕГО  
ЦИКЛА ВРАЧА



СТАЖИРОВКИ



ВЫДАННЫЕ ДОКУМЕНТЫ ВНОСЯТСЯ В  
ЕДИНУЮ ФЕДЕРАЛЬНУЮ БАЗУ ФИС  
ФРДО

■ Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

■ Регистрационный номер  
серия ПИ N ФС77-82875 от 04 марта 2022 г.

■ Журнал издается с июля 2022 г.

■ Выходит два раза в год.

■ Печатная версия журнала «Вестник»  
зарегистрирована в международном центре ISSN

■ Для печатной версии ISSN 2782-6864

■ При перепечатке ссылка на журнал обязательна.

■ Рукописи, присланные в журнал «Вестник Сибирского  
института непрерывного медицинского образования»  
рецензируются.

Адрес редакции и издательства:  
633009, г. Новосибирск,  
ул. Добролюбова д.18/1, этаж 02, помещение 11

Формат А4. Бумага офсетная N1.

Печать RISO.

Усл. печ. л. 6,47. Заказ 1407/2025

Тираж 1000 экз. Цена свободная.

Дата выхода: 14.07.2025

Отпечатано в типографии: 000 «Союзник»

Адрес типографии: 630005, г. Новосибирск,  
ул. Демьяна Бедного, 55 оф. 115

© 2025

## ШКОЛА КЛИНИЦИСТА

### РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АДДИТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ДОСТУПЕ К СЛОЖНОЛЕЖАЩИМ ИНОРОДНЫМ ТЕЛАМ ПАЗУШНО-НОСОВОЙ СИСТЕМЫ

Типикин Василий Павлович.  
г. Санкт-Петербург

Толокнов Артем Данилович.  
г. Санкт-Петербург

Европейцева Екатерина Николаевна.  
г. Геленджик

5

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

### АЛГОРИТМ ПОСТРОЕНИЯ ВНУТРИУЧРЕЖДЕНЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ В КОМПЛЕКСНОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ

Глотова Марина Евгеньевна.  
г. Нижний Новгород

Куртин Александр Николаевич.  
г. Нижний Новгород

Шуркин Дмитрий Анатольевич.  
г. Нижний Новгород

10

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

### ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ПЕДАГОГОВ И ИХ СВЯЗЬ С СИНДРОМОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

Новикова Марина Владимировна.  
г. Санкт-Петербург

Чухрова Марина Геннадьевна.  
г. Новосибирск

19

## ОБМЕН ОПЫТОМ

### ПСИХОСОМАТИКА И СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПОДРОСТКОВ ГОРНОГО АЛТАЯ

Егжова Марина Сергеевна.  
г. Новосибирск

Пронин Сергей Владимирович.  
г. Новосибирск

24

## МЕДИЦИНА И БИЗНЕС

### КОНЦЕПЦИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРАВИЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Васькин Владимир Евгеньевич.  
г. Новосибирск

28

## ИННОВАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА

### МАНУАЛЬНО-СЕНСОРНАЯ ДИСПАНСЕРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ДВИГАТЕЛЬНОГО СТЕРЕОТИПА ПАЦИЕНТА

Хрипков Владимир Васильевич.

г. Курск

Никулина Мария Владимировна.

г. Курск

31

## МНЕНИЕ ЭКСПЕРТА

### МОТИВАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ В ОЦЕНКЕ ГОТОВНОСТИ К ТРЕЗВОСТИ ХИМИЧЕСКИХ АДДИКТОВ

Пронин Сергей Владимирович.

г. Новосибирск

35

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

### КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Чухрова Марина Геннадьевна.

г. Новосибирск

Кривошеков Михаил Анатольевич.

г. Новосибирск

Митрофанов Никита Алексеевич.

г. Новосибирск

38

## НА СТЫКЕ НАУК

### КРИЗИС РОЖДАЕМОСТИ – НЕ ТОЛЬКО МЕДИЦИНСКАЯ ПРОБЛЕМА, НО И ОТРАЖЕНИЕ СИСТЕМЫ ЦЕННОСТЕЙ СОВРЕМЕННОЙ РОССИЙСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Калашников Владимир Михайлович.

г. Новосибирск

42

## КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

### ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ ДЛЯ ЖЕНЩИН, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФИТНЕСОМ

Долгополова Анастасия Олеговна,

г. Архангельск

47



УДК 616.212.5  
EDN FFBOVK

## РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АДДИТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ДОСТУПЕ К СЛОЖНОЛЕЖАЩИМ ИНОРОДНЫМ ТЕЛАМ ПАЗУШНО-НОСОВОЙ СИСТЕМЫ

**Типикин Василий Павлович.**

г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова,  
преподаватель кафедры отоларингологии, кандидат медицинских наук,  
basiltipikin@yandex.ru

**Толокнов Артем Данилович.**

г. Санкт-Петербург, филиал №1 ФГЛУ «439 ВГ» Минобороны России,  
старший ординатор хирургического отделения (на 35 коек, с палатами гнойной хирургии и операционным блоком)  
717195983@mail.ru

**Европейцева Екатерина Николаевна.**

г. Геленджик, ООО «ЛОРЦЕНТР», главный врач, врач-оториноларинголог,  
katikkalor@gmail.com

**РЕЦЕНЗЕНТ:** Чухрова Марина Геннадьевна, доктор медицинских наук, профессор Новосибирского государственного педагогического университета

## THE EFFECTIVENESS OF USING ADDITIVE TECHNOLOGIES IN ACCESSING COMPLEX FOREIGN BODIES OF THE SINUS-NASAL SYSTEM

**Tipikin Vasily Pavlovich.**

Saint Petersburg, Kirov Military Medical Academy, Saint Petersburg,  
Lecturer at the Department of Otolaryngology of the Military Medical Academy, Candidate of Medical Sciences,  
basiltipikin@yandex.ru

**Toloknov Artem Danilovich.**

Saint Petersburg, branch No. 1 of FGLU "439 VG" of the Russian Ministry of Defense,  
senior resident of the surgical department (with 35 beds, purulent surgery wards and an operating unit),  
717195983@mail.ru

**Evropeitseva Ekaterina Nikolaevna**

Gelendzhik, LLC «LORCENTER», Chief Physician, otorhinolaryngologist,

**REVIEWER:** Chukhrova Marina Gennadyevna, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Novosibirsk State Pedagogical University

### АННОТАЦИЯ

Целью работы является проверка эффективности использования аддитивных технологий при отработке хирургического доступа к сложнолежащим инородным телам пазушно-носовой системы. Методика работы заключается в сравнении результатов оперативных вмешательств по удалению сложнолежащих инородных тел пазушно-носовой

### ABSTRACT

The aim of the work is to test the effectiveness of the use of additive technologies in the development of surgical access to complex foreign bodies of the sinus-nasal system. The methodology of the work consists in comparing the results of surgical interventions for the removal of complex foreign bodies of the sinus-nasal system in a standard way and using additive



системы стандартным способом и с применением аддитивных технологий. Контингент испытуемых 18 пациентов мужского пола в возрасте от 19 до 44 лет, из которых у 9 человек, проводили дополнительную предоперационную подготовку с использованием аддитивных технологий, и 9 человек, у которых проводилось эндоскопическое удаление инородных тел без использования аддитивных технологий. Основные результаты говорят о том, что применение аддитивных технологий на предоперационном этапе позволяет хирургу не только наглядно изучить особенности залегания инородного тела, определить анатомические ориентиры, но и провести отработку мануальных навыков по его удалению на индивидуальных моделях анатомических областей пациента. Проводимые мероприятия также могут быть использованы с целью обучения молодых хирургов. В ходе анализа полученных результатов исследования показано, что применение аддитивных технологий достоверно значимо снижает время оперативного вмешательства, длительность анестезии, количество интраоперационных осложнений.

Ключевые слова: аддитивные технологии, инородное тело, пазушно-носовая система

technologies. The study group consisted of 18 male patients aged 19 to 44 years, of whom 9 had additional preoperative training using additive technologies, and 9 had endoscopic removal of foreign bodies without the use of additive technologies. The main results indicate that the use of additive technologies at the preoperative stage allows the surgeon not only to visually study the features of the foreign body, determine anatomical landmarks, but also to practice manual skills for its removal on individual models of the patient's anatomical areas. The activities carried out can also be used for the purpose of training young surgeons. The analysis of the results of the study showed that the use of additive technologies significantly reduces the time of surgery, the duration of anesthesia, and the number of intraoperative complications.

Keywords: additive technologies, foreign body, sinus-nasal system

### Введение.

В период травматических эпидемий качественное и своевременное проведение оперативных вмешательств по удалению сложнoleжащих инородных тел пазушно-носовой системы является одним из основных факторов, влияющим на непосредственные и отдаленные результаты лечения пациентов. В риносинусохирургии основным методом предоперационного обследования, на который опирается хирург при проведении оперативного вмешательства, является компьютерная томография (КТ). Однако частота осложнений при проведении функциональной эндоскопической риносинусохирургии (основанной только на предварительном изучении КТ околоносовых пазух (ОНП) пациента) остается высокой [2]. По данным Шайховой Х.Э. и Узоковой А.Д. использование навигационной поддержки во время оперативного вмешательства позволяет снизить частоту интраоперационных осложнений [3]. Однако в настоящее время доступность компьютерной навигационной системы низкая, в связи с ее высокой стоимостью.

В 1973 году Altschuler и Swinson впервые разработали трехмерную печать персонализированных продуктов [1]. В медицине их применение началось с ортопедической стоматологии, однако в связи с увеличением длительности предоперационного планирования и многократного увеличения финансовых затрат на оперативное вмешательство, широкого распространения данный метод не получил [4]. В настоящее время аддитивные технологии (АТ) применяются в различных областях медицины: нейрохирургии,

онкологии, кардиохирургии, челюстно-лицевой хирургии, в том числе и в оториноларингологии [4]. В риносинусохирургии они используются в предоперационном периоде с целью изготовления индивидуальных пресс-форм – точных копий анатомических областей пациента, на которых хирургическая бригада может провести основные этапы «тренировочной» операции, а также моделировать индивидуальные имплантаты из титановых сплавов или полиэфиркетона для последующего использования в ходе оперативного вмешательства.

Целью текущего исследования явилось сравнение результатов оперативных вмешательств по удалению сложнoleжащих инородных тел пазушно-носовой системы стандартным способом и с применением АТ.

### Материалы и методы.

Исследование проведено на базе клиники оториноларингологии ФГБОУ ВО «Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова» в период с февраля 2022 года по февраль 2024 года с участием 18 пациентов, у которых имелось инородное тело полости носа и околоносовых пазух в возрасте от 19 до 44 лет. Всем пациентам проводилась стандартная предоперационная подготовка с выполнением КТ ОНП (рис. 1).

В основную группу [ОГ] вошли 9 человек, которым проводили дополнительную предоперационную подготовку с использованием АТ. Результаты КТ ОНП преобразовывали в компьютерную 3D-модель с последующей печатью анатомической области на 3D-принтере в масштабе 1:1 (рис. 2).

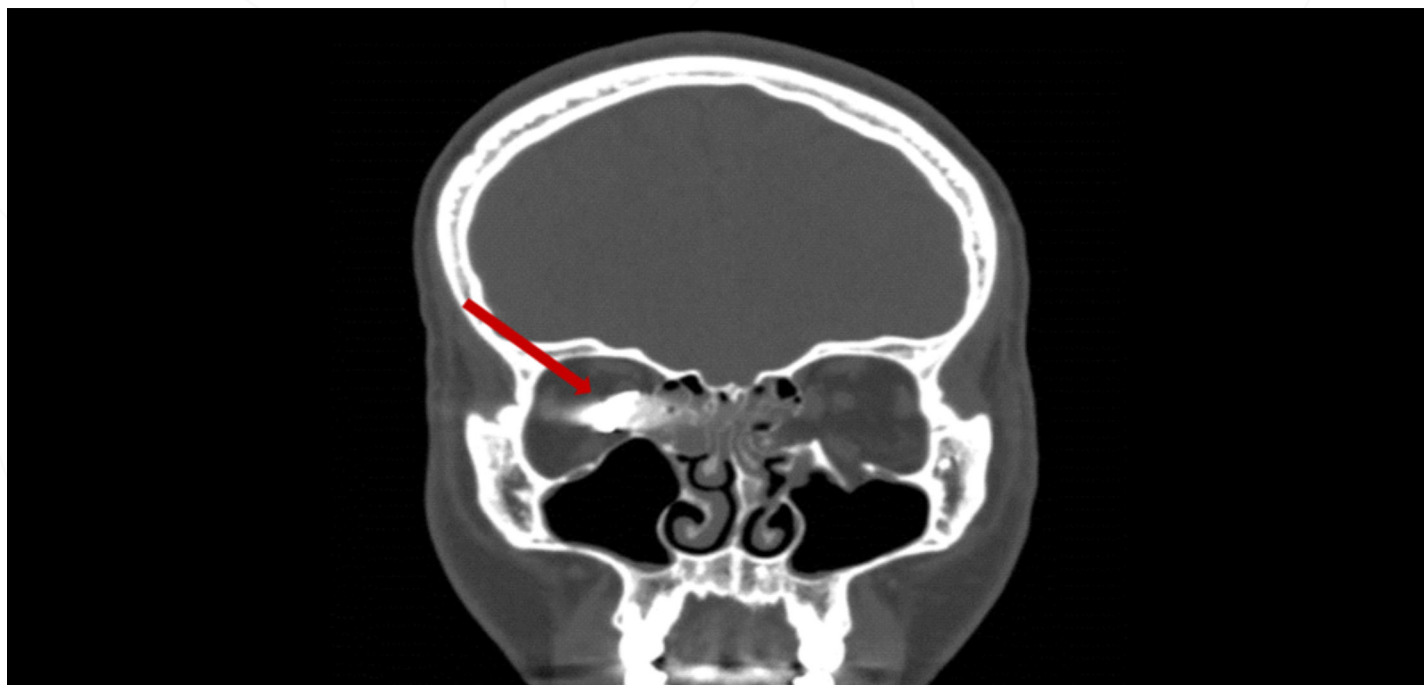


Рисунок 1. КТ ОНП в коронарной плоскости, режим «костного окна». Красной стрелкой отмечено инородное тело (металлический осколок).

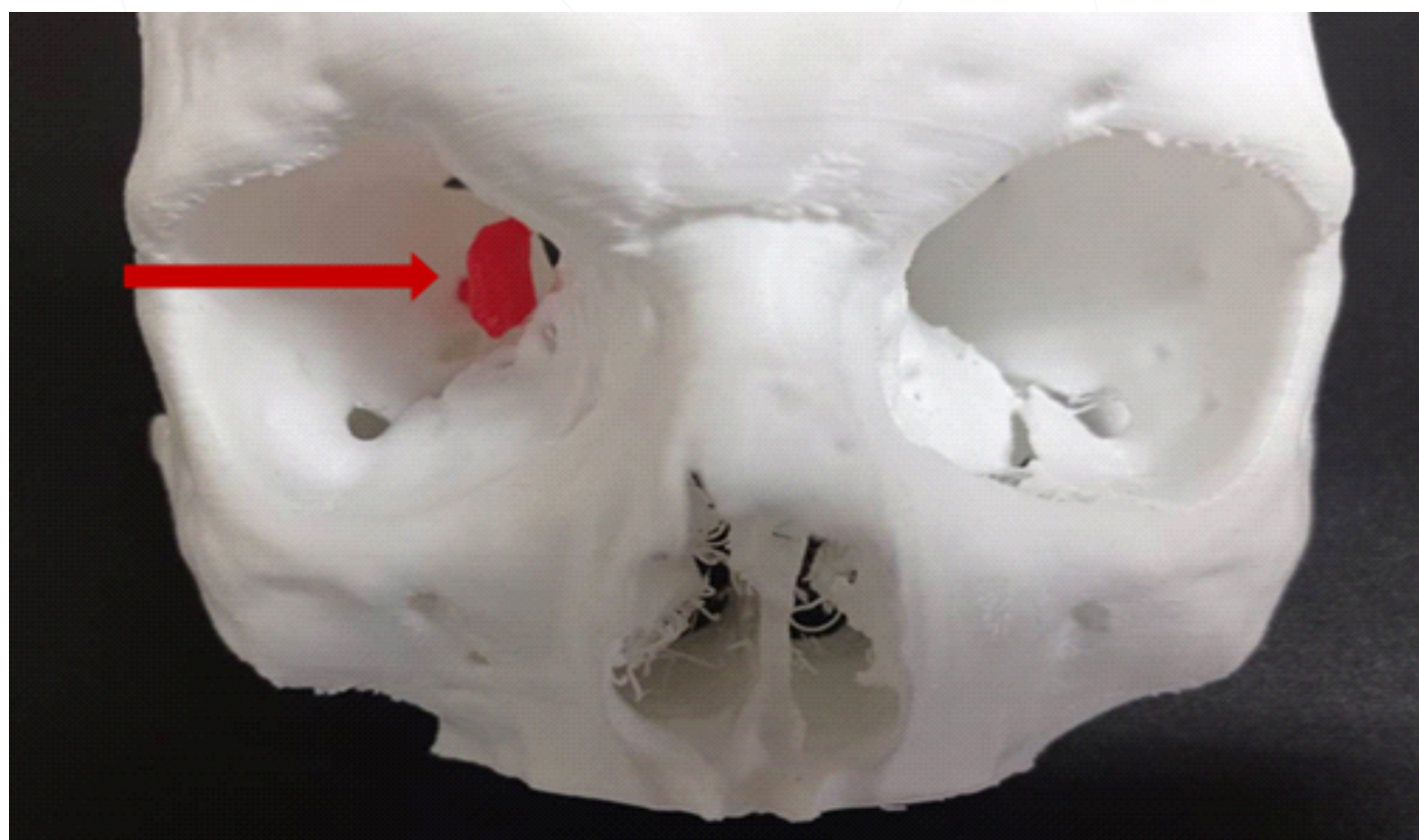


Рисунок 2. 3D-модель анатомической области пострадавшего. Красной стрелкой отмечено инородное тело (металлический осколок).

На модели оценивали анатомические особенности строения полости носа и ОНП, расположение инородного тела, а также отработывали хирургические приемы по его удалению. Во время оперативного вмешательства

3D-модель использовали в качестве дополнительного ориентира. В контрольную группу [КГ] включены 9 человек, которым проводилось эндоскопическое удаление инородных тел без использования АТ (рисунок 3; рисунок 4).

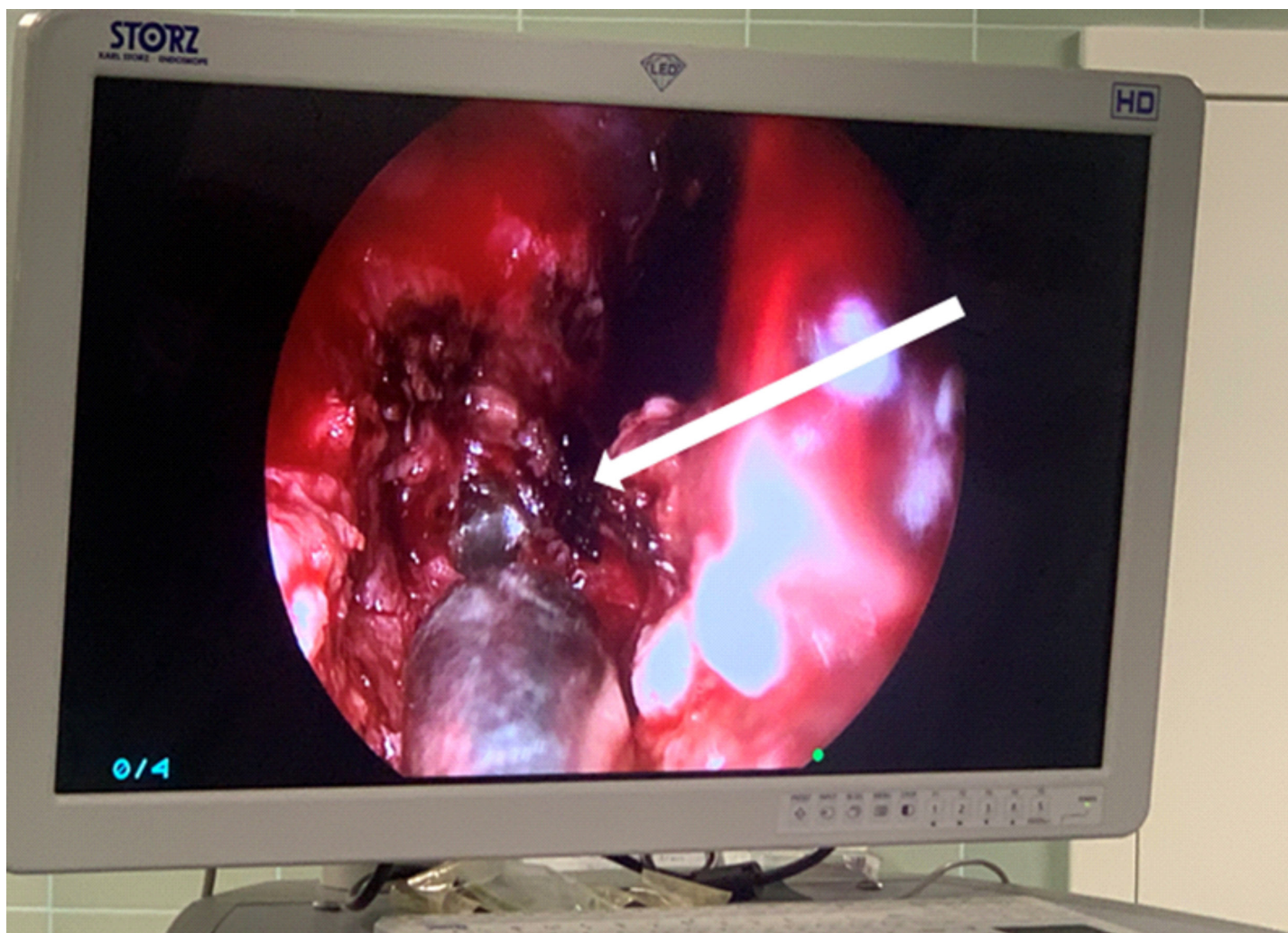


Рисунок 3. Эндоскопическая картина полости носа справа. Белой стрелкой отмечено инородное тело (металлический осколок).

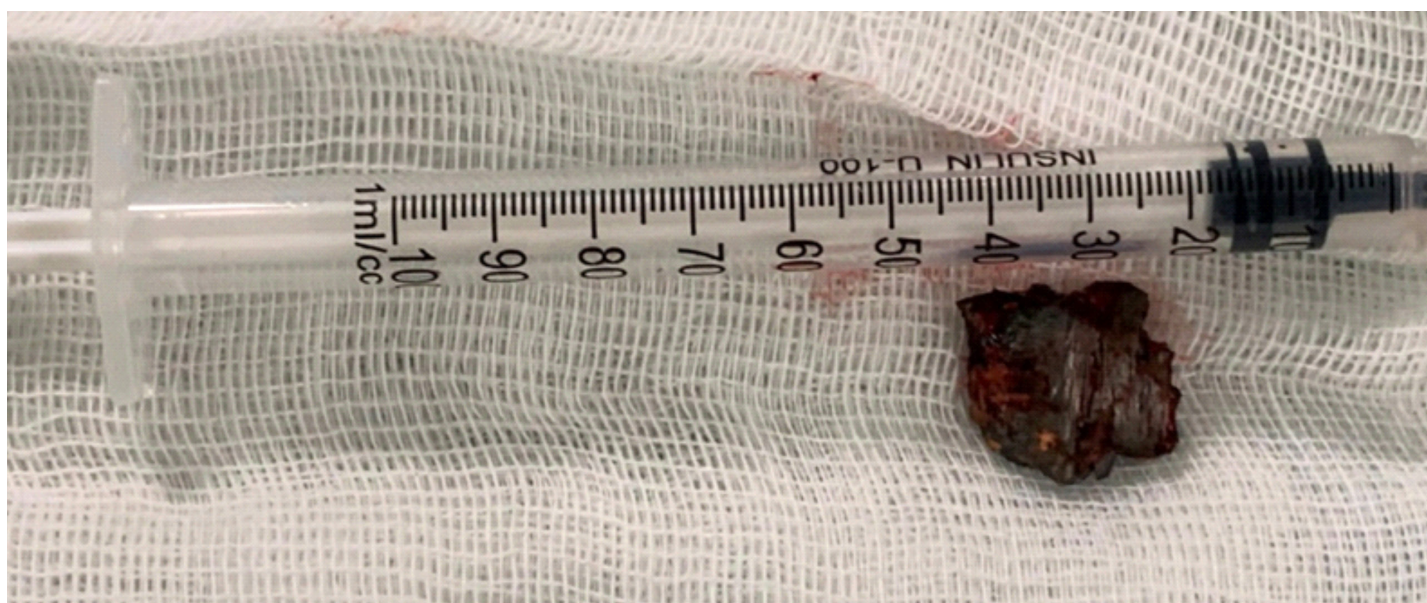


Рисунок 4. Макрофотография удаленного инородного тела (металлического осколка).



По данным историй болезни оценивали длительность операции, анестезии и частоту осложнений в результате проведенного оперативного лечения пациентов основной и контрольной группы.

Результаты и обсуждение.

У пациентов ОГ, которым оперативное вмешательство проводилось с использованием АТ, среднее время операции составило 188,0 [175,0; 195,0] мин. У пациентов КГ, которым АТ не применялись, среднее время оперативного вмешательства составило 218,0 [202,0; 258,0] мин. По результатам исследования применение АТ позволяет достоверно сократить время операции на 25,1 % ( $p=0,0151$ ). При этом на 22,5 % уменьшается и время анестезиологического обеспечения, которое в среднем для пациентов ОГ составило 209,0 [197,0; 215,0] мин., а для пациентов КГ 245,0 [223,0; 275,0] мин ( $p=0,0178$ ).

У пациентов КГ в 26,6 % случаев регистрировали интраоперационные осложнения: образование дефекта основания черепа в области передней черепной ямки с повреждением твердой мозговой оболочки (6,6 %), дефекты целостности нижней (6,6 %) и медиальной (13,4 %) стенок глазницы. При этом в ОГ осложнения отсутствовали, что имеет статистически значимые отличия от пациентов КГ ( $p=0,1088$ ).

Лечение пациентов со сложнoleжащими инородными телами пазушно-носовой системы является актуальным вопросом современной оториноларингологии. На сегодняшний день активное распространение в риносинусхирургии получают АТ.

В исследовании проведена оценка эффективности применения АТ при удалении сложнoleжащих инородных тел пазушно-носовой системы. Применение АТ на предоперационном этапе позволяет хирургу не только наглядно изучить особенности залегания инородного тела,

определить анатомические ориентиры, но и провести отработку мануальных навыков по его удалению на индивидуальных моделях анатомических областей пациента. В ходе операции данные пресс-формы могут использоваться, как анатомический ориентир. Проводимые мероприятия также могут быть использованы с целью обучения молодых хирургов.

В ходе анализа полученных результатов исследования показано, что применение АТ достоверно значимо снижает время оперативного вмешательства, длительность анестезии, количество интраоперационных осложнений.

Закключение.

Таким образом, применение АТ при проведении оперативных вмешательств по удалению сложнoleжащих инородных тел пазушно-носовой системы является более эффективным по сравнению с проведением операций стандартным способом.

Литература.

1. J W. [и др.]. Virtual surgical planning and CAD/CAM in the treatment of cranial defects. // Studies in Health Technology and Informatics. – 2005. (111). – С. 599–601.
2. Re M. [и др.]. Traditional endonasal and microscopic sinus surgery complications versus endoscopic sinus surgery complications: a meta-analysis // European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. – 2012. – № 3 (269). – С. 721–729.
3. Шайхова Х.Э, Зокова А.Д. Использование компьютерной навигационной системы при риносинусохирургии // Российская оториноларингология. – 2020. – № 19;2(105). – С. 85–92.
4. Перспективы использования 3D-печати при планировании хирургических операций. – [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/perspektivy-ispolzovaniya-3d-pechati-pri-planirovanii-hirurgicheskikh-operatsiy/viewer> (дата обращения: 18.05.2024).

## ПРИНЯТ ЗАКОН

### о повышении требований к условиям реализации медицинского и фармацевтического образования «О внесении изменений в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» (Федеральный закон от 28 февраля 2025 г. № 28-ФЗ)

25 февраля 2025 г. Государственной Думой Федерального Собрания Российской Федерации во втором и третьем чтении был принят Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» (Федеральный закон от 28 февраля 2025 г. № 28-ФЗ).

Авторы закона инициируют запрет на исключительно электронное обучение и дистанционные образовательные технологии при реализации дополнительных программ, предусматривающих практическую подготовку. До 1 сентября 2026 года дополнительное профессиональное обучение в полностью дистанционном формате будет разрешено, а после оно обязательно будет дополнено очным компонентом.

СПРАВКА: первые поправки в Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ были разработаны Министерством здравоохранения Российской Федерации еще в июне 2024 г. Это было связано с усилением контроля обучения по программам дополнительного профобразования медицинских и фармацевтических работников.

(далее читайте на стр. 18, 23, 27, 30, 46)



УДК 616 – 036.86  
EDN SKXICJ

## АЛГОРИТМ ПОСТРОЕНИЯ ВНУТРИУЧРЕЖДЕНЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ В КОМПЛЕКСНОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ

**Глотова Марина Евгеньевна.**

г. Нижний Новгород, ГБУ «Нижегородский областной реабилитационный центр для инвалидов»,  
кандидат медицинских наук, заместитель директора по реабилитации,  
norci.zammed@yandex.ru

**Куртин Александр Николаевич.**

г. Нижний Новгород, ГБУ «Нижегородский областной реабилитационный центр для инвалидов»,  
директор,  
norcidir@yandex.ru

**Шуркин Дмитрий Анатольевич.**

г. Нижний Новгород, ГБУ «Нижегородский областной реабилитационный центр для инвалидов»,  
кандидат медицинских наук, врач,  
gbunorci@yandex.ru

**РЕЦЕНЗЕНТ:** Носкова Вера Анатольевна, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры экономики, менеджмента и медицинского права ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, г. Нижний Новгород.

## AN ALGORITHM FOR CONSTRUCTING AN INTRA-INSTITUTIONAL REHABILITATION PROGRAM IN A COMPREHENSIVE MULTIDISCIPLINARY REHABILITATION CENTER

**Glotova Marina Evgenievna.**

Nizhny Novgorod, State Budgetary Institution "Nizhny Novgorod Regional Rehabilitation Center for the Disabled",  
candidate of medical sciences, deputy director for rehabilitation,  
norci.zammed@yandex.ru

**Kurtin Alexander Nikolaevich.**

Nizhny Novgorod, State Budgetary Institution "Nizhny Novgorod Regional Rehabilitation Center for the Disabled",  
director, norcidir@yandex.ru

**Shurkin Dmitry Anatolyevich.**

Nizhny Novgorod, State Budgetary Institution "Nizhny Novgorod Regional Rehabilitation Center for the Disabled",  
candidate of medical sciences, physician, gbunorci@yandex.ru  
katikkalor@gmail.com

**REVIEWER:** Noskova Vera Anatolyevna, candidate of medical sciences, associate professor, associate professor of the department of economics, management and medical law of the federal state budgetary educational institution of higher education "Volga Region Research Medical University" of the ministry of health of the Russian Federation, Nizhny Novgorod

### АННОТАЦИЯ

В статье представлена возможность построения стратегии реабилитационной работы в условиях комплексного реабилитационного центра. Организационная модель основана на проведении анализа ограничений жизнедеятельности (ОЖД), указанных в ИПРА инвалида, с использованием Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) у 641 пациента, поступившего на курс реабилитации в учреждение в 2024 году. Детализация ОЖД проведена как с точки зрения функциональных нарушений, так и с учетом влияния средовых факторов для выявления актуальных

### ABSTRACT

The article presents the possibility of developing a rehabilitation work strategy in a comprehensive rehabilitation center. The organizational model is based on the analysis of limitations of life activity (LLA) specified in the IRPH of a disabled person, using the International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF) in 641 patients admitted to a rehabilitation course at an institution in 2024. The LLA are detailed both in terms of functional disorders and taking into account the influence of environmental factors to identify the actual causes of activity and participation disorders. The use of the ICF allows to choose a systemic adaptive strategy, facilitates the development of a comprehensive plan of



причин нарушений активности и участия. Использование МКФ позволяет выбрать системную адаптивную стратегию, облегчает построение комплексного плана реабилитационных мероприятий, включающего мероприятия социальной и медицинской направленности. Применение МКФ позволяет не только оценить эффективность реабилитации, но и дает возможность осуществить бесшовную модель реабилитационной поддержки инвалида в условиях центра для уменьшения выраженности его социальной дезадаптации.

Ключевые слова: комплексная реабилитация и абилитация инвалидов, индивидуальная программа реабилитации/абилитации инвалида (ИПРА), ограничения жизнедеятельности (ОЖД), Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ).

#### Актуальность проблемы.

В рамках исполнения Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» на государственное бюджетное учреждение «Нижегородский областной реабилитационный центр для инвалидов» (ГБУ «НОРЦИ») возложено проведение мероприятий, предусмотренных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА). В соответствии с ИПРА, выданной федеральным казенным учреждением «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Нижегородской области», учреждение предоставляет услуги по направлению социальная реабилитация и абилитация инвалидов в виде мероприятий по социально-бытовой, социально-средовой и социально-психологической реабилитации и абилитации.

В тоже время учреждение является многопрофильной реабилитационной организацией, имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности и оказывает различные виды медицинской помощи как первичной медико-санитарной, так и специализированной, включая услуги по медицинской реабилитации.

До принятия и вступления в силу Федерального закона от 25 декабря 2023 г. № 651-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты» не было предусмотрено единого механизма реализации комплексных реабилитационных и абилитационных мероприятий, не было установлено условий предоставления реабилитационных услуг. Законом № 651-ФЗ определен поэтапный, до 1 января 2030 г., переход реабилитационных организаций к оказанию услуг по комплексной реабилитации в рамках единых стандартов, предусматривающих единые гарантии комплексной реабилитации и абилитации.

ГБУ «НОРЦИ» имеет опыт работы в системе комплексной реабилитации инвалидов с 2019 г. За этот период в учреждении были выработаны методические подходы реабилитационной работы на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). В настоящее время МКФ, одобренная Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2001 г., является общепризнанным международным стандартом и инструментом

rehabilitation measures, including social and medical activities. The use of the ICF allows not only to assess the rehabilitation effectiveness, but also makes it possible to implement a seamless model of rehabilitation support for a disabled person in the center to reduce the severity of his social maladaptation.

Key words: comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled people, individual rehabilitation/habilitation program for disabled people (IRHP), limitations of life activity (LLA), International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF).

для организации системного реабилитационного процесса [3, с. 6-7]. Ее использование в условиях многопрофильной реабилитационной организации позволяет обеспечить системный подход с целью максимального восстановления или компенсации утраченных функций индивидуума для достижения его независимости и адаптации в социуме [14, с. 12-13].

#### Цель исследования.

Показать возможности комплексного подхода к реализации ИПРА путем практического использования МКФ у пациентов с инвалидностью с преимущественными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций в многопрофильном реабилитационном центре в переходный период.

#### Материал и методы.

В исследование вошли пациенты с инвалидностью, поступившие в центр в 2024 году для проведения курса реабилитационных мероприятий в количестве 641 человек: 333 мужчины и 308 женщин. Инвалидность 1 группы была установлена у 89 человек, 2 группы – у 348 человек, 3 группы – у 204 человек. Средний возраст госпитализированных составил  $60 \pm 13,4$  лет.

Все пациенты принадлежали к одной целевой реабилитационной группе (ЦРГ): ЦРГ 4 – инвалиды с преимущественными нарушениями нейромышечных, скелетных и связанных с движением (статодинамических) функций, к целевым подгруппам:

ЦРГ 4.1 – инвалиды вследствие церебрального паралича и других заболеваний, аномалий (пороков развития) центральной и периферической нервной системы, последствий травм периферической нервной системы, головного мозга и острых нарушений мозгового кровообращения – 435 человек;

ЦРГ 4.2 – инвалиды вследствие заболеваний костно-мышечной системы, а также последствий травм и аномалий (пороков развития), деформаций опорно-двигательного аппарата – 152 человека;

ЦРГ 4.7 – инвалиды вследствие спинальной травмы и связанных с ней повреждений спинного мозга – 54 человека [10, с. 8-11].

При поступлении на реабилитацию изучали перечень и степень выраженности ограничений основных категорий жизнедеятельности (ОЖД) у каждого пациента по данным ИПРА. Дав-



ность рекомендаций ИПРА варьировала, составив  $3,83 \pm 2,8$  г.

С целью актуализации и детализации ОЖД, учитывая срок давности их первоначальной оценки, категории жизнедеятельности тестировали по доменам разделов составляющей МКФ «Активность и участие» [d], определяя величину

потенциальной способности (капаситета) [3, с. 143-182; 4, с. 109-111]. Ключевыми ОЖД у пациентов всех трех подгрупп, согласно ИПРА, были: ограничение способности к передвижению и самообслуживанию. С ними ассоциировали следующие разделы и доменный набор МКФ [5, с. 34-35]. (табл. 1).

Таблица 1.

Ключевые категории ОЖД и ассоциированный набор разделов и доменов МКФ-составляющей «Активность и участие» в части активности [a]

| Категория ОЖД                  | Разделы МКФ               | Набор кодов МКФ                                                              |
|--------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Способность к передвижению     | Раздел 4 Мобильность      | d410, d415, d420, d430, d435, d440, d445, d450, d455, d460, d465, d470, d475 |
| Способность к самообслуживанию | Раздел 5 Самообслуживание | d510, d520, d530, d540, d550, d560, d570                                     |
|                                | Раздел 6 Бытовая жизнь    | d610, d620, d629, d630, d640, d650, d660                                     |

У пациентов подгруппы ЦРГ 4.1 также были выявлены ограничение способности к ориентации, контроля за своим поведением, ограничение способности к общению. У них для оценки указанных ОЖД применяли домены следующих разделов МКФ (табл. 2).

Таблица 2.

Категории ОЖД и ассоциированный набор разделов и доменов МКФ-составляющей «Активность и участие» в части активности [a] у пациентов подгруппы ЦРГ 4.1

| Категория ОЖД                             | Разделы МКФ                           | Набор кодов МКФ                                                  |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Способность к ориентации                  | Раздел 1 Обучение и применение знаний | d160, d163, d166, d170, d172, d175, d177                         |
| Способность контролировать свое поведение | Раздел 2 Общие задачи и требования    | d210, d220, d230, d240                                           |
| Способность к общению                     | Раздел 3 Общение                      | d310, d315, d320, d325, d330, d335, d340, d345, d350, d355, d360 |

Во всех трех подгруппах осуществляли диагностику показателей социального участия [p] по капаситету [3, с. 183-197] (табл. 3).

Таблица 3.

Набор доменов МКФ-составляющей «Активность и участие» в категориях участия [p]

| Разделы МКФ                                                       | Набор кодов МКФ                          |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Раздел 7<br>Межличностные взаимодействия и отношения              | d710, d720, d730, d740, d750, d760, d770 |
| Раздел 8<br>Главные сферы жизни                                   | d845, d850, d855, d860, d865, d870       |
| Раздел 9<br>Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь | d910, d920                               |



В результате на 1 этапе получали раскладку наиболее проблемных аспектов социального функционирования с поправкой на актуальность в настоящий момент с учетом мнения пациента и его ближайшего окружения [1, с. 28-30].

Следующим шагом в построении внутриучрежденческой реабилитационной программы было установление причин нарушений индивидуальной и социальной активности, как со

стороны функциональных нарушений, так и на уровне контекстных факторов. Для этого на втором этапе составления реабилитационного плана тестировали домены составляющей МКФ «Функции» [b] по показателю капаситета. За основу принимали базовые наборы МКФ для профильных нозологических групп [2, с. 234-243; 9, с. 37-54; 13, с. 108-115; 14, с. 12-13] (табл. 4).

Таблица 4

Тестовый набор доменов МКФ-составляющих «Функции» [b]

| Разделы МКФ                                                          | Набор кодов МКФ                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Раздел 1<br>Умственные функции                                       | b114, b117, b122, b126, b130, b134, b140, b144, b147, b152, b156, b160, b164, b167, b172, b176, b180 |
| Раздел 2<br>Сенсорные функции и боль                                 | b235, b240, b260, b265, b270, b280, b289                                                             |
| Раздел 3<br>Функции голоса и речи                                    | b310, b320, b330, b340                                                                               |
| Раздел 7<br>Нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции | b710, b715, b720, b730, b735, b740, b750, b755, b760, b765, b770                                     |

Из полученного списка нарушений выделяли моделируемые факторы, поддающиеся коррекции с помощью имеющегося арсенала медицинских технологий. В программу медицинского сопровождения включали медикаментозную терапию, методики лечебной физкультуры, массажа, физиотерапевтического лечения, логопедической помощи, консультации врачей-специалистов.

В программу дополнительно включали занятия по подбору и использованию технических средств реабилитации (ТСР). После изучения соответствующего раздела ИПРА тестировали вышеупомянутые домены составляющей «Активность и участие» [d] разделов 4 и 5 МКФ по определителю реализации [7, с. 3-4]. Это позволяло выделить приоритетные направления в работе с ТСР.

Третьим итоговым шагом в составлении персонифици-

рованного реабилитационного маршрута было составление адаптивной стратегии, направленной на активизацию приспособительного воздействия факторов окружающей среды. С этой целью проводили анализ индивидуальных показателей составляющей МКФ «Факторы окружающей среды» [e] по показателю реализации [3, с. 201-211] (табл. 5). На полученной основе строилась стратегия работы по социальной реабилитации и адаптации для реализации мероприятий соответствующего раздела ИПРА. Определялась нуждаемость в мероприятиях по социально-средовой, социально-психологической реабилитации и социально-бытовой адаптации. Усилия специалистов при этом были направлены на нейтрализацию барьеров и усиление влияния облегчающих факторов.

Таблица 5

Тестовый набор доменов МКФ-составляющих «Факторы окружающей среды» [e]

| Разделы МКФ                         | Набор кодов МКФ                                                  |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Раздел 1<br>Продукция и технологии  | e110, e115, e120, e125, e130, e135, e140, e150, e155, e160, e198 |
| Раздел 3<br>Поддержка и взаимосвязи | e310, e315, e320, e325, e340, e345, e350, e355, e360             |
| Раздел 4<br>Установки               | e410, e415, e420, e425, e440, e445, e450, e455, e460, e465       |



По завершении курса реабилитации проводили количественную оценку эффективности мероприятий, используя тестирование в ключевых доменах функциональных нарушений и социального функционирования.

Таким образом, дизайн составления комплексной внутриучрежденческой реабилитационной программы может быть представлен следующей схемой (рис. 1).

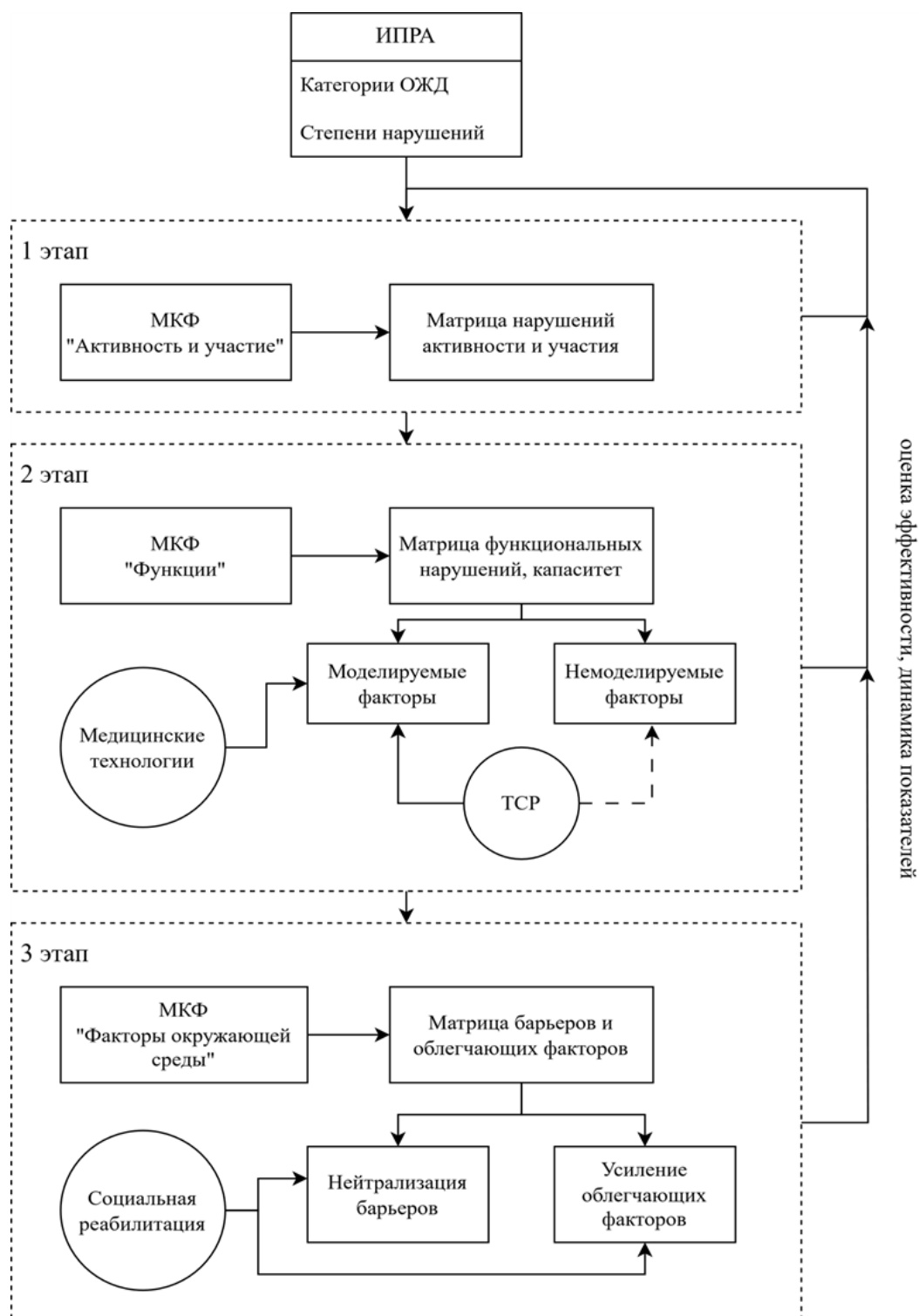


Рисунок 1. Алгоритм составления комплексной внутриучрежденческой реабилитационной программы.



Результаты исследования и обсуждение.

Анализ ИПРА на 1 этапе составления реабилитационной программы показал, что ключевыми ОЖД во всей исследуемой выборке пациентов были ограничение способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию. У 299 пациентов из ЦРГ 4.1 [46,6% случаев] в перечне ОЖД присутствовали

также ограничение способности к ориентации, к общению и ограничение способности к контролю за своим поведением.

Доменный профиль нарушений мобильности, актуализированный по критериям МКФ, в ЦРГ выглядел следующим образом (табл. 6).

Таблица 6

Доменный профиль нарушений мобильности (по определителю капаситета) в исследуемой ЦРГ.

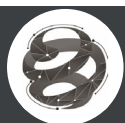
| Код МКФ | Категория МКФ раздела 4 «Мобильность»  | Определитель капаситета |           |           |           |           |
|---------|----------------------------------------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|         |                                        | 0 человек               | 1 человек | 2 человек | 3 человек | 4 человек |
| d410    | Изменение позы тела                    | 0                       | 255       | 266       | 120       | 0         |
| d415    | Поддержание положения тела             | 17                      | 309       | 245       | 70        | 0         |
| d420    | Перемещение тела                       | 12                      | 199       | 319       | 94        | 17        |
| d430    | Поднятие и перенос объектов            | 281                     | 8         | 111       | 178       | 63        |
| d440    | Использование точных движений кисти    | 283                     | 0         | 101       | 190       | 67        |
| d445    | Использование кистей рук               | 301                     | 0         | 91        | 178       | 71        |
| d450    | Ходьба                                 | 0                       | 122       | 268       | 192       | 58        |
| d460    | Передвижение в различных местах        | 0                       | 122       | 268       | 192       | 58        |
| d470    | Использование пассажирского транспорта | 0                       | 122       | 268       | 192       | 58        |

На 1 этапе было установлено, что ограничение потенциальной способности в ходьбе и передвижении было доминирующей проблемой в профиле нарушений: нарушение мобильности в категориях d450 (ходьба); d460 (передвижение в различных местах); d470 (использование пассажирского транспорта) различной степени выраженности было зарегистрировано в 100% случаев. При этом в 80,9% случаях нарушения в этих доменах достигали степени выраженности от умеренных до абсолютных нарушений. Более чем в 50% случаев вышеуказанные нарушения сочетались с проблемами в доменах, связанных с использованием точных движений кисти (d440) – у 55,8% пациентов и использованием кистей рук (d445) – у 53,1%. Проблемы мобильности, связанные с изменением и поддержанием положения тела, были менее выраженными: в доменах d410 и d415 абсолютные нарушения отсутствовали, умеренные и тяжелые ограничения капаситета наблюдались соответственно у 386 и у 315 пациентов ( $p < 0,001$ ). При перемещении тела (домен d420) абсолютные нарушения были зарегистрированы в минимальном числе случаев – 2,7%, тяжелые занимали 2 место по частоте встречаемости – 14,7%, умеренные нарушения были преобладающими – 49,8% пациентов ( $p < 0,001$ ).

2-й этап реабилитационного алгоритма показал, что наиболее частыми причинами выявленных нарушений активности были: нарушения функции мышечной силы (b730) и функции мышечной выносливости (b740) – у 479 человек, проблемы функционирования в доменах b735 (функции мышечного тонуса) (парезы, параличи, мышечная спастичность) – у 466

человек. Моторно-рефлекторные функции (b750) и функции произвольной двигательной реакции (b755) были нарушены у 520 пациентов, функции стереотипа походки (b770) – у 528 человек. Нарушения функций подвижности сустава (домен b710) занимали второе место по частоте встречаемости – 36,2% случаев. На третьем месте были ограничения контроля произвольных двигательных функций (домен b760) – 19,3% человек и произвольных двигательных функций (b765) – 4,9% человек. При анализе раздела 2 МКФ «Сенсорные функции и боль» ключевой проблемой у 75,8% пациентов оказалось нарушение в домене b280 (ощущение боли). Второе место занимали нарушения функция осязания (b265) и сенсорных функций, связанных с температурой и другими раздражителями (b270) – в 44,2% и 39,6% случаев соответственно. Минимальными были нарушения в домене b260 (проприоцептивная функция) – у 8% пациентов.

По результатам 2-го этапа в программу медицинского сопровождения для коррекции выявленных функциональных нарушений включали медикаментозную терапию, направленную на уменьшение болевого синдрома, мышечной спастичности, улучшение сенсорных функций, а также индивидуально подобранные реабилитационные технологии ЛФК, физиотерапии, медицинского массажа. Тем самым усиливали позитивное влияние облегчающих факторов раздела 1 МКФ «Продукции и технологии»: e110 (продукты и вещества для персонального потребления) в категории e1101+ (лекарственные вещества) и раздела 3 «Поддержка и взаимосвязи» в домене e355+ (профессиональные медицинские работники).



Проведенное тестирование показателей реализации в домене d465 (передвижение с использованием технических средств) демонстрировало отсутствие абсолютных нарушений реализации, малую частоту встречаемости тяжелых нарушений (14,0%), процентное преобладание умеренно выраженных (53,6%) и легких (32,4%) нарушений передвижения с использованием ТСР (86,0%) ( $p < 0,001$ ). Полученные данные достоверно подтверждали степень облегчающего влияния ТСР, рекомендованных в ИПРА – коляски, ходунки, отрезки, трости и др. При необходимости наряду с занятиями по обучению и коррекции передвижения с помощью уже имеющихся ТСР, проводили подбор технических средств определенного вида, актуального на момент обращения в учреждение [6, с. 19-20].

Проведенный на 3-м этапе анализ контекстных факторов показал, что у всех пациентов ЦРГ были выявлены барьеры в категориях: e1500 (дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий для общественного пользования); e1501 (дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства доступа к внутренним удобствам в зданиях для общественного пользования); e1502 (дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства указателей пути, направления

и обозначений местоположения в зданиях для общественного пользования). С целью нейтрализации указанных ограничений в центре была создана специальная безбарьерная среда [12, с.11-50]. Для подтверждения эффективности проведенных мероприятий по повышению доступности была проведена оценка показателей реализации в домене d450 (ходьба) в сравнении с капаситетом. Было отмечено, что у 240 человек из 641 выраженность нарушений реализации была меньше по сравнению с выраженностью нарушений капаситета: 39 человек имели код нарушений d450.34; 118 человек – d450.23; 57 человек – d450.12. В целом в группе наблюдалось достоверное уменьшение процентного содержания абсолютных, тяжелых и умеренно выраженных ограничений ходьбы по сравнению с аналогичными показателями потенциальной способности ( $p < 0,026$ ) (рис. 2). Безбарьерные условия пребывания способствовали повышению уровня мобильности пациентов в условиях учреждения и демонстрировали наглядную модель приспособления жилого помещения к потребностям инвалида с учетом имеющихся ограничений мобильности. При необходимости пациентам и сопровождающим их лицам проводили индивидуальные консультации по адаптации жилого помещения к потребностям инвалида.

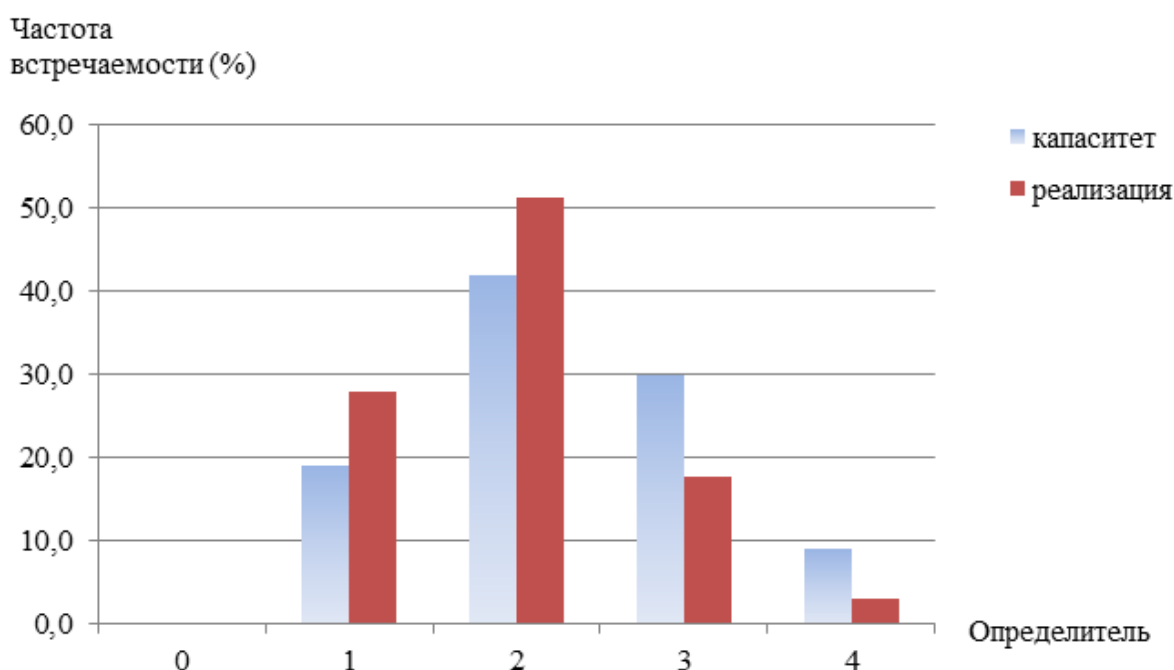


Рисунок 2. Частота встречаемости нарушений реализации в домене d450 (ходьба) в исследуемой группе.

Тестирование по МКФ показало также облегчающее влияние контекстных факторов в доменах e1151+ (вспомогательные изделия и технологии для личного повседневного использования); e1201+ (вспомогательные изделия и технологии для персонального передвижения и перевозки внутри и вне помещений); e310+ (физическая помощь сопровождающих лиц, семья и ближайшие родственники); e315+ (отдаленные родственники), e340+ (персонал, осуществляющий уход и помощь), превалирующего над ограничивающим действием средовых барьеров в доменах e150 (дизайн, характер проектирования, строитель-

ства и обустройства зданий для общественного пользования); e155 (дизайн, характер проектирования, строительства и обустройства зданий частного использования); e160 (продукции и технологии землепользования) у пациентов исследуемой ЦРГ.

На 3 этапе составления реабилитационной программы проводили также тестирование пациентов по разделам МКФ «Самообслуживание» и «Бытовая жизнь» с использованием доменов: d510 (мытьё); d520 (уход за частями тела); d540 (одевание); d550 (прием пищи), d560 (питьё); d630 (приготовление пищи); d640 (выполнение работы по дому) (табл. 7).



Таблица 6

Частота встречаемости нарушений самообслуживания и бытовой деятельности по определителю капаситета в исследуемой группе.

| Код МКФ                                              | Категория МКФ             | Определитель капаситета |      |      |      |      |
|------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|------|------|------|------|
|                                                      |                           | 0                       | 1    | 2    | 3    | 4    |
|                                                      | %                         | %                       | %    | %    | %    |      |
|                                                      | Раздел 5 Самообслуживание |                         |      |      |      |      |
| d510                                                 | Мытье                     | 14,2                    | 27,6 | 34,0 | 22,9 | 1,3  |
| d520                                                 | Уход за частями тела      | 26,0                    | 9,1  | 26,4 | 28,7 | 9,8  |
| d540                                                 | Одевание                  | 27,8                    | 16,9 | 17,6 | 28,0 | 9,8  |
| d550                                                 | Прием пищи                | 34,0                    | 9,8  | 18,7 | 27,8 | 9,8  |
| d560                                                 | Питье                     | 34,0                    | 9,8  | 18,7 | 27,8 | 9,8  |
| Раздел 6 Бытовая жизнь (ведение домашнего хозяйства) |                           |                         |      |      |      |      |
| d630                                                 | Приготовление пищи        | 0,0                     | 29,3 | 52,4 | 15,3 | 2,9  |
| d640                                                 | Выполнение работы по дому | 0,0                     | 16,0 | 40,7 | 31,3 | 12,0 |

По данным оценки социально-бытовой активности у всех пациентов было выявлено ограничения в категориях МКФ по ведению домашнего хозяйства. Затруднения в самообслуживании испытывали от 66,0% до 85,8% пациентов (в зависимости от категории раздела 5 МКФ). Для уменьшения степени выраженности выявленных проблем в план реабилитационных мероприятий включали занятия, обучающие самообслуживанию, навыкам персонального ухода, пользованию электрическими и газовыми приборами, в том числе с применением специальных технических средств для бытовой адаптации. Уменьшению ограничений в социально-бытовом статусе способствовали также занятия на улучшение координации движений верхних конечностей и занятия по коррекции нарушений мелкой моторики.

По окончании курса проведенных реабилитационных мероприятий удалось добиться улучшения показателей реализации индивидуальной активности и социального участия у 100% пациентов. Эффективность реализации была отмечена также по разделам МКФ 7 «Межличностные взаимодействия и отношения», 8 «Главные сферы жизни», 9 «Жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь». Учитывая, что в 46% случаев рекомендации ИПРА носили бессрочный характер, актуализация и персонификация данных по оценке реабилитационного статуса была необходима. Использование МКФ позволяло составить динамичный 3-х этапный алгоритм действий с целью эффективной реализации рекомендаций ИПРА. Одновременное сочетанное воздействие медицинских и социальных технологий, при необходимости с привлечением ТСР, оказывало при этом положительный потенцирующий эффект.

Выводы.

1. Использование МКФ позволяет повысить эффективность детализировать и актуализировать информацию, заложенную

в ИПРА инвалида, независимо от давности разработки ее рекомендаций. Применение МКФ позволяет оценить динамику изменений ограничений жизнедеятельности, отраженных в ИПРА. 2. Применение МКФ в условиях многопрофильного реабилитационного центра позволяет не только оценивать эффективности реабилитационного курса. Детальное тестирование имеющихся ограничений жизнедеятельности в категориях МКФ способствует составлению оптимального поэтапного плана реабилитационных мероприятий на основе матрицы индивидуальных проблем инвалида независимо от его нозологической принадлежности. 3. Использование МКФ позволяет давать динамичную оценку ограничений жизнедеятельности, повышая тем самым эффективность реализации рекомендаций ИПРА.

#### Литература.

1. Буйлова Т.В. Международная классификация функционирования как ключ к пониманию философии реабилитации // МедиАль. – 2013. – №2 (7). – С. 28-30.
2. Васильченко Е.М., Ляховецкая В.В., Карапетян К.К., Филатов Е.В., Золотов Г.К. Применение инструментов международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в реабилитационной практике на модели пациентов с травматической болезнью спинного мозга // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2017. – №16(5). – С. 234-243.
3. Всемирная Организация Здравоохранения. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья [полная версия]. – СПб.: СПбИУВЭК, 2017. – 342 с.
4. Газалиева Ш.М., Алиханова К.А., Аbugалиева Т.О., Омаркулов Б.К. Роль МКФ при состав-



- лении индивидуального профиля функционирования и оценки эффективности реабилитационных мероприятий // Медицина и экология. – 2019. – №1. – С. 109-111.
5. Глотова М.Е., Куртин А.Н., Вавиличев А.С. МКФ как методическое руководство к организации реабилитационного процесса // Наука и социум: материалы научно-практических конференций АНО ДПО «СИПППИСР» (июнь-ноябрь 2024 года). – Новосибирск: Изд-во АНО ДПО «СИПППИСР», 2024. – С. 27-52.
6. Демина Э.Н. Показатели социальной диагностики с учетом МКФ для определения возможности и способности инвалида к сопровождаемому проживанию // Acta medica Eurasica. – 2019. – №2. – С. 19-20 [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://acta-medica-eurasica.ru/single/2019/2> (дата обращения 20.09.2024)
7. Демина Э.Н., Портова Л.З., Ходякова Т.В. Методы определения реабилитационных мероприятий по направлению социальная реабилитация у детей с ДЦП // Acta medica Eurasica. – 2018. – №4. – С. 3-4. – [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <http://acta-medica-eurasica.ru/single/2018/4> (дата обращения 20.09.2024)
8. Жукова Т.Н., Мясников И.Р. Оценка доступности услуг в системе социального обслуживания инвалидов при использовании показателей МКФ // Комплексная реабилитация и абилитация инвалидов: материалы научно-практической конференции. – С-Пб.: ООО «ЦИАЦАН», 2020. – С. 38-39.
9. Иванова Г.Е., Бодрова Р.А., Буйлова Т.В., Каримова Г.М., Комарницкий В.С. Алгоритм формулирования реабилитационного диагноза с помощью Международной классификации функционирования пациенту, перенесшему инсульт: клинический случай // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2022. – №1. – С. 37-54.
10. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы» от 26 июля 2024 г. № 374н // Контур.Норматив. – [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=477415> (дата обращения: 21.04.2025).
11. Распоряжение Правительства Российской Федерации "Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года" от 18.12.2021 № 3711-р // Официальный интернет-портал правовой информации. – 2021г. – №0001202112280026. – сизм.идопол.вред.от28.12.2021.
12. СП 59.13330.2020 "СП 25-01-2001 Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения" от 30.12.2020 // Официальный сайт Министерства строительства и жилищно-коммунального хозяйства Российской Федерации. – 2020. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа. – URL: <https://www.minstroyrf.gov.ru/upload/iblock/a69/SP-59.pdf> (дата обращения 17.09.2024).
13. Цыкунов М.Б. Реабилитационный диагноз при патологии опорно-двигательной системы с использованием категорий международной классификации функционирования // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2019. – №2. – С. 108-115.
14. Шошмин А.В., Пономаренко Г.Н., Бесстрашнова Я.К., Черкашина И.В. Применение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки эффективности реабилитации: методология, практика, результаты // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2016. – №6. – С. 12-13.

**ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ  
ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА О ПОВЫШЕНИИ ТРЕБОВАНИЙ К УСЛОВИЯМ  
РЕАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«О внесении изменений в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации»  
(Федеральный закон от 28 февраля 2025 г. № 28-ФЗ)  
(начало читайте на стр. 9)**

- типовые дополнительные профессиональные программы, в соответствии с которыми учебные заведения будут организовывать обучение специалистов здравоохранения, будут утверждаться Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- типовые дополнительные профессиональные программы станут обязательными в части форм обучения и сроков его освоения, применения дистанционных образовательных технологий и электронного обучения (ДОТ и ЭО), а также требований к кадровому и материально-техническому обеспечению образовательной деятельности;
- запрет на реализацию профессиональных образовательных программ медицинского и фармацевтического образования с применением исключительно ДОТ и ЭО будет установлен за исключением случаев, определенных ФГОС и типовыми программами;
- подтверждение соответствия установленным требованиям образовательные организации будут получать в Росздравнадзоре путем лицензирования деятельности;
- лицензирование деятельности по реализации дополнительного профессионального образования будет осуществляться по областям и видам профессиональной деятельности.
- Основопологающие положения закона вступают в силу с 1 марта 2026 года.

(далее читайте на стр. 23, 27, 30, 46)



УДК 159.9.61+ 616.89  
EDN MJJGBL

## ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СРЕДИ ПЕДАГОГОВ И ИХ СВЯЗЬ С СИНДРОМОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ

**Новикова Марина Владимировна.**

г. Санкт-Петербург,  
Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. С-Петербурга;  
кандидат медицинских наук, зав. отделением анестезиологии-реанимации, врач анестезиолог-реаниматолог;  
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет им. В.И. Гордеева,  
ассистент кафедры анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии,  
e-mail: arina7891@mail.ru,  
ORCID ID: 0009-0003-1403-3700

**Чухрова Марина Геннадьевна.**

г. Новосибирск,  
Новосибирский государственный педагогический университет, доктор медицинских наук,  
профессор кафедры общей психологии и истории психологии; Новосибирский государственный университет экономики и управления, профессор кафедры психологии,  
e-mail: mbav3@vandex.ru  
ORCID: 0000-0001-5389-5897  
SPIN-код (РИНЦ): 4250-9594  
AuthorID (РИНЦ): 475871

**РЕЦЕНЗЕНТ:** Ефремов Анатолий Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, член-корр АН РФ, г. Новосибирск

## DISEASES OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM AMONG TEACHERS AND THEIR RELATION TO BURNOUT SYNDROME

**Novikova Marina Vladimirovna.**

St. Petersburg,  
Clinical hospital «Russian Railways – Medicine» of St. Petersburg, candidate of medical sciences, head of the department of anesthesiology and intensive care, anesthesiologist and intensive care physician; saint petersburg state pediatric medical university named after V.I. Gordeev, assistant at the department of anesthesiology, intensive care and emergency pediatrics named after V.I. Gordeev,  
e-mail: arina7891@mail.ru  
ORCID ID: 0009-0003-1403-3700

**Chukhrova Marina Gennadievna.**

Novosibirsk, Novosibirsk State Pedagogical University, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of General Psychology and History of Psychology; Novosibirsk State University of Economics and Management, Professor of the Department of Psychology,  
e-mail: mbav3@vandex.ru  
ORCID: 0000-0001-5389-5897

**REVIEWER:** Efremov Anatoly Vasilievich, Doctor of medical sciences, professor, corresponding member of the Russian academy of

### АННОТАЦИЯ

Целью исследования было выявление группы риска по сердечно-сосудистым заболеваниям среди педагогических работников, связанных с синдромом эмоционального выгорания. Было обследовано 68 женщин-педагогов, средний возраст составил 39,5±7,2 года. Диагноз заболевания устанавливали на основе ежегодных профессиональных осмотров. Применялся тест В.В. Бойко «Диагностика уровня эмоционального выгорания» и методика «Индекс жизненного стиля». Выявлено, что уровень сердечно-сосудистой заболеваемости существенно возрастает с возрастом. У заболевших пре-

### ABSTRACT

SPIN code (RSCI): 4250-9594  
AuthorID (RSCI): 475871

The aim of the study was to identify a risk group for cardiovascular diseases among teaching staff associated with burnout syndrome. 68 female teachers were examined, the average age was 39.5±7.2 years. The diagnosis of the disease was established on the basis of annual professional examinations. The V.V. Boyko test "Diagnosis of the level of emotional burnout" and the "Life Style Index" methodology were used. It has been revealed that the level of cardiovascular morbidity increases



обладают психологические защиты «Проекция», «Вытеснение» и «Рационализм». Проявления эмоционального выгорания у заболевших и здоровых существенно не различались.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания; педагоги; заболевания органов сердечно-сосудистой системы, психологические защиты.

Сердечно-сосудистая патология (гипертоническая болезнь, ИБС) зачастую ассоциирована с психосоциальным стрессом, обусловленным профессиональными факторами [1, 2]. Обще-признанным считается, что профессии, связанные с интенсивным и напряженным взаимодействием с людьми, когда подразумевается личностная вовлеченность, участие, способность сочувствовать и сопереживать, являются наиболее стрессогенными. Это профессии педагога, медика, социального работника, спасателей, т.е. профессии, где привычные, стереотипные действия не всегда возможны, т.к. нет двух одинаковых ситуаций; где эмоциональная сфера оказывается постоянно напряженной [3]. При этом, само содержание профессиональной деятельности зачастую оказывает негативное воздействие на работника. Так, современная педагогическая среда характеризуется частой гиперстимуляцией, перегрузками, не всегда заранее прогнозируемыми требованиями и претензиями, необходимостью следования меняющимся нормативным положениям, что нередко приводит к профессиональному стрессу, профессиональным деструкциям, и как следствие, к возникновению синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) [4, 5]. Личность активно противостоит профессиональным деструкциям [6, 7]. Одним из способов противодействия является подключение психологических защитных механизмов, направленных на снижение уровня тревоги, страха, на сдерживание и регуляцию сильных эмоций [8, 9]. Показано, что любая эмоциональная реакция, даже подавленная, сопровождается физиологическими изменениями [10, 11, 12], в первую очередь, со стороны сердечно-сосудистой системы: сосудистой дисрегуляцией с изменением артериального давления, общим недомоганием, одышкой, тошнотой, головокружением, бессонницей и т.д. СЭВ зачастую сопровождается снижением иммунитета, обострением хронических заболеваний, приводит к утяжелению первично выявляемой патологии, утрате трудоспособности [13, 14]. Отсюда вытекает важность раннего выявления СЭВ, выделения групп риска и разработки профилактических программ [15, 16]. Выявленная связь между особенностями психологического механизма защиты и субстратом сердечно-сосудистой патологии (изменением эластических свойств сосудистой стенки) [17], позволяет осуществлять прогноз развития патологического процесса в зависимости от психологических способов защиты от стресса. Таким образом, условия трудового процесса педагогических работников, в ряде случаев способствуют возникновению эмоционального выгорания. Являясь одной из форм профессиональной деформации личности, СЭВ оказывает влияние на здоровье и выполнение профессиональных обязанностей данной категории работающих [18]. Поэтому мероприятия, направленные и разработку программ по предотвращению заболеваний,

significantly with age. The psychological defenses of "Projection," "Repression," and "Rationalism" prevail in patients with the disease. The manifestations of emotional burnout in the sick and healthy did not differ significantly.

Keywords: burnout syndrome; teachers; diseases of the cardiovascular system, psychological defenses.

связанных с СЭВ и определении контингента, подверженно-го этому риску, не теряют своей значимости и актуальности.

Цель исследования.

Выявление группы риска сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с синдромом эмоционального выгорания, у лиц, занимающихся педагогической деятельностью.

Материалы и методы.

Исследование проводили на базе нескольких общеобразовательных школ г. Новосибирска в 2024 году. Было обследовано 68 женщин-педагогов, средний возраст составил  $39,5 \pm 7,2$  года. Отобранная совокупность была однородна по полу и профессиональной квалификации.

Этическое одобрение. Согласие участников (письменное) было получено в соответствии с Хельсинкской декларацией. Критерии включения и исключения: включались все педагоги в возрасте 25-60 лет, с их информированного согласия.

Оценку синдрома эмоционального выгорания проводили при помощи методики Виктора Васильевича Бойко «Диагностика уровня эмоционального выгорания», методологически опирающейся на теорию развития стресса Г. Селье [19]. Выявление конкретных механизмов психологической защиты (отрицание, вытеснение, регрессия, компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация и реактивное образование) осуществляли по методике «Индекс жизненного стиля» [20].

Изучение показателей заболеваемости осуществляли по результатам медицинских осмотров, рассчитывая экстенсивные показатели, свидетельствующие о структуре патологической пораженности и интенсивные показатели, характеризующие распространенность патологического процесса (число выставленных диагнозов на 100 осмотренных).

Проверку распределения полученных данных на соответствие нормальному закону распределению выполняли с помощью критерия Шапиро-Уилка. В случае соответствия данных распределению Гаусса-Лапласа, типичные значения представляли в виде среднего и стандартного отклонения, при не соответствии – в виде медианы, первого и третьего квартиля. Сравнение типичных значений в группах осуществляли с помощью критериев Стьюдента и Манна-Уитни. Нулевую гипотезу отвергали при уровне значимости  $p < 0,05$ . Доверительный интервал с надежностью 95% рассчитывали аппроксимацией распределения Пуассона по хи-квадрат.

Исследование выполнено в несколько этапов. Первый этап был посвящен анализу состояния здоровья по результатам периодических медицинских осмотров, на втором устанавливали механизмы психологической защиты в исследуемой когорте и, на их основе, формировали группы сравнения (с высоким и низким риском развития заболеваний, связанных с эмоци-



ональным выгоранием). На третьем оценивали эмоциональное выгорание в группах сравнения и создавали решающее правило для прогноза возникновения психосоматических нарушений, в первую очередь, сердечно-сосудистой патологии.

Результаты и обсуждение.

Заболевания органов кровообращения выявленные на периодических медицинских осмотрах, составили 45,4 случаев на

100 осмотренных. На первом месте (69,9 %) были заболевания, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, на втором (15,0 %) церебно-васкулярные болезни и на третьем (6,9 %) – ишемическая болезнь сердца. Повозрастные коэффициенты заболеваемости органов кровообращения, выявленные на периодических медицинских осмотрах, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Повозрастные коэффициенты заболеваний органов кровообращения, выявленные в результате периодического медицинского осмотра

| Возраст, лет | Частота патологической пораженности (% на 100 осмотренных соотв. возраста) |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------|
| до 30        | 7,4                                                                        |
| 30-39        | 21,6                                                                       |
| 40-49        | 40,7                                                                       |
| 50 и старше  | 83,1                                                                       |

Как видно из таблицы, выявлен опережающий рост патологической пораженности с увеличением возраста. Показатель наглядности к возрасту 50 лет и старше по сравнению с возрастной группой до 30 лет составил 1122,9 %, т.е. вырос в 11 раз.

Анализ механизмов психологической защиты, осуществленный по данным методики «Индекс жизненного стиля», показал, что значимые отличия между группами наблюдаются при механизмах защиты «Проекция», «Вытеснение» и «Рационализм».

Таблица 2

Психологические механизмы защиты в группах сравнения (доля от всех обследованных, %)

| Механизмы защиты / Protection mechanisms                                           | Заболевания сердечно-сосудистой системы |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|
|                                                                                    | Заболевания не выявлены                 | Заболевания выявлены |
| Вытеснение / Displacement*                                                         | 4,7                                     | 24,0                 |
| Регрессия / Regression                                                             | 8,0                                     | 16,3                 |
| Отрицание / Denial                                                                 | 8,0                                     | 11,6                 |
| Проекция / Projection*                                                             | 14,0                                    | 48,0                 |
| Компенсация / Compensation                                                         | 8,0                                     | 14,0                 |
| Рационализм / Rationalism*                                                         | 4,0                                     | 23,3                 |
| Примечание: * – статистически значимые различия при сравнении групп при $p < 0.05$ |                                         |                      |

Как видно из таблицы 2, значимыми параметрами являются «Вытеснение», «Проекция» и «Рационализм». Полученные данные свидетельствуют о том, что лица из групп «с выявленным заболеванием» и «без выявленного заболевания» различаются, за счет способности вытеснять травмирующий фактор, смещения действия на другой объект или субъект.

Психологические защитные механизмы включаются, когда необходима защита от непереносимых факторов, поэтому, когда защитных механизмов много, и они сильно выражены – это значит, что рациональные приемы не срабатывают. Поэтому при патологии их (защит) должно быть больше. Когда работают защиты, то это не значит, что человек справился со стресса-

ми, стрессорные факторы никуда не исчезают, подсознание их фиксирует, рано или поздно наступит срыв и возникнет психосоматическая патология, в данном случае, сердечно-сосудистая. Психосоматика – это тоже защита, самооправдание («я болен, поэтому не справляюсь с работой»). Как считает Антонио Менегетти, человек сам «придумывает» себе болезнь, чтобы сохранить самооценку (А. Менегетти, 2004). А защиты – это неосознанный самообман. Усиление психологических защит – как раз симптом того, что личность не справляется с вызовами.

Рационализация, как высшая форма психологической защиты – это попытка объяснить себе, что то, что происходит, это закономерно, так и должно быть, не стоит обращать внимание,



проблемы нет (например, педагог говорит себе: «мир быстро меняется, поэтому дети сейчас другие, их трудно понять»). Это не-конструктивно, хотя на первый взгляд иногда кажется логичным.

Дальнейшее исследование особенностей психологических механизмов проводили по методике В.В. Бойко. Профессиональное выгорание было определено у половины (54,4%)

обследованных, однако статистически значимого влияния на возникновение заболевания сердечно-сосудистой системы в нашем исследовании при этом установлено не было.

Проявления эмоционального выгорания в зависимости от наличия заболеваний сердечно-сосудистой системы представлены в таблице 3.

Таблица 3

Проявления эмоционального выгорания в зависимости от наличия заболеваний сердечно-сосудистой системы (средние значения)

| Симптомы эмоционального выгорания                                                  | Наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------|
|                                                                                    | Заболевания не выявлены                         | Заболевания выявлены |
| Переживание ПТО / Experiencing PTO                                                 | 42 [24-58]                                      | 31 [15-49]           |
| Неудовлетворенность собой / Dissatisfaction with oneself                           | 12 [2-15]                                       | 10 [4-19]            |
| Загнанность в клетку / Being trapped in a cage                                     | 10 [5-15]                                       | 10 [7-15]            |
| Тревога и депрессия / Anxiety and depression                                       | 5 [1-13]                                        | 6 [0-11]             |
| Избирательное реагирование / Selective response                                    | 6 [0-10]                                        | 10 [5-15]            |
| Эмоциональная дезориентация / Emotional disorientation                             | 18 [15-22]                                      | 18 [12-23]           |
| Расширение экономики / Expanding savings                                           | 10 [7-17]                                       | 15 [7-17]            |
| Редукция проф. Обязанностей / Reduction of Prof. Responsibilities                  | 18 [6-28]                                       | 20 [10-30]           |
| Эмоциональный дефицит / Emotional deficit                                          | 18 [10-25]                                      | 15 [7-20]            |
| Эмоциональная отстраненность / Emotional detachment*                               | 12 [10-18]                                      | 15 [8-20]            |
| Личностная отстраненность / Personal detachment                                    | 13 [10-22]                                      | 10 [5-13]            |
| Психосоматические нарушения / Psychosomatic disorders                              | 8 [2-15]                                        | 10 [5-15]            |
| Примечание: * – статистически значимые различия при сравнении групп при $p < 0.05$ |                                                 |                      |

Как следует из таблицы 3, значимым признаком возникновения патологии сердечно-сосудистой системы была «Эмоциональная отстраненность», что хорошо согласуется с психологическими защитами «вытеснение» и «проекция».

Заключение. Проведенное исследование показало высокую пораженность сердечно-сосудистыми заболеваниями среди педагогических работников. Выявлены психологические особенности у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а именно, специфический спектр психологических защитных механизмов: преобладание вытеснения, проекции и рационализма. Симптомы эмоционального выгорания достоверно не различались в группах заболевших и здоровых, однако эмоциональная отстраненность была достоверно более выражена в группе больных. Эта тенденция представляет интерес, данная проблема нуждается в более глубоком изучении.

#### Литература.

1. Стрижаков Л.А., Лебедева М.В., Фомин В.В., Мухин Н.А. Профессиональные факторы и риск развития сердечно-сосудистых заболеваний / Терапевтический архив. – 9. – 2016. – С. 125–130.

2. Сорокин Г.А. Работа, утомление и профессиональный риск. – СПб.: Изд. политехнического университета; 2016. – 456 с.

3. Березенцева Е.А. Профессиональный стресс как источник эмоционального выгорания. // Управление образованием: теория и практика. – 2014. – 4. – С. 162–70.

4. Молокоедов А.В., Удовик С.В., Слободчиков И.М., Багдаева Т.М. Эмоциональное выгорание в профессиональной деятельности. – М.: Левъ; 2018.

5. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика. – М.: Юрайт, 2022. – 299 с.

6. Налчаджян А.А. Фрустрация, психологическая самозащита и характер. Т. 1. Защитные психологические механизмы и их генезис. – М.: Родина; 2019.

7. Адлер А. Очерки по индивидуальной психологии. – М.: АСТ; 2023.

8. Пронин С.В., Чухрова М.Г., Султанова А.Н., Михайлова Д.В. Эмоциональное выгорание у операторов CALL-центра во взаимосвязи с психосоциальными производственными факторами // Медицина Кыргызстана. – 2020. – №4. – С. 50–52.

9. Долгова В.И., Кондратьева. О.А. Психологическая защита:



монография. – М.: Перо, 2014 – 160 с.

10. Пронин С.В., Чухрова М.Г., Егорова Л.С. Психосоматика в клинической практике: Монография. – Новосибирск: Издательство ООО «Немо Пресс», 2019. – 172 с.

11. Менегетти А. Введение в онтопсихологию / Издание 2-е, исправленное и дополненное. Перевод с итальянского ННБФ «Онтопсихология». – М.: ННБФ «Онтопсихология», 2004. – 138 с.

12. Долецкий, А.Н., Бусыгин А.Е., Докучаев Д.А. Сравнительный анализ изменений кардиогемодинамики и биоэлектрической активности в состояниях эмоционального напряжения и релаксации. – 2017. – №1-12. – [Электронный ресурс]. – URL: <https://znaniyum.com/catalog/product/529476>

13. Timothy W. Smith, Brian R. W. Baucom. Toward a social psychophysiology of vagally mediated heart rate variability: Concepts and methods in self-regulation, emotion, and interpersonal processes // Soc Personal Psychol Compass. – 2020. – 1. – С. 1-24

14. Солощенко И.М. Профилактика эмоционального выгорания у педагогов. // Педагогические науки. – 2023. – С. 178–181. DOI:10.24412/2500-1000-2023-5-4-178-181

15. Тхетелева Н.В., Мензул Е.В. Влияние синдрома эмоцио-

нального выгорания на производительность труда. // Вестник Самарского муниципального института управления. – 2023. – 3. – С. 86–91.

16. Mesters P. Professional fatigue syndrome (burnout): Part 2. From therapeutic management Rev Med Liege 2017; 72 (6): 301–7.

17. Bonnie A. Clough, Sonja March, Raymond J. Chan, Leanne M. Casey, Rachel Phillips, Michael J. Ireland Interviews: a systematic review. Syst Rev. 2017; 6: 144.

18. Дроздецкий С.И., Кучин К.В., Бритов А.Н., Елисеева Н.А. Особенности эластических свойств сосудистой стенки и психологическая защита у мужчин с артериальной гипертензией. // Профилактическая медицина. 2016;19(2):29-35. <https://doi.org/10.17116/profmed201619229-35>

19. Бабич О.И. Профилактика синдрома эмоционального выгорания педагогов: диагностика, тренинги, упражнения. – Волгоград: Учитель, 2017. – 122 с.

20. Бойко В.В. Психозэнергетика. – СПб.: Питер, 2008. 409 с.

21. Опросник Плутчика-Келлермана-Конте (Life style Index). – [Электронный ресурс]. – URL: [https://psychojournal.ru/life\\_style\\_index.html](https://psychojournal.ru/life_style_index.html) (дата обращения 18.12.2023)

**АНО ДПО СИНМО ГОТОВ К ИЗМЕНЕНИЯМ,  
связанным с повышением требований к условиям реализации медицинского и  
фармацевтического образования, изложенным в законе  
«О внесении изменений в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации»  
(Федеральный закон от 28 февраля 2025 г. № 28-ФЗ)  
(начало читайте на стр. 9, 18)**

– Наш Институт полностью соответствует всем уже имеющимся требованиям, и будет организовывать обучение по программам Министерства здравоохранения Российской Федерации, как только они будут реализованы.

– На сегодняшний день наш Институт продолжает набор слушателей на дистанционное обучение, которое допускается до 1 сентября 2026 г.

– Все новые образовательные программы проходят обязательную регистрацию на портале НМО, а данные удостоверений и дипломов вносятся в ФИС ФРДО.

– Над программами работают высококвалифицированные методисты. Штат научно-педагогических работников (кандидаты и доктора наук) составляет 67%.

– Институт регулярно разрабатывает модули очного обучения. Ежемесячно их проходят несколько сотен специалистов здравоохранения.

– Учебные аудитории укомплектованы современным оборудованием для проведения очных лекционных занятий и отработки практических навыков. В обучении применяется медицинское оборудование и тренажеры-манекены, с помощью которых наши слушатели отрабатывают такие навыки, как: проведение сердечно-легочной реанимации, проведение медицинского массажа, катетеризация мочевого пузыря, постановка желудочного зонда, проведение венепункции, внутривенных, интратрахеальных, подкожных и внутримышечных инъекций, наложение швов и повязок, отработка приема Геймлиха и другие.

– Стажировочные базы организованы в крупных клиниках Новосибирска и других городов России. Также Институт открывает собственную многопрофильную клинику, которая станет практической площадкой для специалистов разных направлений.

– В нашем институте работает экспертный методический отдел, который готов за 2-3 недели подготовить программу по любому направлению медицины и фармации. Пока все учебные продукты не типизированы, успевайте пройти обучение по индивидуальному образовательному запросу.

(далее читайте на стр. 27, 30, 46)



УДК 616.31  
EDN SMWWZQ

## ПСИХОСОМАТИКА И СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПОДРОСТКОВ ГОРНОГО АЛТАЯ

**Егжова Марина Сергеевна.**

г. Новосибирск,  
НГМУ, кафедра терапевтической стоматологии, ассистент, кандидат медицинских наук,  
pknsk@yandex.ru

**Пронин Сергей Владимирович.**

г. Новосибирск,  
НГУЭУ, кафедра психологии, доцент, кандидат медицинских наук

**РЕЦЕНЗЕНТ:** Чухрова Марина Геннадьевна, доктор медицинских наук, профессор Новосибирского государственного педагогического университета

## PSYCHOSOMATICS AND DENTAL STATUS IN GORNY ALTAI ADOLESCENTS

**Egzhova Marina Sergeevna.**

Novosibirsk,  
NSMU, Department of Therapeutic Dentistry, Assistant, PhD,  
pknsk@yandex.ru

**Pronin Sergey Vladimirovich.**

Novosibirsk,  
NSUU, Department of Psychology, Associate Professor, Candidate of Medical Sciences,

**REVIEWER:** Marina Gennadyevna Chukhrova, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Novosibirsk State Pedagogical

### АННОТАЦИЯ

Отмечено, что психологическое состояние подростков может отражаться на состоянии зубов; например, отмечается увеличение кариеса у подростков с высоким уровнем стресса и тревожности. Психосоматические аспекты играют значительную роль в здоровье полости рта у подростков, включая развитие кариеса. Важно обращать внимание на эмоциональное состояние молодежи для профилактики стоматологических заболеваний. Выявлено значение восприятия и установки, связанные со школьными программами здорового образа жизни для профилактики стоматологических заболеваний у подростков.

Ключевые слова: психосоматика, стоматологический статус, подростки, ЗОЖ, Алтай.

### ABSTRACT

It is noted that the psychological state of adolescents can affect the condition of their teeth; for example, there is an increase in caries in adolescents with high levels of stress and anxiety. Psychosomatic aspects play a significant role in oral health in adolescents, including the development of caries. It is important to pay attention to the emotional state of young people for the prevention of dental diseases. The importance of perception and attitudes associated with school programs for a healthy lifestyle for the prevention of dental diseases in adolescents is revealed.

Key words: psychosomatics, dental status, adolescents, healthy lifestyle, Altai.

Актуальность проблемы.

Уровень тревожности и его связь с кариесом у подростков, например, в Горном Алтае, представляет собой важную тему, так как психосоциальные факторы могут существенно влиять на здоровье. Вот несколько ключевых аспектов, связанных с этой темой. Психологическое состояние. Высокий уровень тревожности может оказывать отрицательное влияние на общее здоровье, снижая уровень иммунной защиты и делая организм более восприимчивым к инфекциям, включая бактериальные инфекции в полости рта.

Гигиена полости рта. Подростки с высоким уровнем трево-

жности могут пренебрегать личной гигиеной, включая уход за зубами. Это может привести к ухудшению состояния зубов и увеличению риска развития кариеса [1]. Тревожные состояния могут повлиять на аппетит и пищевые привычки. Например, некоторые подростки могут прибегать к нездоровой пище – с высоким содержанием сахара, что также способствует развитию кариеса. Также, подростки с высоким уровнем тревожности могут испытывать страх перед посещением стоматолога, откладывая необходимые профилактические обследования и лечение, что также ведет к более высокому риску кариеса. [2, 3, 4].

Социальные факторы. В Горном Алтае, как и в других ре-



гонах, социальная среда, уровень образования и доступ к медицинским услугам могут влиять на уровень тревожности и на здоровье зубов подростков. Некоторые исследования показывают зависимость между уровнем тревожности и повышенным риском стоматологических заболеваний [5]. Эти данные указывают на то, что важно учитывать психологическое состояние подростков при оценке стоматологического здоровья. Таким образом, уровень тревожности может играть значительную роль в предрасположенности подростков к кариесу [6]. Важно разрабатывать стратегии для снижения тревожности, а также проводить образовательные мероприятия о гигиене полости рта и здоровье зубов, особенно для молодежи в таких уникальных регионах, как Горный Алтай.

Цель исследования: изучение взаимосвязи стоматологического статуса и некоторыми поведенческими аспектами, связанными с повседневными интересами школьников, регистрируемого на профилактическом стоматологическом осмотре и социально-психологическом тестировании.

Задачи исследования:

1. Взаимосвязь здорового образа жизни (ЗОЖ) и мотивации подростков - спорт, питание, другое, прием психоактивных веществ (ПАВ) - с риском стоматологической патологии (кариес, пародонтит).
2. Психосоматические составляющие в группах низкого и высокого стоматологического риска.
3. Построение поведенческой модели по профилактике кариеса и уменьшения риска стоматологической патологии у подростков на основе основных компонентов ЗОЖ - физическая активность, питание, гигиена.

Объект и методы исследования.

Эпидемиологическое исследование выполнено на основе данных скринингового анкетирования подростков Горного Алтая.

Согласие участников (письменное) было получено в соответствии с Хельсинкской декларацией.

Критерии включения и исключения - включались все школьники присутствующие на момент тестирования в школе.

Таблица 1

Общая характеристика по группам стоматологического риска, возрасту и полу подростков (N =261)

| Стоматологический статус |         | N   | %    | Возраст, лет |     |
|--------------------------|---------|-----|------|--------------|-----|
|                          |         |     |      | SD           | M   |
| Нет риска                | Юноши   | 66  | 49%  | 13,9         | 1,2 |
|                          | Девушки | 70  | 51%  | 13,8         | 1,3 |
|                          | Итого   | 136 | 100% | 13,8         | 1,3 |
| Минимальный              | Юноши   | 53  | 49%  | 14,1         | 1,4 |
|                          | Девушки | 55  | 51%  | 14,6         | 1,4 |
|                          | Итого   | 108 | 100% | 14,4         | 1,4 |
| Средний                  | Юноши   | 6   | 35%  | 15,6         | 1,6 |
|                          | Девушки | 11  | 65%  | 14,2         | 1,1 |
|                          | Итого   | 17  | 100% | 14,7         | 1,4 |
| Итого                    | Юноши   | 125 | 48%  | 14,1         | 1,4 |
|                          | Девушки | 136 | 52%  | 14,2         | 1,4 |
|                          | Итого   | 261 | 100% | 14,1         | 1,4 |

Различия по группам возраст/пол риск стоматологической патологии  $P=0,001$ ;  $F=6,91$  достоверны. Всего юношей 125 (48%), девушек 136 (52 %). Не отмечен риск стоматологических заболеваний у 49 % / 51 % (юноши / девушки) , средний риск в два раза чаще наблюдается у девушек .

Пригодность шкал по альфа Кронбаха (AK) показало их высокую значимость для анализа и составила  $AK = 0,76$  для 24 пунктов.

Результаты исследования.

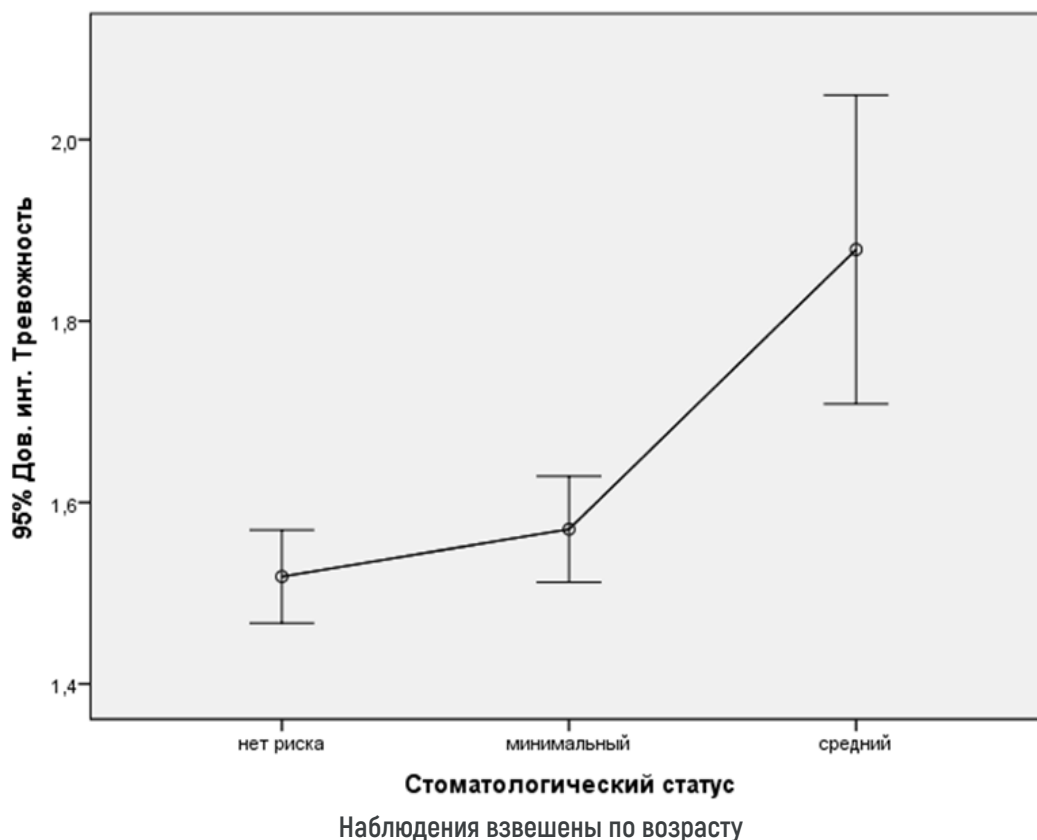


Рисунок 1. При среднем уровне риска стоматологического статуса (кариес, парадонтоз и т.п.) возрастает уровень тревожности у подростков. Максимальная оценка (стандартизированная) уровня тревожности 3 балла и выше реабилитации

В целом наблюдается тенденция при среднем риске стоматологических заболеваний к возрастанию общей тревожности.

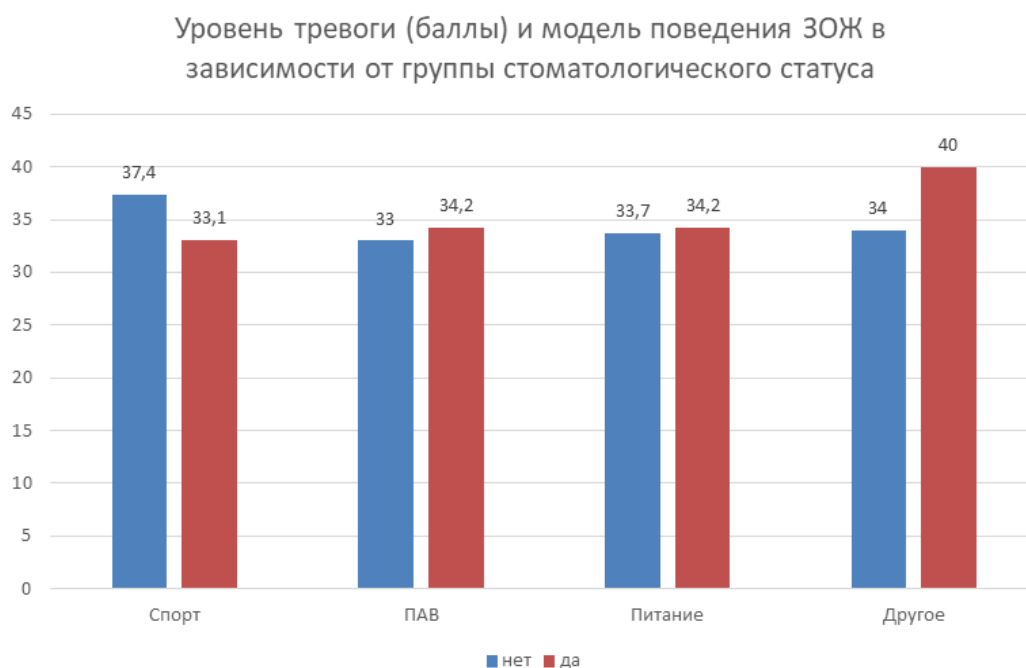


Рисунок 2. Сравнение уровня общей тревоги (балл по всем шкалам) имотивации на ЗОЖ в зависимости от стоматологического статуса.

## Обязательное применение клинических рекомендаций в 2025 году

В соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **медицинская помощь, за исключением медицинской помощи в рамках клинической апробации, организуется и оказывается, в том числе, на основе клинических рекомендаций.**

Клинические рекомендации являются не нормативными актами, а документами, содержащими основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи.

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 17 ноября 2021 г. № 1968 «Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций» переход медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций осуществляется поэтапно, но не позднее 1 января 2025 года. Переход в Республике Крым и г. Севастополь осуществляется до 1 июля 2025 года, а переход в ДНР, ЛНР, Запорожской и Херсонской областях осуществляется вплоть до 1 января 2026 года.

При этом важно отметить, что поэтапность перехода к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций означает исключительно введение временного периода, необходимого для ознакомления и адаптации медицинских организаций и медицинских работников, и не меняет статус и правовые последствия применения или не применения клинических рекомендаций.

Мы предлагаем вебинары и курс повышения квалификации для специалистов с высшим медицинским образованием, в них рассмотрены актуальные вопросы применения клинических рекомендаций в клинической практике, структура и содержание клинических рекомендаций, особенности тезисов клинических рекомендаций и их научная обоснованность.

Обучение предоставляет уникальную возможность овладеть современными знаниями, которые необходимы в условиях стремительно меняющегося мира:

| № | Наименование программы                                                                                                 | Количество часов | Стоимость | Выдаваемый документ                    |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------|----------------------------------------|
| 1 | Клинические рекомендации: вопросы применения в повседневной практике                                                   | 1                | 500       | Электронный сертификат                 |
| 2 | Клинические рекомендации. Экспертиза качества оказания медицинской помощи. Точки зрения и мнения врачебного сообщества | 1                | 500       | Электронный сертификат                 |
| 3 | Клинические рекомендации: вопросы применения в повседневной практике                                                   | 36               | 2900      | Удостоверение о повышении квалификации |

## 2025 год объявлен в России Годом защитника Отечества

Президент РФ Владимир Владимирович Путин подписал Указ о проведении в 2025 году в России Года защитника Отечества. Это решение принято в целях сохранения исторической памяти, в ознаменование 80-летия Победы в Великой Отечественной войне, а также для чествования героев настоящего времени, которые сегодня продолжают защиту нашей Родины.

Ветераны, участники боевых действий и бойцы СВО часто сталкиваются со множеством проблем, которые требуют особого внимания и лечения. Нередко они нуждаются в диспансеризации и медицинской реабилитации. Важно также учитывать необходимость психологической поддержки защитников Отечества.

В связи с этим мы предлагаем вебинары и программы повышения квалификации для специалистов с высшим и средним медицинским образованием. В них рассмотрены актуальные вопросы, связанные с медицинской реабилитацией, оказанием медицинской и психологической помощи и уходом за ветеранами. Вас ждут тщательно разработанные теоретические материалы и увлекательные видеолекции, а также очные практические занятия и онлайн-вебинары:

| №                  | Наименование программы                                                                                                             | Количество часов | Стоимость | Выдаваемый документ                    |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------|----------------------------------------|
| 1                  | Первая помощь как комплекс мероприятий, предшествующий оказанию медицинской помощи в боевой обстановке                             | 1                | 500       | Электронный сертификат                 |
| 2                  | Психологическая помощь лицам, пережившим тяжелый стресс, и членам их семей                                                         | 2                | 500       | Электронный сертификат                 |
| 3                  | Алгоритмы экстренной психологической помощи при острых эмоциональных состояниях участникам боевых действий (гражданским и военным) | 2                | 500       | Электронный сертификат                 |
| 4                  | Психологические проблемы ветеранов боевых действий                                                                                 | 2                | 500       | Электронный сертификат                 |
| 5                  | Протезирование после ампутации конечности как метод реабилитации                                                                   | 2                | 500       | Электронный сертификат                 |
| Высшее образование |                                                                                                                                    |                  |           |                                        |
| 6                  | Психологическая и психотерапевтическая помощь лицам, пережившим тяжелый стресс, и членам их семей                                  | 36               | 2 900     | Удостоверение о повышении квалификации |
| 7                  | Алгоритмы психологической помощи участникам боевых действий (гражданским и военным) при посттравматическом стрессовом расстройстве | 36               | 2 900     | Удостоверение о повышении квалификации |
| 8                  | Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)                                                                                  | 36               | 2 900     | Удостоверение о повышении квалификации |

|                                      |                                                                                                        |     |       |                                        |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|----------------------------------------|
| 9                                    | Комплексная реабилитация инвалидов с ограничением мобильности                                          | 36  | 2 900 | Удостоверение о повышении квалификации |
| 10                                   | Комплексная реабилитация инвалидов вследствие военной травмы внутренних органов, полученной в ходе СВО | 36  | 2 900 | Удостоверение о повышении квалификации |
| 11                                   | Комплексная реабилитация инвалидов с ампутацией конечностей вследствие травмы, полученной в ходе СВО   | 36  | 2 900 | Удостоверение о повышении квалификации |
| 12                                   | Медицинская реабилитация после ранений различного характера                                            | 36  | 2 900 | Удостоверение о повышении квалификации |
| 13                                   | Медицинская сортировка в современных боевых условиях, задачи и принципы                                | 36  | 2 900 | Удостоверение о повышении квалификации |
| 14                                   | Авиамедицинская эвакуация раненых вертолетами                                                          | 36  | 2 900 | Удостоверение о повышении квалификации |
| 15                                   | Оказание первой помощи при острой психологической реакции на стресс                                    | 36  | 2 900 | Удостоверение о повышении квалификации |
| 16                                   | Актуальные аспекты психопатологической диагностики у участников СВО                                    | 144 | 8 000 | Удостоверение о повышении квалификации |
| 17                                   | Организационно-правовые аспекты комплексной реабилитации участников и инвалидов СВО                    | 144 | 8 000 | Удостоверение о повышении квалификации |
| Среднее профессиональное образование |                                                                                                        |     |       |                                        |
| 18                                   | Психологические проблемы участников и ветеранов боевых действий                                        | 36  | 2 500 | Удостоверение о повышении квалификации |
| 19                                   | Сестринский процесс в медицинской реабилитации после ранений и других повреждений                      | 36  | 2 500 | Удостоверение о повышении квалификации |
| 20                                   | Десмургия в сестринской практике                                                                       | 144 | 7 000 | Удостоверение о повышении квалификации |

## Диагностика и лечение нарушений сна во врачебной практике

Длительное нарушение сна и недосыпание может приводить к серьезным последствиям, включая проблемы с сердцем, снижение концентрации и даже депрессию. Расстройства сна могут возникнуть в любом возрасте – от детского до пожилого. Все они крайне отрицательно сказываются на качестве жизни человека и его семьи. При наличии расстройств сна необходимо обратиться за помощью специалиста. Важно помнить, что хороший сон – это залог долгой и счастливой жизни.

В условиях стремительно меняющегося медицинского мира, где ежедневно появляются новые болезни и технологии, непрерывное повышение квалификации становится не просто желанием, а неотъемлемой частью профессиональной жизни медицинского специалиста. Обогащая свои профессиональные навыки, врачи заботятся не только о пациентах, но и о собственном благополучии и благосостоянии своих близких.

В связи с актуальностью проблемы нарушения сна мы предлагаем курсы повышения квалификации, которые не только обновят ваши знания, но и помогут освоить современные навыки в диагностике и лечении, возможные способы коррекции нарушений сна. Курсы включают теоретические материалы и видеолекции, обеспечивая возможность применения полученных знаний в реальных ситуациях:

| № | Наименование программы                                         | Количество часов | Стоимость | Выдаваемый документ                    |
|---|----------------------------------------------------------------|------------------|-----------|----------------------------------------|
| 1 | Современные аспекты диагностики и профилактики нарушений сна   | 2                | 500       | Электронный сертификат                 |
| 2 | Расстройства сна у детей и подростков                          | 36               | 2900      | Удостоверение о повышении квалификации |
| 3 | Храп и синдром обструктивного апноэ сна. Диагностика и лечение | 36               | 2900      | Удостоверение о повышении квалификации |
| 4 | Обструктивное апноэ сна при метаболическом синдроме            | 72               | 4000      | Удостоверение о повышении квалификации |
| 5 | Диагностика и лечение нарушений сна. Инсомния                  | 72               | 4000      | Удостоверение о повышении квалификации |
| 6 | Сомнология. Диагностика и лечение нарушений сна                | 144              | 8000      | Удостоверение о повышении квалификации |



ЗОЖ спорт отличия по уровню тревоги достоверны ( $F=6,28$ ;  $P=0,013$ ). При установке ЗОЖ спорт тревожность ниже в 1,12 раза.

ЗОЖ не употреблять ПАВ – менее эффективная стратегия, не приводящая к изменению уровня тревожности ( $F=0,300$ ;  $P=0,584$ ).

Роль питания – также нет различий между уровнями тревоги, между приверженцами правильного питания и не следующих этим принципам подростков ( $F=0,117$ ;  $P=0,733$ ).

ЗОЖ другое. Заметное различие уровня тревоги, он выше у приверженцев таких стратегий (34 / 40 баллов), но из-за малого количества наблюдений статистической значимости такие отличия не выявили ( $F=0,852$ ;  $P=0,357$ ).

Также отмечено, что у подростков, не потребляющих алкоголь уровень тревоги ниже, чем у его потребителей (35 / 38 баллов). Отличия статистически значимы между этими группами ( $F=4,09$ ;  $P=0,045$ ).

Статистический анализ и корреляционные взаимоотношения выявленных психосоматических отклонений показал, что значимы будут такие шкалы в группе риска по стоматологическому статусу, как тошнота, рвота, дыхательная дисфункция, головокружение, гиперактивность, тремор.

Заключение.

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) напрямую влияет на стоматологический статус подростков. Вот ключевые аспекты – необходимость сбалансированного питания у школьников, богатого витаминами и минералами, что способствует здоровью зубов. Употребление сладостей и газированных напитков увеличивает риск кариеса. Регулярная чистка зубов и использование зубной нити помогают предотвращать заболевание десен и кариес. Необходимо понимание, что привычки по гигиене часто формируются в подростковом возрасте. Не маловажное значение имеет физическая активность. Так регулярные физические упражнения

способствуют общему здоровью и могут улучшить иммунный ответ, что также важно для здоровья зубов. Важен отказ от вредных привычек. Курение и употребление алкоголя негативно сказываются на состоянии зубов и десен. Поддержка ЗОЖ помогает подросткам избегать этих привычек.

Необходимо отметить, что эмоциональное здоровье также влияет на стоматологический статус. Стрессы могут приводить к ухудшению гигиенических привычек. В целом, соблюдение принципов ЗОЖ способствует улучшению стоматологического статуса подростков и профилактике заболеваний полости рта.

Литература.

1. Peirong Guo, Chaoyi Zou, Na An Emotional symptoms, dietary patterns and dental caries: A cross-sectional study in adolescents // Oral dis. 2024 May;30(4):2653-2662. doi: 10.1111/odi.14634. Epub 2023 Jun 6.
2. Шарова Т.Н., Антонова А.А. Прогнозирование эмоционального состояния пациентов на стоматологическом приеме // Современная стоматология. – 2014. – № 1. – С. 94-95.
3. Власова Д.С. Стоматophobia как социальная проблема: факторы формирования и возможности профилактики: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.02.05 / Д. С. Власова. – Волгоград, 2012. – 24 с.
4. Gianmaria F. Ferrazzano, Giancarla Sangianantonib, Tiziana Cantilec, Aniello Ingenito Relationship Between Social and Behavioural Factors and Caries Experience in Schoolchildren in Italy / November 2015 Oral Health & Preventive Dentistry 14(1) DOI:10.3290/j.ohpd.a34996
5. Burt BA. Concepts of risk in dental public health // Community Dent Oral Epidemiol. 2005;33:240-247
6. Kazeminia et al. Dental caries in primary and permanent teeth in children's worldwide, 1995 to 2019: a systematic review and meta-analysis // Head & Face Medicine (2020) 16:22 <https://doi.org/10.1186/s13005-020-00237-z>

## ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ФОРМАТ «ОНЛАЙН» ОЧНЫМ ОБУЧЕНИЕМ ИЛИ НЕТ?

*(начало читайте на стр. 9,18,23)*

Точного ответа на данный вопрос нет ни в одном нормативном правовом акте.

Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (п. 2, ст. 17) определяет всего три формы обучения: очная, очно-заочная и заочная.

Статья 16 данного закона гласит, что организации, осуществляющие образовательную деятельность, вправе применять ДОТ и ЭО в порядке, который установлен в Постановлении Правительства Российской Федерации от 11 октября 2023 г. № 1678 «Об утверждении Правил применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ». В этих правилах описываются требования к образовательной организации при реализации обучения с ДОТ и ЭО без приравнивания к какой-либо форме обучения.

Таким образом, разъяснений о соотношении ДОТ и ЭО к той или иной форме обучения нет. Таким образом, образовательные организации вправе применять онлайн-формат в рамках очного обучения.

*(далее читайте на стр. 30, 46)*



УДК 615.036:616.379-008.64  
EDN TXWPBU

## КОНЦЕПЦИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРАВИЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Васькин Владимир Евгеньевич.

г. Новосибирск,  
индивидуальный предприниматель,  
vevaskin@mail.ru

**РЕЦЕНЗЕНТ:** Чухрова Марина Геннадьевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей психологии и истории психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»

## THE CONCEPT OF ECONOMIC EFFICIENCY OF A HEALTHY LIFESTYLE AND PROPER NUTRITION

Vaskin Vladimir Evgenievich.

Novosibirsk,  
individual Entrepreneur, v  
evaskin@mail.ru

**REVIEWER:** Chukhrova Marina Gennadyevna, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of General Psychology and History of Psychology of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Novosibirsk State Pedagogical

### АННОТАЦИЯ

Предлагается концепция экономической эффективности здорового образа жизни. Проведен опрос 156 студентов вуза с помощью разработанного опросника, включающего вопросы о здоровом образе жизни и здоровом питании, а также готовности тратить больше денежных средств на продукты для здоровья. Показано, что знакомы с принципами здорового образа жизни 85% опрошенных; здорового питания – 65%; придерживаются здорового питания 11% опрошенных, а готовы отказывать себе в развлечениях ради здорового питания только 6% опрошенных. Концепция экономической эффективности здорового образа жизни предполагает экономические расчеты, которые наглядно демонстрируют преимущества здорового образа жизни в долговременной перспективе сохранения здоровья.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, студенты, концепция экономической эффективности здорового образа жизни.

Здоровый образ жизни – это один из важнейших факторов, обеспечивающих успех и процветание человека. Современный мир ограничивает людей во многих аспектах, и здоровье становится все более уязвимым. Среди групп риска наиболее уязвимыми являются студенты. Они нередко пренебрегают правильным питанием, занятиями физическими упражнениями, сном, поэтому подвержены стрессу, болезням и достаточно часто сталкиваются с проблемами нарушенного здоровья в будущем. Вместе с тем, экономические подсчеты затрат на лечение хронических болезней показывают, что они забира-

### ABSTRACT

The concept of economic efficiency of a healthy lifestyle is proposed. A survey of 156 university students was conducted using a developed questionnaire that includes questions about a healthy lifestyle and healthy diet, as well as willingness to spend more money on health products. It is shown that 85% of respondents are familiar with the principles of a healthy lifestyle; 65% are familiar with healthy eating; 11% of respondents adhere to a healthy diet, and only 6% of respondents are willing to deny themselves entertainment for the sake of a healthy diet. The concept of the economic effectiveness of a healthy lifestyle involves economic calculations that clearly demonstrate the benefits of a healthy lifestyle in the long term of maintaining health.

Keywords: healthy lifestyle, students, the concept of economic efficiency of a healthy lifestyle.

ют существенно больше денежных ресурсов, чем возможные профилактические меры [2, 4].

Здоровый образ жизни можно определить как набор установок, позволяющих улучшить и сохранить здоровье человека на физическом, психологическом и социальном уровнях [1]. Правильный образ жизни помогает поддерживать организм, сохранять высокую работоспособность и устойчивость к стрессам, предотвращает возникновение заболеваний, и способствует развитию позитивных эмоций и отношений в жизни. Здоровый образ жизни является одним из главных факторов



обеспечения высокого качества и продуктивности жизни человека, благополучия и успешности во всех сферах жизни, поэтому является необходимым элементом в жизни студентов, так как современный ритм жизни, учебные нагрузки и молодежные развлечения могут иметь негативное влияние на их здоровье.

Именно здоровье людей является одним из основных критериев характеристики уровня развития и степени прогресса общества, базисом экономического процветания государства. Уровень жизни – категория в основном экономическая, отражающая степень удовлетворения материальных, культурных и духовных потребностей человека. Согласно Н.М.Амосову, здоровье с позиций категории качества жизни есть выбор такого образа жизни, при котором человек получает удовольствие от здоровья, а его устойчивое наличие обеспечивает долголетие с высоким уровнем душевного комфорта.

Молодые люди обычно относятся к проблеме здоровья как к чему-то достаточно важному, но абстрактному, не имеющему к ним прямого отношения. В их иерархии ценностей доминируют материальные блага, карьера. Пренебрежение здоровьем в молодости, экономия денег за счет здоровой пищи, предпочтение фастфуда в студенческие годы, когда мозг сталкивается с огромными информационными нагрузками и особенно нуждается в незаменимых питательных компонентах, приводит к тому, что восполнение питательных веществ для мозга происходит за счет обеднения других органов, которые в дальнейшем начинают страдать. Профилактический подход к здоровью заключается в том, что необходимо направлять усилия к его сохранению еще в тот период, когда проблем не существует. Основным фактором, обеспечивающим отличное здоровье и работоспособность, является сбалансированное питание, состоящее из натуральных полноценных продуктов питания, не содержащих вкусовых добавок и всевозможных заменителей, «обманывающих» организм. У студентов должно быть регулярно восполняемый рацион из белков, жиров и углеводов, свежие фрукты и овощи, как источник витаминов, микроэлементов и биологически активных веществ.

Изучение особенностей отношения к своему здоровью современного студенчества является актуальной проблемой и является целью настоящего исследования. Для реализации цели был создан опросник, включающий основные понятия здоровья и отношение к здоровью респондентов, выявление здоровых и нездоровых привычек.

Было опрошено 156 студентов вузов г. Новосибирска (НГПУ, НГУЭУ, СибГУТИ), в возрасте 18-25 лет, из них 76 юношей и 80 девушек. Обследование добровольное, анонимное, с использованием гугл-формы. Анализ проведен с использованием описательных статистик.

#### Результаты.

Первый блок вопросов касался дефиниции здорового образа жизни, как его понимают студенты. Выявлено, что знакомы в общих чертах с принципами здорового образа жизни и правильно его понимают 85% опрошенных, придерживаются, по их мнению, здорового образа жизни 33% опрошенных, готовы отказывать себе в развлечениях ради здорового образа

жизни только 6% опрошенных.

Второй блок вопросов касался физической активности, питания, вредных привычек и режима дня студентов. Физическая активность студентов с точки зрения субъективного восприятия была достаточной у 78% опрошенных, с объективной точки зрения – только у 42%. Правильное питание с соблюдением режима дня и сбалансированной пищей правильно понимается студентами в 65%, а придерживаются режима питания и стараются питаться сбалансированной пищей только 33% опрошенных. Предпочитают и выбирают фастфуд 65% опрошенных. Высказывают осведомленность о недостаточной пользе и, возможно, вреде фастфуда – 80% опрошенных. В отношении потребления алкоголя: 58% опрошенных не отрицают потребление алкоголя по социально-детерминированным мотивам (праздники и т.п.), 6% полностью отрицают алкоголь, остальные считают, что ситуационное потребление алкоголя вполне допустимо. Курят постоянно 38% опрошенных, эпизодически – 22%. Режим дня и полноценный сон отмечают только 35% респондентов. Гендерные различия по данному блоку вопросов несущественные.

Третий блок вопросов касался экономической составляющей здорового образа жизни. Насколько студенты готовы вкладываться в свое здоровье? Выявлено, что тратить на тренажерные залы студенты готовы гораздо более охотно, чем на здоровое питание: 72% против 26%. Большинство респондентов (80%) отметили, что финансовые трудности мешают им питаться правильно, поскольку здоровая еда – это дорогое удовольствие, поэтому большого внимания ей они не уделяют. 65% отметили, что не только отсутствие денег, но и отсутствие времени мешает им вести здоровый образ жизни. 45% отметили, что не задумывались о своем здоровье в долгосрочной перспективе, поскольку в настоящий момент здоровье не беспокоит. Отказывать себе в развлечениях в пользу тренажерного зала готовы только 15% респондентов, а отказывать себе в развлечениях ради здорового питания готовы только 6% опрошенных. О профилактике основных хронических заболеваний, ассоциированных с несбалансированным питанием (диабет, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь и др.) большинство студентов имеют приблизительное понятие – 72%, а стоимость лечения основных хронических заболеваний не интересует 85% опрошенных.

#### Обсуждение результатов.

Проведенное исследование показало, что наименьшее внимание уделяется студентами питанию, меньше всего студенты считают необходимым вкладываться в питание. Это вызывает необходимость новых педагогических программ, с активным включением экономических фактов в профилактические знания, которых у студентов недостаточно. Образовательный процесс – это ключевой этап в жизни студентов, и у них есть возможности использовать образовательную среду для того, чтобы стать более здоровым и активным [3].

Поэтому концептуальная модель экономической эффективности формирования здорового образа жизни у студентов может быть основана на следующих основных компонентах: питание, физическая активность, психологическое благополучие и информированность о здоровье, способах его сохранения и



стоимости лечения. Студенты должны представлять экономические модели здоровья и сопоставлять финансовые траты и перспективные вложения в здоровье.

Экономическая концепция здоровья:

1. Компонент питания: этот компонент модели создан, чтобы помочь студентам питаться правильно. В университетских столовых должно присутствовать больше здоровых продуктов, чем вредных, должны быть организованы курсы и лекции о здоровом питании и здоровых продуктах. Человек, который питается правильно, никогда не будет страдать избыточным весом или его дефицитом, будет иметь хорошее настроение и высокую работоспособность.

2. Компонент физической активности: это компонент модели, который помогает студентам быть более активными. В университетах должно быть предложено множество физических занятий – от йоги до футбола, чтобы студенты могли выбрать упражнения в соответствии со своими индивидуальными интересами и предпочтениями [4].

3. Компонент психологического благополучия: этот компонент модели помогает студентам управлять своими эмоциями, стрессом и конфликтами. Чтобы улучшить психологическое благополучие студентов, в университетах должны быть установлены специальные центры для поддержки и консультаций студентов, а также проводиться тренинги саморазвития и управления эмоциями.

4. Компонент образования о здоровье: это компонент модели, который помогает студентам быть информированными о здоровье и стилях жизни, которые поддерживают здоровье. Университетские программы должны включать в себя курсы социальных и медицинских наук, связанных со здоровьем и способам его сохранения и приумножения, а также информацию о болезнях и возможности их профилактики [5]. При этом экономическая составляющая здоровья не должна замалчиваться, а наоборот, подчеркиваться.

Таким образом, концептуальная модель формирования здорового образа жизни у студентов базируется на интеграции этих четырех компонентов, и направлена на улучшение качества жизни студентов в университетах и в дальнейшей жизни. Компоненты модели взаимодействуют друг с другом и допол-

няют друг друга. Для успешной реализации этой концепции нужна поддержка со стороны учебных заведений, проведение специальных тренингов и семинаров для преподавателей и студентов, а также эффективное взаимодействие с социальными и медицинскими структурами. Необходимо создание здоровьесберегающей среды в университетских кампусах, создание мотивации для здорового образа жизни, подкрепленной экономическими расчетами.

Заключение.

Образ жизни студентов, связанный с информационными нагрузками, определяет и особенности их физической активности, питания и отдыха. Как показало исследование, студенты недостаточно информированы об экономических преимуществах здорового образа жизни, не имеют представления об особенностях здорового питания и физической активности, которые профилактируют в дальнейшем хронические заболевания. Необходима разработка поощрительных мероприятий для студентов, которые ведут здоровый образ жизни и правильно питаются, а также информационные программы о преимуществах здорового образа жизни и правильного питания.

Литература.

1. Айзман Р.И. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни: учебное пособие – 3-е издание, стереотипное. – Новосибирск: Сибирское университетское издательство. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.iprbookshop.ru/65284.html>
2. Бриленок Н.Б. Педагогическое сопровождение становления здорового образа жизни у обучающихся: учебное пособие для студентов Института физической культуры и спорта. – Саратов: Издательство Саратовского университета, 2019.
3. Назарова Е.Н. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни: Учебник. – М.: Academia, 2018.
4. Чукаева И.И. Основы формирования здорового образа жизни. – М.: КноРус, 2018.
5. Шалагинова К.С., Декина Е.В. Формирование навыков здорового образа жизни у студентов педагогического вуза // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2020. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://e-koncept.ru/2020/201045.htm>.

**ЧТО ВАЖНО ПОНИМАТЬ,  
знакомясь с законом о повышении требований к условиям реализации медицинского  
и фармацевтического образования  
«О внесении изменений в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации»  
(Федеральный закон от 28 февраля 2025 г. №28-ФЗ)  
(начало читайте на стр. 9, 18, 23, 27)**

1. Данный Федеральный закон не имеет отношения к прохождению первичной, первичной специализированной и периодической аккредитации, так как эти процедуры регламентированы приказом Министерства здравоохранения 28 октября 2022 г. № 709н.

2. Данный закон не имеет никакого отношения к интерактивным образовательным модулям (ИОМ) и образовательным мероприятиям (ОМ), прохождение которых фиксируется на портале НМФО. Указанные активности до сих пор не являются с позиции законодательства образованием, поэтому примерять к ним нормы принятого сегодня закона не нужно.

(далее читайте на стр. 46)



УДК 615.036:616.379-008.64  
EDN TXWPBU

## МАНУАЛЬНО-СЕНСОРНАЯ ДИСПАНСЕРНАЯ КОРРЕКЦИЯ ДВИГАТЕЛЬНОГО СТЕРЕОТИПА ПАЦИЕНТА

**Хрипков Владимир Васильевич.**

г. Курск,

Кабинет мануальной терапии, главный врач, врач – невролог, мануальный терапевт, врач мануально-сенсорной медицины, Vertebro153@mail.ru.

**Никулина Мария Владимировна.**

г. Курск,

Кабинет мануальной терапии, мануальный терапевт, кинезиолог, врач мануально-сенсорной медицины, mvnikulina7777@mail.ru.

**РЕЦЕНЗЕНТ:** Масалева Ирина Олеговна, ФГБОУ КМГУ Минздрава России, кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии и нейрохирургии

## MANUAL-SENSORY DISPENSARY CORRECTION OF THE PATIENT'S MOTOR STEREOTYPE

**Khripkov Vladimir Vasilievich.**

Kursk,

Manual therapy office, chief physician, Manual Therapist, manual-sensory medicine physician

**Nikulina Maria Vladimirovna.**

Kursk,

Manual therapy office, manual therapist, kinesiologist, doctor of manual-sensory medicine

**REVIEWER:** Masaleva Irina Olegovna, Krasnodar State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, PhD in Medicine, Associate Professor of the Department of Neurology and Neurosurgery University»

### АННОТАЦИЯ

В статье описаны нюансы проведения 4-ого этапа мануально-сенсорной медицины – мануально-сенсорной диспансерной коррекции двигательного стереотипа пациента. Указана, в частности, на такой двигательный феномен, как сочетанное движение височно-нижне-челюстных и крестцово-копчиковых суставов, включая межкопчиковые позвоночно-двигательные сегменты.

Ключевые слова: двигательный стереотип, мануально-сенсорная медицина, сочетанное движение височно-нижне-челюстных и крестцово-копчиковых суставов, мануально-сенсорная диспансерная коррекция двигательного стереотипа пациента.

Мануально-сенсорная медицина, продвигаемая с начала 2011 года доктором Хрипковым Владимиром Васильевичем, рассматривается как отдельный вектор мировой медицины и имеет алгоритм этапного ведения пациентов к полному восстановлению здоровья при последовательном прохождении 5-ти этапов:

1. мануально-сенсорной диагностики,
2. мануально-сенсорной терапии,
3. мануально-сенсорной реабилитации,

### ABSTRACT

The article describes the nuances of the 4th stage of manual-sensory medicine - manual-sensory dispensary correction of the patient's motor stereotype. In particular, it points out such a motor phenomenon as the combined movement of the temporomandibular and sacrococcygeal joints, including the intercoccygeal vertebral-motor segments.

Key words: motor stereotype, manual-sensory medicine, combined movement of the temporomandibular and sacrococcygeal joints, manual-sensory outpatient correction of the patient's motor stereotype.

4. мануально-сенсорной диспансерной коррекции двигательного стереотипа пациента,
5. мануально-сенсорной профилактики заболеваний и патологий опорно-двигательного аппарата детей и взрослых.

На каждом этапе мануально-сенсорной медицины решаются как специальные и автономные, так и комплексные (сквозь все этапы) задачи. Авторами статьи разработаны оригинальные методы и методики для работы на каждом этапе.

В данной статье мы планируем остановиться на некоторых



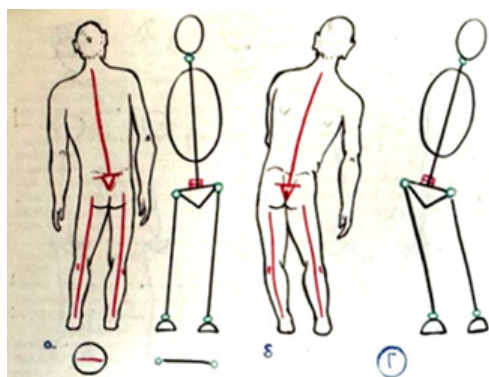
моментах проведения 4-ого этапа мануально-сенсорной медицины, но прежде, остановимся на понятии о двигательном стереотипе человека [далее ДСЧ].

Наш учитель – доктор медицинских наук, профессор Казанского медицинского университета Виктор Петрович Веселовский достаточно понятно изложил своё понимание двигательного стереотипа человека: « В организме больных наблюдается сложный комплекс компенсаторных приспособительных реакций всего опорно-двигательного аппарата, направленный на

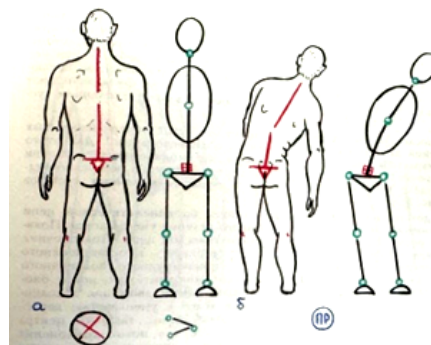
создание нового двигательного стереотипа, позволяющего осуществить свои функции в новых условиях» [3].

По мнению Васильевой Л.Ф. «двигательный стереотип – сложный двигательный акт, состоящий из эволюционно выработанной последовательности и параллельности простых (локальных) движений» [1].

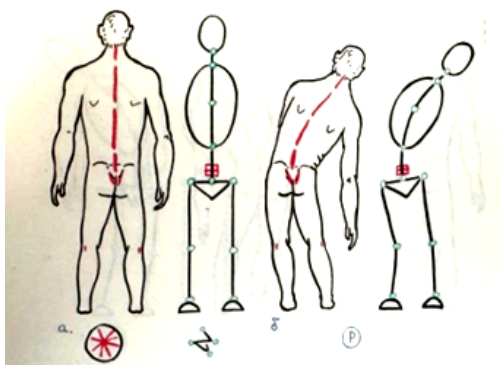
В.П. Веселовский различал пять этапов двигательного стереотипа: генерализованный, полирегионарный, регионарный, интрарегионарный и локальный ...[3] (рис. 1)



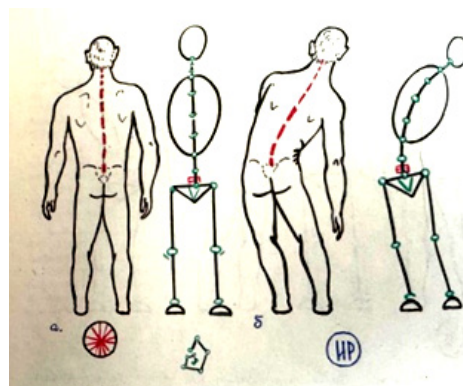
Генерализованный этап изменений двигательного стереотипа (Г):  
а) положение покоя, б) наклон вправо  
(красный цвет – участки гипомобильности)



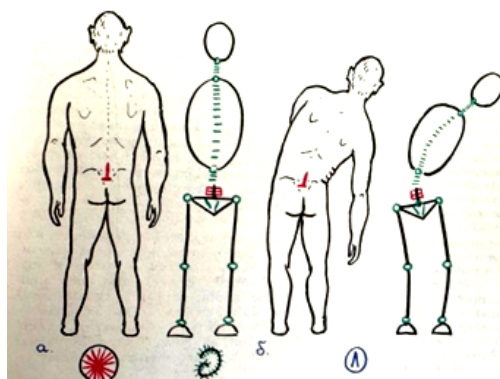
Полирегиональный этап изменений двигательного стереотипа (ПР):  
а) положение покоя, б) наклон вправо



Регионарный этап изменений двигательного стереотипа (Р):  
а) положение покоя, б) наклон вправо



Интрарегионарный этап изменений двигательного стереотипа (ИР):  
а) положение покоя, б) наклон вправо



Локальный этап изменений двигательного стереотипа (Л):  
а) положение покоя, б) наклон вправо

Рисунок 1. Этапы становления двигательного стереотипа [3].



Мануально-сенсорная медицина рассматривает двигательный стереотип пациента как анатомо-физиологическое и функциональное состояние всех систем организма, адаптированное к индивидуальному образу жизни данного пациента.

Мы рассматриваем двигательный стереотип человека как комплекс содружественного движения и биомеханической работы тела человека, который, с точки зрения мануально-сенсорной медицины, способствует нормальной жизнедеятельности организма и способности комфортно и адекватно адаптироваться к внешним и внутренним факторам. И считаем, что, двигательный стереотип человека следует рассматривать не только, как последовательное движение суставного аппарата позвоночного столба, таза и нижних конечностей, но и синхронность отдельных суставов и позвоночно-двигательных сегментов (ПДС), в том числе, включая ВНЧС, их синергизм в общей биомеханике всего опорно-двигательного аппарата.

Сделаем краткое отступление для пояснения последнего тезиса. В данном случае речь идет об интересном не известном ранее двигательном феномене: сочетанном движении височно-нижне-челюстных и крестцово-копчиковых суставов, включая межкопчиковые позвоночно-двигательные сегменты. Так, при открывании рта и жевании (движении нижней челюсти в стороны, вперед, назад) у человека одновременно проис-

ходят движения копчика, а именно движения крестцово-копчиковых суставов и копчиковых позвонков. Этот феномен помогает нам быстро диагностировать наличие дисфункций опорно-двигательного стереотипа пациента: по отклонению копчика в правую или левую сторону, вперед или назад, определяется блокировка или дисфункция височно-нижне-челюстного сустава и наоборот. Например, отклонение копчика вправо, "говорит", о дисфункции правого ВНЧС, и так далее. Этот, обнаруженный нами двигательный феномен, позволяет быстро и точно определять и корректировать не только дисфункции височно-нижне-челюстных суставов но и одновременно кранио-вертебральный переход, включая все ПДС позвоночного столба, не забывая о коррекции крестцово-копчикового сочленения, копчика, таза, нижних и верхних конечностей, межкопчиковых позвоночных сочленений, и многих других структурных элементов, составляющих, как двигательный стереотип, так и опорно-двигательный аппарат пациента.

Вернемся к понятию двигательного стереотипа человека. С точки зрения мануально-сенсорной медицины, двигательный стереотип человека может быть нормальным и патологическим. Нормальный ДСЧ, в свою очередь может быть оптимальным и неоптимальным. Патологический ДСЧ может быть адаптивным и не адаптивным. (рис. 2)

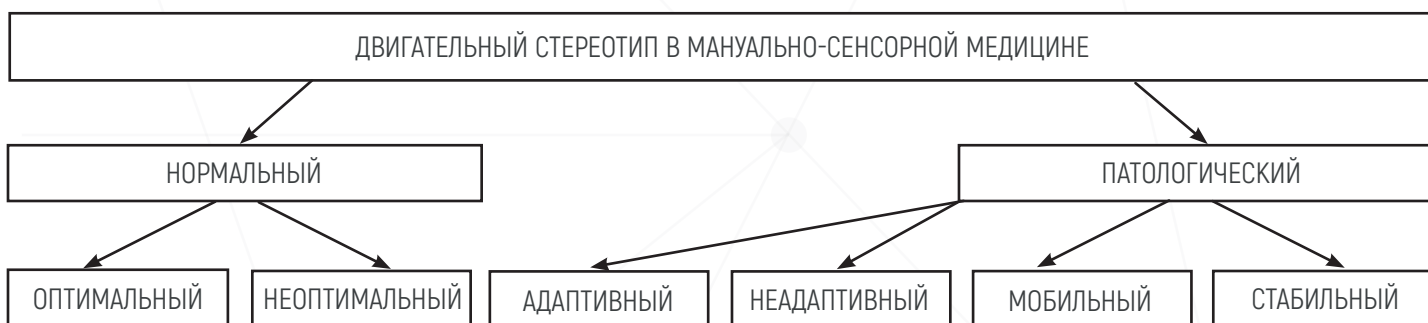


Рисунок 2. Этапы становления двигательного стереотипа [3].

Нормальный двигательный стереотип представляет собой движение опорно-двигательного аппарата человека осуществляемое полностью здоровым организмом способным адаптироваться к любым внешним и внутренним факторам.

Оптимальным двигательный стереотип можно назвать в том случае, когда при обследовании человека все структурно-двигательные элементы здоровы и функция их соответствует полной адаптации к условиям в которых живёт данный человек.

Неоптимальный двигательный стереотип – идентичен оптимальному двигательному стереотипу, но имеется артролюфтация в одном или нескольких суставах, гипер или гипо мобильность, не мешающая адекватной, комфортной, качественной жизнедеятельности человека.

О патологическом адаптивном двигательном стереотипе можно говорить при наличии любых патологий опорно-двигательного аппарата, не мешающих двигательным функциям пациента.

Неадаптивный двигательный стереотип-отмечается у пациентов, которым, по ряду причин, трудно достигнуть нормального оптимального двигательного стереотипа. Это наличие патологий, и условий, которые мешают адаптации двигательного стереотипа пациента.

Двигательный стереотип пациента может быть мобильным и стабильным. Примером мобильного двигательного стереотипа может быть изменение двигательного стереотипа у беременных женщин. Он может изменяться в любом триместре беременности. Иногда возможна стабилизация оптимального двигательного стереотипа у беременных. Этому способствует комбинированный миофасциальный релиз при беременности, который «помогает улучшить осанку и минимизировать



нагрузку на позвоночник, что особенно актуально в условиях увеличения массы тела и изменения центра тяжести». [4]

Становлению оптимального двигательного стереотипа пациентов уделяется большое внимание на каждом этапе мануально-сенсорной медицины. Для этого авторы статьи используют собственные, оригинальные методы работы. Необходимо помнить, что устранение боли является одним из важных элементов в лечении, но не является критерием перехода пациента в следующий этап мануально-сенсорной медицины, и тем более, критерием полного выздоровления! Для того, чтобы пациент перешёл в четвёртый этап, которым является мануально-сенсорная диспансерная коррекция двигательного стереотипа, он должен пройти первые три этапа мануально-сенсорной медицины.

Соответственно названию, на первом этапе проводится мануально-сенсорная диагностика двигательного стереотипа пациента.

На этапе мануально-сенсорной терапии восстанавливается не только структура и функции опорно-двигательного аппарата, но и содружественное, сочетанное, синхронное, адекватное, рабочее состояние психосоматических паттернов.

На этапе мануально-сенсорной реабилитации в процессе восстановления мышечно-связочного аппарата, наравне с восстановлением утраченных функций, продолжается и формирование биомеханики двигательного стереотипа пациента.

Проходя, названные выше, первые три этапа мануально-сенсорной медицины, пациент подготавливается к переходу в четвёртый этап мануально-сенсорной медицины – мануально-сенсорная диспансерная коррекция двигательного стереотипа пациента.

Основной задачей этого этапа является – восстановление функций и структур опорно-двигательного аппарата пациента и удержание нормального двигательного стереотипа пациента в оптимальном диспансерном диапазоне в динамике до перехода его в этап мануально-сенсорной профилактики заболеваний и патологий опорно-двигательного аппарата у детей и взрослых.

Поскольку на этапе мануально-сенсорной реабилитации [8] полностью формируется двигательный стереотип пациента, то на этапе мануально-сенсорной диспансерной коррекции ДСЧ, пациенту остается просто сохранять достигнутый результат, а именно: выполнять не сложные авторские процедуры/упражнения и периодически являться на приём к врачу мануально-сенсорной медицины. До полной стабилизации двигательного стереотипа пациента теперь остается только осуществлять периодический контроль методами мануально-сенсорной медицины и мануально-сенсорную коррекцию опорно-двигательного аппарата пациента.

В четвёртом этапе мануально-сенсорной медицины пациент подготавливается к пятому этапу – мануально-сенсорной профилактике заболеваний опорно-двигательного аппарата детей и взрослых. Временной диапазон перехода пациента к профилактике зависит, от того, насколько дисциплинированно пациент выполняет все рекомендации врача на 4-ом этапе. Диспансерное наблюдение врача – мануально-сенсорной ме-

дицины дает пациенту громадные привилегии по сравнению с другими пациентами. Это позволяет ему находиться в отличном психосоматическом состоянии, постоянно чувствуя рядом поддержку доктора.

Отметим, что готовность пациента к переходу от одного этапа к другому определяется оригинальными методами мануально-сенсорной диагностики, в том числе, определением коэффициента артролюфтации суставов [7].

Таким образом, методы мануально-сенсорной диагностики позволяют определить дисфункции и структурные нарушения опорно-двигательного аппарата, а методы мануально-сенсорной терапии и мануально-сенсорной реабилитации способны подготовить организм пациента к проведению мануально-сенсорной диспансерной коррекции двигательного стереотипа пациента, с тем, чтобы удерживать его, и весь опорно-двигательный аппарат человека в качественном, адекватном, оптимальном, здоровом, структурном и функциональном состоянии, для перехода в этап мануально-сенсорной профилактики заболеваний опорно-двигательного аппарата детей и взрослых.

Другими словами, этап мануально-сенсорной диспансерной коррекции двигательного стереотипа – гарант перехода пациента в этап мануально-сенсорной профилактики заболеваний опорно-двигательного аппарата детей и взрослых, а значит – к полному выздоровлению и здоровому образу жизни.

#### Литература.

1. Васильева Л.Ф. Визуальная диагностика нарушения статики и динамики. – Иваново, 1996. – 200 с.
2. Веселовский В.П. Существует ли остеохондроз позвоночника как заболевание? // Вертеброневрология: Научно-практический журнал. – Казань. – 1993. – №1. – С.7
3. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. – Рига, 1991. – С. 11-22
4. Федоров Д.В. Комбинированный миофасциальный релиз при беременности. «Вестник Сибирского института непрерывного медицинского образования». – Новосибирск: АНО ДПО СИНМО. – 2024. – № 2(6). – С. 15–21
5. Хрипков В.В., Никулина М.В. Мануально-сенсорная медицина // Информационно-методический журнал «Вестник Сибирского института непрерывного медицинского образования». – Новосибирск: АНО ДПО СИНМО. – 2023. – № 1(3). – С. 30–31
6. Хрипков В.В., Никулина М.В. Мануально-сенсорная диагностика // Информационно-методический журнал «Вестник Сибирского института непрерывного медицинского образования». – Новосибирск: АНО ДПО СИНМО. – 2023. – № 2(4). – С. 24–27
7. Хрипков В.В., Никулина М.В. Артролюфтация суставов и коэффициент артролюфтации суставов с точки зрения мануально-сенсорной диагностики опорно-двигательного аппарата // «Вестник Сибирского института непрерывного медицинского образования». – Новосибирск: АНО ДПО СИНМО. – 2023. – № 2(4). – С. 28–32
8. Хрипков В.В., Никулина М.В. Мануально-сенсорная реабилитация // «Вестник Сибирского института непрерывного медицинского образования». – Новосибирск: АНО ДПО СИНМО. – 2024. – № 2(6). – С. 22–25



УДК 616.89  
EDN IRQFPA

## МОТИВАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ В ОЦЕНКЕ ГОТОВНОСТИ К ТРЕЗВОСТИ ХИМИЧЕСКИХ АДДИКТОВ

Пронин Сергей Владимирович.

г. Новосибирск,  
Новосибирский государственный университет экономики и управления,  
кандидат медицинских наук, доцент кафедры психологии,  
e-mail: pronin53@gmail.com

**РЕЦЕНЗЕНТ:** Чухрова Марина Геннадьевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей психологии и истории психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»

## MOTIVATIONAL MODELS IN ASSESSING THE READINESS FOR SOBRIETY OF CHEMICAL ADDICTS

Pronin Sergey Vladimirovich.

Novosibirsk, Novosibirsk State University of Economics and Management,  
PhD in Medicine, Associate Professor of the Department of Psychology,  
e-mail: pronin53@gmail.com

**REVIEWER:** Chukhrova Marina Gennadyevna, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of General Psychology and History of Psychology of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Novosibirsk State Pedagogical University»

### АННОТАЦИЯ

Можно выделить несколько подходов к изучению побудительных мотивов аддиктивного пациента, связанных с трансформацией его поведенческих реакций в сторону трезвого состояния. Надо отметить, что при этом теория мотиваций В.Н. Леонтьева подчеркивает важность мотивационной структуры в регуляции поведения и когнитивных процессов, а также рассматривает мотивацию как ключевую категорию для понимания психического развития и побудительных процессов. Оценка готовности пациента начать лечение проведена на основе модели Prochaska. Приводится разбор мотивационного поля химического аддикта с длительной ремиссией.

Полисемантический подход, в изучении поведения человека в его различных аспектах, разработанный А.Н. Леонтьевым, на основе его теории деятельности является значимым ресурсом для аддиктологии.

Ключевые слова: наркотическая зависимость, ремиссия, теория деятельности, мотивационное поле, полисемантический подход, аддиктология.

### ABSTRACT

There are several approaches to studying the motivations of an addictive patient associated with the transformation of his behavioral reactions towards a sober state. It should be noted that the activity theory of A.N. Leontiev emphasizes the importance of the motivational structure in the regulation of behavior and cognitive processes, and also considers activity as a key category for understanding mental development and philosophical issues.

The patient's readiness to begin treatment is assessed based on the Prochaska model. An analysis of the motivational field of a chemical addict with long-term remission is provided.

The polysemantic approach to the study of human behavior in its various aspects, developed by A.N. Leontiev, based on his activity theory is a significant resource for addictology.

Keywords: drug addiction, remission, activity theory, motivational field, polysemantic approach, addictology.

В последнее время исключительно важное место в терапии зависимых состояний стало отводиться мотивации пациента, рассматривая ее как необходимую предпосылку для лечения и достижения трезвости. Прежде всего внимание акцентируется на прояснении терапевтических ожиданий больного и побуждении его к активному участию в терапевтическом процессе. Необходимо отметить, что обращение к ди-

агностическим мотивационным моделям связано с попыткой решения такой прогностической задачи, как повышение эффективности лечебных, реабилитационных психосоциальных мероприятий, препятствующих развитию наркотических стигм.

Можно отметить несколько подходов к изучению побудительных мотивов аддиктивного пациента связанных с трансформацией его поведенческих реакций. Надо отметить, что



при этом теория деятельности А.Н. Леонтьева подчеркивает важность мотивационной структуры в регуляции поведения и когнитивных процессов, а также рассматривает деятельность как ключевую категорию для понимания психического развития и философских вопросов [Sokolova, E. (2024)]. При этом необходимо понимание того, что теория деятельности прошла путь от своего российского происхождения, как фундаментальной категории, до эмпирического метода моделирования систем деятельности [Lektorsky, V. (2023)].

Другой подход - клиент - центрированный, в оценке готовности пациента начать лечение, реализуемый с помощью специальных опросников, позволяющих «заострить» его проблемы, связанные с приемом алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ), например, AUDIT- C.

Одна из популярных моделей [Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982)] в изучении мотивации при зависимых состояниях постулирует неизбежность проб и ошибок в достижении устойчивой ремиссии, рассматривая мотивацию как процесс непрерывного обучения личности новому состоянию, где выделяются следующие стадии: 1) Стадия отсутствия осознания вреда от ПАВ - своеобразное невосприятие информации по негативным последствиям. «Это вы считаете вредным, а не я!» 2) Стадия появления внимания к возникающим проблемам. Но сохраняется дистанция к получаемой информации - «Это меня не коснется». Определенные моменты могут ускорить решение задачи «осознания». Обычно анализ проблем проводится с помощью четырех польного квадрата. Возможный алгоритм разбора вариантов причин отказа от ПАВ: «Негативные и позитивные проявления, связанные с приемом ПАВ. На другой стороне этих своеобразных весов - негатив и позитив в случае отказа от ПАВ». 3) Стадия определения намерений. Баланс изменений еще незначителен. Требуется уточнение цели и смысла жизни при отказе от ПАВ, где необходимо признание полного отказа от приема всех типов ПАВ. Важно оценить, что нужно реально изменить в образе жизни. Сохраняется влияние болезненного стереотипа поведения. 4) Стадия активного реагирования на проблему. Эффективным является планирование поведения, предупреждающего появление старых стереотипов побудительных

мыслей и связанных с ними негативных эмоций, приводящих к срывам. Очень важно влияние здорового окружения для закрепления позитивных решений. Одна из сложностей - решение проблемы свободного времени.

5) Стадия удержания достигнутых изменений.

6) Программа во время срыва - суметь удержать достигнутое, не соскользнуть в прошлое.

Необходимость поэтапного рассмотрения мотивационного процесса отмечается многими исследователями (А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, Е.П. Ильин), как правило, вносящих понятие «мотивационного поля», в рамках которого происходит формирование внешних реакций. Введение понятия «мотивационное поле» связано с заданием определенных рамок изучаемого процесса. Обычно здесь рассматриваются следующие компоненты мотивационного поля при субстациональной зависимости - самооценка, аффективная симптоматика, конформность, агрессивность, способность клиента принимать решение, выраженность прессинга на него со стороны окружения и его побудительные мотивы к изменению своего состояния. Например, по такому принципу построена мотивационная модель программы TCU (Knight, K., Holcom, M., & Simpson, D. D. (February, 1994). Этот подход, на наш взгляд, позволяет более полно отразить состояние внешних и внутренних мотиваторов, влияющих на поведение аддиктивной личности. Ряд авторов пытается подойти к оценке уровня мотивированности клиента с учетом типа лечебных программ, в которых он участвует. Предлагаемая Simpson, D. D., & Joe, G. W. (1982, 1993, 2000). поведенческая модель для оценки роли мотивации в формировании эффективной лечебной программы делает попытку рассматривать аддиктивную личность как своеобразный «черный ящик» с многими неизвестными, где для успешности лечения необходимо, во-первых, признание пациентом проблем, связанных с приемом наркотиков (Drug Use Problems), где ведущие клинические критерии определены DSM-V; во-вторых, признание необходимости помощи (Desire for Help) и в-третьих, его готовность начать лечение (Treatment Readiness), где часто уже приходится говорить только «о последнем шансе». На стадии готовности больного начать лечение мы считаем разумным ориентирование его на стратегию «лучше синица в руках, чем журавль в небе».

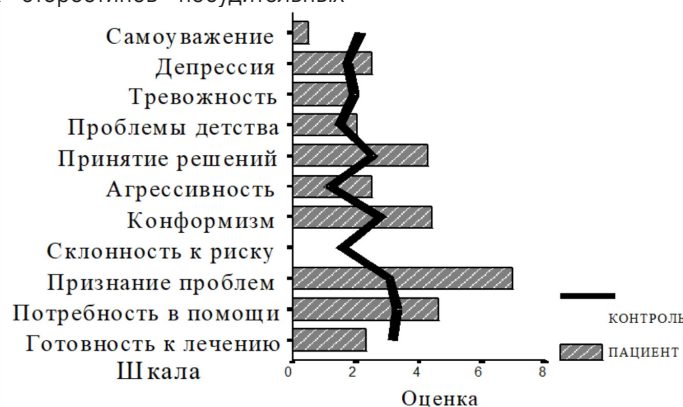


Рисунок 1. Оценка «мотивационного поля» пациента М., 18 лет. Полинаркотическая зависимость, ремиссия. Опросник SRF-MOT(5-97).



Интерпретация данных мотивационного поля. Шкала «самоуважение» или «самооценки» коррелировала с давностью приема ПАВ. В рассматриваемом примере тестирование проводилось через две недели после последнего употребления наркотиков. Эффективность выполнения лечебной программы напрямую связана с повышением данного показателя. Индексы по шкалам «депрессия» и «тревога», по нашим наблюдениям, однозначно свидетельствуют о начале формирования ремиссии и прекращения приема ПАВ, их повышение обычно связано с наркотическим срывом и продолжением приема наркотиков. Завышенные оценки по шкале «конформность» свидетельствует, в первую очередь, о готовности сознательного изменения пациентом своих ожидаемых реакций с реакцией окружающих, в первую очередь, из-за выраженности такого внешнего «убеждения». Необходимо отметить, что высокие оценки по этому параметру отражают и степень подверженности пациента суггестивным воздействиям, стремлением получить поддержку своего близкого, семейного окружения (круг «Я») при исчерпании ресурса этого уровня наблюдался переход ко второму уровню (круг «Ты»), обычно возобновление контактов со старыми друзьями. Появление своеобразного круга «Они» было связано с обращением за поддержкой к медицинской системе только в дезадаптивных ситуациях. Такие реабилитанты, по нашим наблюдениям, наиболее подвержены внешнему прессингу, в чем бы лице он не был представлен. Данному пациенту проводилась патогенетическая психотерапия с достижением частичной ремиссии, раз в три – четыре месяца отмечались наркотические срывы, требующие коррекции общего состояния пациента, реконструированием мотивационных аспектов поведения. На 2024 год находится в ремиссии более 20 лет. Работает консультантом.

Таким образом, анализ состояния проблемы, связанной с изучением мотивации пациента, факторов, влияющих на нее, показывает наличие нескольких подходов, в чем-то близких по своей сути. Практически отсутствуют работы по психофизиологической оценке внутренних механизмов формирования мотивационного поля и связанных с этим стереотипных поведенческих паттернов у аддиктивной личности. Определенный накопленный опыт позволяет говорить о перспективности данного подхода, позволяющего сделать более конгруэнтными взаимоотношения в триаде «пациент – изменение его внутреннего состояния – терапевтическая система».

В заключении необходимо подчеркнуть, что благодаря полисемантическому подходу [Asmolov, A., 2023], о поведении человека в его различных аспектах разработанному А.Н. Леонтьевым в теории деятельности, он

остается значимым ресурсом для психологической науки.

Конечно, современный дух времени все больше делает упор на психофизиологическую модель. Благодаря такому общему применению, мотивационные конструкты предлагают привлекательную теоретическую основу для понимания аддиктивной психопатологии.

Надо заметить, что мотивационное поле аддикта в ремиссии может быть обусловлено личностными особенностями, влиянием окружающей среды и нейробиологическими механизмами, связанными с памятью и реакцией на стимулы, что может влиять на риск рецидива и эффективность лечения. При этом наблюдаются три основные мотивационные измерения у химических аддиктов [Caputo, A. (2018)] – ожидание изменений в сторону выздоровления, воспринимаемая полезность лечения, реабилитации и психическое качество жизни.

#### Литература.

1. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. – С-Пб.: Издательский дом «Питер», 2021.
2. Asmolov, A., Bityutskaya, E., Bratus, B., Leontiev, D., Ushakov, D. Dialogues on/in the field of meanings: to the 120th anniversary of Alexey Nikolayevich Leontiev. – M.: Moscow University Psychology Bulletin, 2023. – <https://doi.org/10.11621/lpj-23-13>.
3. Caputo A. The Experience of Therapeutic Community: Emotional and Motivational Dynamics of People with Drug Addiction Following Rehabilitation. International Journal of Mental Health and Addiction. – 2018. – 17. – P. 151-165. – <https://doi.org/10.1007/s11469-018-0008-4>.
4. Simpson D.D., Sells S.B. Research Summary. TCU Model of Treatment Process and Outcomes, april, 2000
5. Knight K., Holcom, M., Simpson, D.D. TCU Psychosocial Functioning and Motivation Scales: Manual on Psychometric Properties. Fort Worth: Texas Christian University, Institute of Behavioral Research, 1994
6. Lektorsky V. Psychological Theory of Activity by A.N. Leontiev and Current Cognitive Studies. – M.: Moscow University Psychology Bulletin, 2023. – <https://doi.org/10.11621/lpj-23-16>.
7. Prochaska J.O., DiClemente, C.C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: theory, research and practice. – 1982. – 19. – P. 276-288.
8. Simpson D.D., Sells S.B. (). Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program. Advances in Alcohol and Substance Abuse. – 1982. – 2(1). – P. 7-29.
9. Sokolova E. To Turn Psychology «into a Science of the Living Human Being...»: On the Psychotechnical Character of Research of the A.N. Leontiev school of the 1940s. Cultural-Historical Psychology. 2024. – <https://doi.org/10.17759/chp.2024200311>.



УДК 159.923+616.8(075)  
EDN NQZJTD

## КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К АДДИКТИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

**Чухрова Марина Геннадьевна.**

г. Новосибирск,  
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»,  
доктор мед. наук, профессор кафедры общей психологии и истории психологии;  
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный университет экономики и управления»,  
профессор кафедры психологии,  
e-mail: mbav3@yandex.ru,  
<https://orcid.org/0000-0001-5389-5897>

**Кривошеков Михаил Анатольевич.**

г. Новосибирск,  
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»,  
клинический психолог, магистр психологии, ассистент кафедры общей психологии и истории психологии,  
e-mail: Sirin1985@mail.ru

**Митрофанов Никита Алексеевич.**

г. Новосибирск,  
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»,  
бакалавр психологии,

**РЕЦЕНЗЕНТ:** Ефремов Анатолий Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, член-корр АН РФ, г. Новосибирск

## COMMUNICATION SKILLS OF ADOLESCENTS PRONE TO ADDICTIVE BEHAVIOR

**Chukhrova Marina Gennadyevna.**

Novosibirsk,  
Federal state budgetary educational institution of higher education «Novosibirsk state pedagogical university»,  
doctor of medical sciences, professor of the department of general psychology and history of psychology; Federal state budgetary  
educational institution of higher education «Novosibirsk state university of economics and management»,  
professor of the department of psychology,  
e-mail: mbav3@yandex.ru,  
<https://orcid.org/0000-0001-5389-5897>

**Krivoshchekov Mikhail Anatolyevich.**

Novosibirsk,  
Federal state budgetary educational institution of higher education «Novosibirsk state pedagogical university», clinical psychologist,  
master of psychology, assistant of the department of general psychology and history of psychology,  
e-mail: Sirin1985@mail.ru

**Mitrofanov Nikita Alekseevich.**

Novosibirsk,  
Federal state budgetary educational institution of higher education «Novosibirsk state pedagogical university»,  
Bachelor of psychology,

**REVIEWER:** Efremov Anatoly Vasilievich, Doctor of medical sciences, professor, corresponding member  
of the Russian academy of sciences, Novosibirsk



## АННОТАЦИЯ

Целью исследования было изучение специфики коммуникативных навыков у подростков, склонных к аддиктивному поведению. Обследованы 48 подростков 15-16 лет одной из школ г. Новосибирска, анализировались склонность к аддиктивному поведению и коммуникативные навыки. Показано, что подростки, не склонные к аддиктивному поведению, имеют достаточно развитые организаторские способности, стремятся сотрудничать с другими людьми, адекватно реагируют на поведение окружающих людей в зависимости от ситуации. Подростки, склонные к аддиктивному поведению, отличаются зависимостью от мнения окружающих в общении, склонны ориентироваться на поведение других людей, подстраиваться под них.

Ключевые слова: склонность к аддиктивному поведению, подростки, коммуникативные навыки.

## ABSTRACT

The aim of the study was to study the specifics of communication skills in adolescents prone to addictive behavior. 48 teenagers aged 15-16 from one of the schools in Novosibirsk were examined, their propensity to addictive behavior and communication skills were analyzed. It is shown that adolescents who are not prone to addictive behavior have well-developed organizational skills, strive to cooperate with other people, and respond appropriately to the behavior of others, depending on the situation. Teenagers who are prone to addictive behavior are dependent on the opinions of others in communication, tend to focus on the behavior of other people, adapt to them.

Keywords: addiction, teenagers, communication skills.

Подростковый возраст является критическим периодом в развитии личности, прохождение которого определяет социальный вектор функционирования личности в дальнейшем [3]. Именно в подростковом возрасте закладываются разного рода девиации, к которым относятся не только алкоголизм и наркомания, но и разного рода нехимические зависимости, самая распространенная из которых в настоящее время – это зависимость от гаджетов, номофобия (страх остаться без телефона и вне сети интернет) [1, 6, 7].

Для детей подросткового возраста риск возникновения какой-либо аддикции значительно выше, что обусловлено их возрастными особенностями. Для подросткового возраста в целом характерны беспокойство, тревожность. У подростков часто отмечается резкое изменение настроения, проявляется меланхолия, негативное отношение к социальным и правовым ценностям. Подростки вступают в фазу активного роста организма и его гормональной перестройки, что сказывается на общем психологическом фоне подростков, их агрессивности, конфликтности, противоречивости чувств [3, 4].

И, тем не менее, не каждый подросток или взрослый становится заложником аддикции, очевидно, что существует некие личностные предикторы, повышающие риски аддиктивной реализации личности.

Одним из таких факторов формирования аддиктивного поведения является недостаточно развитые коммуникативные навыки, что зачастую негативно влияет на межличностные отношения, и может провоцировать развитие таких эмоциональных состояний, как ощущение одиночества, депрессивность и апатия, что в свою очередь, может лечь в основу развития различных видов аддикций [2, 5].

Цель исследования: изучение специфики коммуникативных навыков у подростков, склонных к аддиктивному поведению.

Материалы и методы исследования.

Обследованы 48 подростков 15-16 лет одной из школ г. Новосибирска, с их информированного согласия. Приме-

нялись методики: тест В.В. Юсупова «Аддиктивная склонность»; тест, рассматривающий коммуникативные умения личности, разработанный Л. Михельсоном в переводе и апробации Ю.З. Гильбух; тест «Коммуникативные и организаторские склонности» В.В. Синявской, В.А. Федоришина (КОС); методы статистической обработки данных, такие как непараметрический критерий U-Манна-Уитни. Результаты и обсуждение.

В соответствии с целью исследования первоначально была проведена диагностика склонности к аддиктивному поведению. Результаты диагностики представлены на рисунке 1.



Рисунок 1. Распределение испытуемых по степени выраженности склонности к аддиктивному поведению (опросник М. Юсупова)



Выявлено, что 52,2% подростков не проявляют выраженных аддитивных склонностей, то есть не стремятся изменять свое психическое состояние для ухода от реальности. Эти подростки демонстрируют здоровое поведение и не испытывают необходимости прибегать к аддитивным реализациям. Вместе с тем, 32,2% подростков имеют явно выраженную склонность к аддитивному поведению. Эти подростки активно используют аддитивные агенты для изменения своего психического состояния: они курят, пробуют алкоголь. Пока рано говорить о развитии зависимости, только о склонности к аддитивному поведению, но однозначно то, что эти подростки нуждаются в профилактических мерах. Однако 15,2% испытуемых находятся в зоне риска. У этих подростков есть предрасположенность к аддитивному поведению, что выражается в их склонности иногда уходить от реальности путем изменения психического состояния. Это указывает на возможные будущие проблемы, если не будут предприняты превентивные меры.

Выборка респондентов была разделена на две эмпирические группы: ЭГ-1, куда вошли 15 испытуемых со склонностью к аддитивному поведению, и ЭГ-2, куда вошли 15 испытуемых, не имеющих аддитивных тенденций. Дальнейший анализ производился по этим двум группам.

На рисунке 2 представлено сопоставление средних показателей коммуникативных и организаторских навыков в группах подростков ЭГ-1 и ЭГ-2 по методике «КОС» В.В. Синявского и В.А. Федоришина (рис. 2).

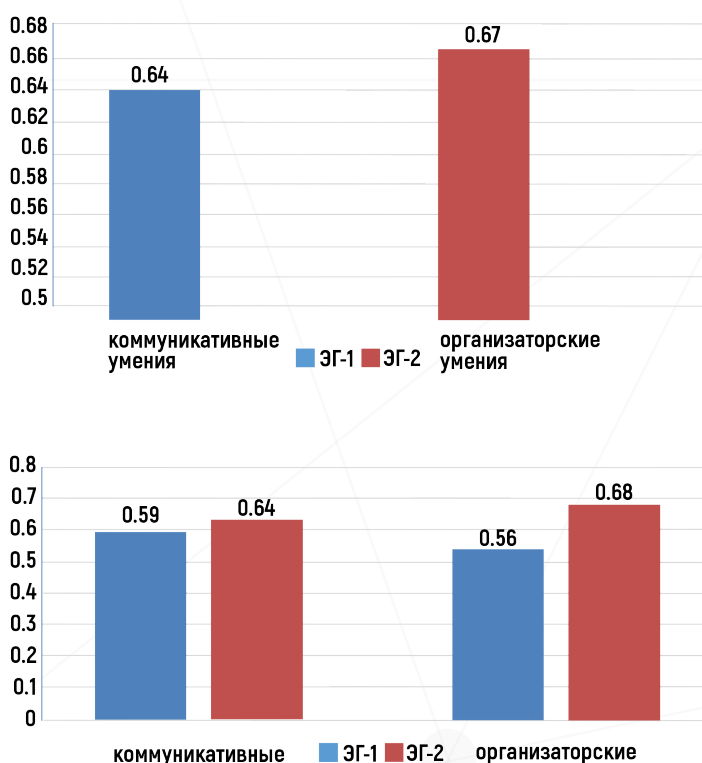


Рисунок 2. Сопоставление средних значений испытуемых ЭГ-1 и ЭГ-2 по методике «Коммуникативные и организаторские склонности» (В.В. Синявский, В.А. Федоришин)

Достоверных различий по коммуникативным и организаторским навыкам между подростками, склонными к аддитивному поведению, и несклонными к нему, не выявлено. Так в группе ЭГ-1 коммуникативные умения находятся на среднем уровне ( $M=0,59$ ), и в ЭГ-2 эти умения развиты так же на среднем уровне ( $M=0,64$ ). Полученные данные свидетельствуют о том, что обе группы подростков, стремятся к общению, и у них трудностей при этом не возникает.

Организаторские навыки у подростков из ЭГ-1 находятся на уровне ниже среднего ( $M=0,56$ ), а в ЭГ-2 на среднем уровне ( $M=0,68$ ). Это свидетельствует о том, что подростки, склонные к аддитивному поведению, плохо ориентируются в новой обстановке, редко проявляют инициативу в общественной жизни и избегают самостоятельности в принятии решений. Подростки, не склонные к аддикциям, в большей степени способны ориентироваться в новой обстановке и проявлять инициативу в общественных делах.

Результаты диагностики коммуникативных навыков по методике Л. Михельсона в адаптации Ю.З. Гильбуха представлены на рис. 3.

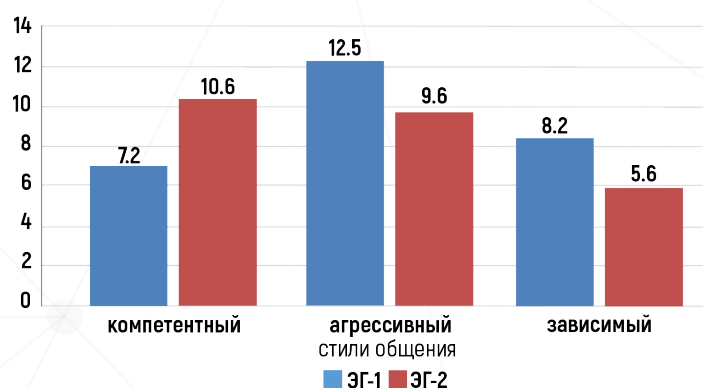


Рисунок 3. Сопоставление средних значений у подростков двух групп (ЭГ-1 и ЭГ-2) по методике Л. Михельсона в адаптации Ю.З. Гильбуха.

Как следует из рис. 3, что большинство подростков в группе, склонных к аддитивному поведению, демонстрируют агрессивный ( $M=12,5$ ) и зависимый ( $M=8,2$ ) типы взаимодействия со сверстниками. Подростки со склонностью к аддитивному поведению могут выбирать зависимый стиль общения, как способ избежать ответственности, проявить пассивное поведение и положиться на других. Эта зависимость может проявляться в неуверенности в собственном мнении, неспособности принимать самостоятельные решения и социальных страхах, возникающих в ситуациях, связанных с критикой, нахождением в центре внимания. Агрессивное общение, с другой стороны, может быть связано с низкой самооценкой этих подростков. Такое поведение может представлять собой попытку скрыть неуверенность и страхи, компенсируя их агрессией.

У подростков, не склонных к аддитивному поведению, доминирует компетентный способ взаимодействия ( $M=10,6$ ), что говорит о стремлении сотрудничать с другими людьми, адекватно реагировать на поведение окружающих людей в зависимости от ситуации. Однако, есть тенденция к применению



агрессивного способа взаимодействия ( $M=9,6$ ), что соответствует подростковому возрасту. Такие подростки могут обладать способностью преодолевать страхи и эмоциональный негатив со стороны окружающих, но в некоторых случаях, они могут

быть раздражительными и критичными к окружающим людям.

Сравнительный анализ полученных результатов, проведенный с помощью U- критерия Манна-Уитни, представлен в таблице 1.

Таблица 1

Результаты U- критерия Манна-Уитни

| Параметры       | Средние значения |      | U-эмп | p-уровень достоверности | гипотеза |
|-----------------|------------------|------|-------|-------------------------|----------|
|                 | ЭГ-1             | ЭГ-2 |       |                         |          |
| Коммуникативные | 0,59             | 0,64 | 190,5 | 0,329                   | $H_0$    |
| Организаторские | 0,56             | 0,67 | 135,5 | 0,022                   | $H_1$    |
| Зависимый       | 8,2              | 5,6  | 143,0 | 0,036                   | $H_1$    |
| Компетентный    | 7,3              | 10,6 | 124,0 | 0,010                   | $H_1$    |
| Агрессивный     | 12,5             | 9,6  | 164,5 | 0,112                   | $H_1$    |

Получены 3 статистически значимых различия между группами подростков, склонных к аддиктивному поведению, и не склонных к аддикциям. Подростки, склонные к аддиктивному поведению, имеют более низкие показатели организаторских умений ( $U=135,5$ ; при  $p=0,022$ ). Что говорит о трудностях в ориентировании в новой обстановке, редком проявлении инициативы в общественной жизни. Такие подростки избегают самостоятельности в принятии решений. Подростки же, не склонные к аддикциям способны планировать свою работу, способны ориентироваться в новой обстановке, проявляют инициативу в общественных делах.

Кроме того, подростки, склонные к аддиктивному поведению, выбирают стратегию в общении «Зависимость» ( $U=143$ ; при  $p=0,035$ ). Они в общении склонны ориентироваться на поведение других людей, подстраиваться под них, подвержены мнению окружающих.

Подростки не склонные к аддиктивному поведению, выбирают стратегию «Компетентность» ( $U=124$ ; при  $p=0,010$ ), что свидетельствует о стремлении сотрудничать с другими людьми, адекватно реагировать на поведение окружающих людей в зависимости от ситуации.

Таким образом, сравнительный анализ по критерию U-Манна-Уитни показал, что группы подростков со склонностью к аддиктивному поведению и не склонные к ней имеют статистически значимые отличия коммуникативных навыков, а именно: организаторские способности и компетентность в общении больше характерны для подростков, не склонных к зависимостям, в то время как подростки, склонные к аддикциям, отличаются зависимостью от мнения окружающих в общении.

Заключение.

Диагностика коммуникативных навыков показала, что подростки, склонные к аддикциям, не имеют статистически значимых отличий от подростков, которые не склонны к аддикциям, однако отличаются более низкими показателями по организаторским навыкам, а также склонны во взаимодействии к зависимому поведению. Такие подростки имеют средний уровень коммуникативных навыков и недостаточно

способны принимать самостоятельные решения. Не проявляют инициативу в общественной жизни, не могут противостоять мнению большинства, поддаются влиянию. Подростки, не склонные к аддиктивному поведению, имеют достаточно развитые организаторские способности и стремятся сотрудничать с другими людьми, адекватно реагируют на поведение окружающих людей в зависимости от ситуации. Подростки, склонные к аддиктивному поведению, отличаются зависимостью от мнения окружающих в общении, склонны ориентироваться на поведение других людей, подстраиваться под них.

Литература.

1. Бозаджиев В.Л. Гаджет-аддикции, их виды и психологические характеристики // Вестник Челябинского государственного университета. Образование и здравоохранение. – 2021. – № 2-3 (14-15). – С. 9-21.
2. Булыгина Л.Н. Формирование коммуникативной культуры личности // Искусство и образование. – 2009. – № 2. – С. 176-185
3. Выготский Л.С. Психология развития человека. – М.: Смысл, Эксмо, 2003. – 1136 с.
4. Горобец Т.Н. Акцентуации характера субъектов аддиктивного поведения // Прикладная юридическая психология. – 2021. – № 2(55). – С. 24-32.
5. Наумова Г.В. Коммуникативные компетенции как социально-психологический фактор, влияющий на девиантное поведение подростков // Новое слово в науке и практике: гипотезы и апробация результатов исследований. – 2013. – № 7. – [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kommunikativnye-kompetentsii-kak-sotsialno-psihologicheskii-faktor-vliyayushchii-na-deviantnoe-povedenie-podrostkov> (дата обращения: 19.05.2024).
6. Чухрова М.Г., Дресвянников В.Л., Маркова Е.В. Наркотическая зависимость: современные стратегии исследования (научная монография). – Saint-Louis, Missouri, USA: Publishing House Science and Innovation Center, 2015. – 218 p.
7. Чухрова М.Г., Леутин В.П. Аддикция: зависимое поведение: Монография. Издание 2-е. – Новосибирск: Изд. НГПУ, 2014. – 251 с.



УДК 159.9.07+316.6  
EDN BNYVJQ

## КРИЗИС РОЖДАЕМОСТИ – НЕ ТОЛЬКО МЕДИЦИНСКАЯ ПРОБЛЕМА, НО И ОТРАЖЕНИЕ СИСТЕМЫ ЦЕННОСТЕЙ СОВРЕМЕННОЙ РОССИЙСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Калашников Владимир Михайлович.

г. Новосибирск,  
Новосибирский государственный педагогический университет,  
магистр психологии, экстерн, направление «Психология», профиль «Общая психология и история психологии»,  
kvm.nsu@mail.ru

**РЕЦЕНЗЕНТ:** Чухрова Марина Геннадьевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей психологии и истории психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»

## THE BIRTH CRISIS IS NOT ONLY A MEDICAL PROBLEM, BUT ALSO A REFLECTION OF THE VALUE SYSTEM OF MODERN RUSSIAN

Vladimir Mikhailovich Kalashnikov.

Novosibirsk, Novosibirsk state pedagogical university,  
master's degree in psychology, external, psychology, profile «General psychology and history of psychology»,  
kvm.nsu@mail.ru

**REVIEWER:** Chukhrova Marina Gennadyevna, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of General Psychology and History of Psychology of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Novosibirsk State Pedagogical University»

### АННОТАЦИЯ

Рождаемость, как медицинская проблема, связанная со здоровьем населения, включает также другие аспекты. В данной статье предпринята попытка анализа кризисной демографической ситуации в Российской Федерации через призму жизненных ценностей и ценностных ориентаций современной российской молодежи. Делается вывод о недостаточности одних только материальных стимулов для повышения рождаемости и выхода России на поддержание численности населения на постоянном уровне. Приведены результаты эмпирического исследования на выборке, которую составили 600 человек, из них 300 человек – это юноши и девушки (в равных долях) 20-25 лет, и 300 человек – мужчины и женщины (в равных долях) 55-65 лет. Применялась методика Милтона Рокича «Ценностные ориентации», а также «Опросник терминальных ценностей» И.Г. Сенина. В результате было установлено, что в иерархии ценностных ориентаций современной российской молодежи «Семейные ценности» по своей значимости занимают только 10-е место, после материальной заинтересованности, ценностей свободы, ценностей развития и ценностей достижения успеха. По результатам опросника терминальных ценностей И.Г. Сенина, современная российская молодежь сферу «Семейная жизнь» ставит на предпоследнее место, что только подтверждает выводы, сделанные по результатам опроса «Ценностные ориентации» М. Рокича. Также приводятся результаты, полученные по данной тематике другими исследователями.

Ключевые слова: демографический кризис, коэффициент рождаемости, современная молодежь, ценностные ориентации, семейные ценности.

### ABSTRACT

Fertility, as a medical problem related to the health of the population, also includes other aspects. This article attempts to analyze the crisis demographic situation in the Russian Federation through the prism of life values and value orientations of modern Russian youth. It is concluded that material incentives alone are insufficient to increase the birth rate and bring Russia to maintain the population at a constant level. The results of an empirical study on a sample of 600 people are presented, of which 300 were boys and girls (in equal proportions) aged 20-25 years, and 300 were men and women (in equal proportions) aged 55-65 years. The methodology of Milton Rokich "Value orientations" was used, as well as the "Questionnaire of terminal values" by I.G. Senin. As a result, it was found that in the hierarchy of value orientations of modern Russian youth, "Family values" occupy only the 10th place in importance after material interest, values of freedom, values of development and achievement of success. According to the results of the Terminal values questionnaire I.G. Senin, modern Russian youth puts the sphere of "Family life" in the penultimate place, which only confirms the conclusions drawn from the results of the survey "Value orientations" by M. Rokich. The results obtained by other researchers on this topic are also presented.

Keywords: demographic crisis, fertility rate, modern youth, value orientations, family values.



## Введение.

Воспроизводство населения тесно связано со здоровьем населения. Вместе с тем, наблюдаемое за последние годы в российском обществе резкое снижение коэффициента рождаемости (количество детей в расчете на одну женщину), не связано с увеличением болезненности населения. Для поддержания численности населения в государстве на постоянном уровне коэффициент рождаемости должен составлять не менее 2,1, а по данным на 2024 год он составил 1,32. Причем, данный показатель снижается с 2015 года, когда он достигал 1,78, но уже в 2022 году составил 1,42, в 2023 году сократился до 1,37, а в 2024-м – до 1,32, что является минимумом с 1999 года [5].

Такое резкое снижение коэффициента рождаемости не могло не привлечь к себе повышенного внимания правительства, но предлагаемые им меры поддержки семьи носят в основном экономический характер, и предусматривают увеличение среднего коэффициента рождаемости с 1,3 до 1,6 к 2030 году и увеличение до 1,8 к 2036 году. Таким образом, даже в случае выполнения данной программы, коэффициент рождаемости в России не достигнет необходимого коэффициента 2,1, чтобы остановить дальнейшее снижение численности населения в России [1].

Следует учесть, что подобный экономический подход к решению данного вопроса уже длительное время практикуется в странах Европы, причем, там затраты носят несоразмерно большие размеры, но и они не дают положительного эффекта. При затратах в ЕС в среднем на одного ребёнка 4,2 тыс. евро в год, правительство Люксембурга выделяет почти 19 тыс. евро, но при этом СКР у них один самых низких - 1,25 [12], [11]. Можно сделать вывод, что одни только экономические меры не только не приведут к увеличению численности населения России, но даже и к простому воспроизводству на постоянном уровне.

Конечно, поведение современного человека определяется далеко не только экономической целесообразностью.

Поэтому, выступая на Московском экономическом форуме 1 апреля 2025 года, заслуженная артистка РФ Мария Шукшина одной из самых главных национальных целей России выделила воспитание патриотичной и социально-ответственной личности на основе традиционных духовно-нравственных ценностей. Она предложила меры экономической поддержки семей, имеющих детей, в обязательном порядке дополнить идеологической направленностью государства, провозглашающего многодетную семью одним из своих главных приоритетов [9]. Ведь личность делает свой выбор не под влиянием сиюминутных экономических стимулов, а основываясь на присущей ей системе ценностей (ценностных ориентаций).

В рамках представленной проблемы нами было проведено эмпирическое исследование, целью которого явилось определение главных жизненных ценностей современной российской молодежи.

Контингент и методы исследования. С этой целью нами было проведено исследование, в котором приняли участие 600 человек, из которых 300 человек составили юноши и девушки (в равных долях) 20-25 лет, студенты НГУ, обучающиеся на разных факультетах, и имеющие постоянную прописку в различных городах России, но в настоящее время проживающие в общежитиях НГУ в Академгородке г. Новосибирска. А 300 человек составили мужчины и женщины (в равных долях) 55-65 лет, проживающие в различных городах России. Респонденты выбирались методом случайного отбора и различались между собой по полу, возрасту, месту прописки/проживания, по воспитанию в полной или неполной семье, по уровню образования, уровню семейного и материального положения.

Использовались следующие методики:

1. «Ценностные ориентации» М. Рокича.
  2. «Опросник терминальных ценностей» И.Г. Сенина
- Расчеты проводились в программе Statistica 12.

Результаты применения критерия сравнения двух независимых групп U-Манна-Уитни (N=600).

Таблица 1

| Параметры              | Mann-Whitney U Test (Рокич) 20-25 и 55-65 |                   |         |               |
|------------------------|-------------------------------------------|-------------------|---------|---------------|
|                        | Ср. знач. [20-25]                         | Ср. знач. [55-65] | U       | Ур. знач. (P) |
| Активная жизнь         | 8,48                                      | 8,56              | 44803   | 0,93          |
| Мудрость               | 9,97                                      | 8,1               | 347цц76 | 0,001         |
| Здоровье               | 4,61                                      | 2,88              | 31308   | 0,001         |
| Интересная работа      | 8,23                                      | 8,06              | 42303   | 0,20          |
| Красота                | 13,83                                     | 12,25             | 33812   | 0,001         |
| Любовь                 | 7,17                                      | 6,58              | 41133   | 0,07          |
| Обеспеченная жизнь     | 8,24                                      | 8,25              | 44903   | 0,96          |
| Наличие друзей         | 7,60                                      | 7,98              | 42298   | 0,20          |
| Общественное призвание | 12,90                                     | 12,07             | 37945   | 0,001         |
| Познание               | 9,1                                       | 10,82             | 35119   | 0,001         |
| Продуктивная жизнь     | 9,19                                      | 10,35             | 37692   | 0,001         |



|                    |       |       |       |       |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|
| Развитие           | 7,68  | 10,62 | 27363 | 0,001 |
| Развлечения        | 13,16 | 14,87 | 32507 | 0,001 |
| Свобода            | 8,31  | 11,18 | 29808 | 0,001 |
| Семейная жизнь     | 8,62  | 4,9   | 26035 | 0,001 |
| Счастье других     | 13,08 | 12    | 39344 | 0,01  |
| Творчество         | 12,98 | 13,43 | 41410 | 0,09  |
| Уверенность в себе | 7,84  | 8,10  | 43076 | 0,36  |

Как следует из полученных результатов, отраженных в таблице № 1, «Семейная жизнь» для современной российской молодежи стоит на 10-ом (десятом) месте после «Здоровья», «Любви», «Наличия друзей», «Развития», «Уверенности в себе», «Интересной работы», «Обеспеченной жизни», «Свободы» и «Активной жизни». Таким образом, молодое поколение России, ставя на первые места свои личные интересы, в иерархии жизненных ценностей отводит созданию семьи и рождению детей только 10-е место. И до тех пор, пока данная ситуация не будет изменена, пока ценности семейной жизни для российской молодежи не выйдут на первые-вторые места, надеяться, что одни только материальные стиму-

лы повышения рождаемости смогут переломить кризисную демографическую ситуацию в России будет бесполезно.

Эрик Эриксон в своей книге «Детство и общество» выделяя 8 возрастов развития человека, определяет для молодых людей главными задачами их 5-го периода («Идентичность против смешения ролей») как период полового созревания и влюбленности, нахождение своей любви, создание семьи и рождение детей. Современная же российская молодежь ставит на первые места своих жизненных целей материальное благополучие и достижение личного успеха, откладывая решение данного возрастного кризиса на неопределенное будущее.

Таблица 2

Результаты применения критерия сравнения двух независимых групп U-Манна-Уитни (N=600).

| Параметры                               | Mann-Whitney U Test (0TeЦ<br>20-25 и 55-65) |                      |       |         |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------|-------|---------|
|                                         | Ср. знач.<br>[20-25]                        | Ср. знач.<br>[55-65] | U     | p-value |
| Собственный престиж                     | 2,84                                        | 3,12                 | 33905 | 0,001   |
| Высокое материальное положение          | 3,42                                        | 3,16                 | 36409 | 0,001   |
| Креативность                            | 3,16                                        | 3,00                 | 39619 | 0,01    |
| Активные социальные контакты            | 3,25                                        | 3,16                 | 41610 | 0,11    |
| Развитие себя                           | 3,53                                        | 3,30                 | 36916 | 0,001   |
| Достижения                              | 3,53                                        | 3,39                 | 40193 | 0,02    |
| Духовное удовлетворение                 | 3,75                                        | 3,47                 | 33605 | 0,001   |
| Сохранение собственной индивидуальности | 3,36                                        | 3,16                 | 36965 | 0,001   |
| СФЕРЫ                                   |                                             |                      |       |         |
| Профессиональная жизнь                  | 3,56                                        | 3,41                 | 38888 | 0,001   |
| Обучение и образование                  | 3,65                                        | 3,37                 | 35122 | 0,001   |
| Семейная жизнь                          | 3,19                                        | 3,27                 | 40263 | 0,03    |
| Общественная жизнь                      | 3,09                                        | 2,97                 | 41061 | 0,06    |
| Увлечения                               | 3,28                                        | 3,06                 | 37362 | 0,001   |



Полученные результаты по второму опроснику терминальных ценностей И.Г. Сенина, отраженные в таблице № 2, также показали, что семейные ценности у современной российской молодежи находятся далеко на периферии их систем ценностей. Сфера «Семейная жизнь» была поставлена на предпоследнее место, что подтверждает выводы, сделанные нами по результатам первого опросника «Ценностные ориентации» М. Рокича (таблица № 1).

Похожие результаты в отношении ценностных ориентаций современной российской молодежи были получены и целым рядом других исследователей. Еще в 2013 году в исследовании Ю.Д. Гавроновой было показано, что российские студенты в большей степени делают упор на собственную карьеру и на собственное эго, по сравнению с немецкими студентами (статистическая значимость  $p < 0,05$ , оценка по критерию t-Стюдента). Объем выборки составил 600 человек, 400 российских и 200 немецких студентов [4]. Аналогичные результаты были получены Ласточкиной М.А. (объем выборки составил 2923 человека) [6], Левиной А.А. (объем выборки составил 150 человек) [7], а исследователями Луневым В.В. и Злотковским В.И. делается однозначный вывод, что современное молодое поколение больше ориентировано на личностные ценности, чем общественные [8]. Масштабное исследование, проведенное Российским государственным социальным университетом (РГСУ) в 2023 году в 6 российских регионах, в котором приняли участие 9 тыс. человек, показало, что рождение детей планируют только 32% семейных пар, 68% семейных пар не планируют рождение детей, из которых 28% вообще не собираются становиться родителями по принципиальным соображениям [2].

Данная проблема не осталась вне поля зрения и администрации Президента В. В. Путина, что привело к обсуждению вопроса о создании нового министерства, ответственного за молодежную политику и за патриотическое воспитание, так как в настоящее время нет такого единого органа. С его созданием, можно будет вернуться и к вопросу о восстановлении целенаправленной воспитательной работы с подрастающим поколением, без которой ожидать каких-либо положительных результатов будет сложно [3]. В философских спорах часто звучит фраза о том, что материя первична. И с этим утверждением трудно спорить, так как и сам человек сугубо материален и живет в физическом мире. Но из этого совершенно не следует, что молодой человек или девушка должны начинать задумываться о рождении детей только после достижения некоего, достаточно высокого, уровня достатка и комфорта. Создание семьи и рождение детей, прежде всего, предполагают моральную готовность к новому периоду в жизни молодого человека или девушки, уверенность их в самих себе и в своем избраннике, в их совместной готовности вступать во взрослую жизнь. Рождение детей – это постижение всей полноты жизни, когда женщина становится богиней, способной создавать новую жизнь (рожать ребенка), а мужчина осознает, что есть нечто большее, чем он сам, становится способен подняться над своим эгоизмом и открывает новый смысл в своей жизни – продолжение рода.

Конечно, материальная поддержка молодых семей со стороны государства никогда не будет лишней, но рассчитывать на то, что деньги могут стать побудительным мотивом в рождении детей, означает лишь недостаточное понимание нашим государством глубины задач и демографических проблем, встающих перед Россией на современном этапе. Чего стоит одна только попытка замещения недостающих в экономике трудовых ресурсов семьями мигрантов с предоставлением им российского гражданства. Сокращение коренного населения с одновременным его старением, и попытка заместить эту убыль иностранцами, не может не вызывать роста дополнительной социальной напряженности в российском обществе.

К сожалению, и сама национальная идея в России до сих пор не сформулирована, нет образа будущего и непонятно куда и к чему надо стремиться. А, следовательно, не сформулированы цели, как нет и задач, которые должны быть решены. Жить в свое удовольствие – цель очень заманчивая, но дети, в таком случае, будут только мешать. Вот их рождение и откладывается молодыми россиянами на как можно более позднее время.

Сегодняшнюю ситуацию можно охарактеризовать как кризис современной российской семьи и семейных отношений. Государство должно сформулировать желаемый образ будущего с опорой на многодетную семью, принять программу государственной поддержки такой многодетной семьи и уже этот, наполненный духовностью образ, и предложить российской молодежи. Только такая попытка создания новых жизненных смыслов и выведения семейных ценностей на заслуженное первое место в иерархии жизненных смыслов и ценностей сможет предотвратить надвигающуюся демографическую катастрофу и обеспечить дальнейшее развитие России в сложном окружающем мире.

#### Литература.

1. Вестник охраны материнства и младенчества. 2024. – [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.vestnikomm.ru/jour/article/view/19?ysclid=matflxwbh0396342488> (дата обращения: 14.05.2025).
2. В РГСУ изучили причины отказа россиян от рождения детей // ТАСС. 03.07.2023. – [Электронный ресурс]. – URL: <https://tass.ru/obschestvo/18178399> (дата обращения: 14.05.2025).
3. В России может появиться министерство по молодежной политике и воспитанию // Ведомости. 09.04.2024. – [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.vedomosti.ru/politics/articles/2024/04/09/1030619-v-rossii-mozhet-poyavitsya-otvetstvennoe-za-molodezhnuyu-politiku-ministerstvo> (дата обращения: 14.05.2025).
4. Гавронова Ю.Д. Психологические характеристики культуры и профессиональная мотивация российских и немецких студентов // Психологические исследования. – 2013. – Т. 6. – № 27. – С. 5. – [Электронный ресурс]. – URL: <https://psystudy.ru/index.php/num/article/view/720> (дата обращения: 14.05.2025).
5. Демография. Отчет Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации. 2024. – [Электронный ресурс]. – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (дата обращения: 14.05.2025).



6. Ласточкина М.А. Нравственные ценности современной молодежи (региональное исследование) // Гуманитарные научные исследования. – 2014. – № 8. – [Электронный ресурс]. – URL: <https://human.snauka.ru/2014/08/7535> (дата обращения: 14.05.2025).
7. Левина А.А. Семья в системе ценностей современной молодежи: социологический аспект // Современные научные исследования и инновации. – 2013. – № 10. – [Электронный ресурс]. – URL: <https://web.snauka.ru/issues/2013/10/28016?ysclid=ll54meq9bl385361846> (дата обращения: 14.05.2025).
8. Лунев В.В., Злотковский В.И. К портрету современной российской молодежи // Современная педагогика. – 2014. – № 6. – [Электронный ресурс]. – URL: <https://pedagogika.snauka.ru/2014/06/2431> (дата обращения: 14.05.2025).
9. Шукшина М.В. Раскультирование населения привело к комплексу дезертира и нежеланию рожать детей // Накануне. RU. 03.04.2025. – [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.nakanune.ru/articles/123341/> (дата обращения: 14.05.2025).
10. Эриксон Эрик. Детство и общество. – СПб.: АСТ, 1996. – 592 с.
11. Record drop in children being born in the EU in 2023 // Eurostat. – [Электронный ресурс]. – URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20250307-1> (дата обращения: 14.05.2025).
12. Public spending on family benefits // OECD Famili Database. – [Электронный ресурс]. – URL: [https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/data/datasets/family-database/pf1\\_1\\_public\\_spending\\_on\\_family\\_benefits.pdf](https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/data/datasets/family-database/pf1_1_public_spending_on_family_benefits.pdf) (дата обращения: 14.05.2025).

**О ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ  
с точки зрения закона о повышении требований к условиям реализации  
медицинского и фармацевтического образования  
«О внесении изменений в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации»  
(Федеральный закон от 28 февраля 2025 г. № 28-ФЗ)  
(начало читайте на стр. 9, 18 23, 27, 30)**

Практическая подготовка медицинских и фармацевтических работников, получающих дополнительное профессиональное образование, организуется в:

- образовательных и научных организациях, осуществляющих медицинскую или фармацевтическую деятельность (клиники),
- медицинских и фармацевтических организациях, в которых располагаются подразделения образовательных и научных организаций (клинические базы),
- организациях, осуществляющих производство лекарственных средств,
- организациях, осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий,
- аптечных организациях,
- судебно-экспертных учреждениях
- иных организациях, имеющих лицензию на оказание медицинской и (или) фармацевтической деятельности, которая предусматривает выполнение работ, соответствующих видам работ, связанных с профессиональной деятельностью и предусмотренных образовательной программой.

Организация практической подготовки медицинских и фармацевтических работников предусматривает приобретение практических навыков с использованием средств симуляционных технологий, в том числе фантомной и симуляционной техники, которая имитирует медицинские вмешательства.



УДК 159.923  
JLIGVG

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ ДЛЯ ЖЕНЩИН, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФИТНЕСОМ

**Долгополова Анастасия Олеговна,**  
г. Архангельск,  
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»,  
аспирант, психолог,  
nastionad50@yandex.ru

**РЕЦЕНЗЕНТ:** Чухрова Марина Геннадьевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей психологии и истории психологии ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»

## PSYCHOLOGICAL RISKS FOR WOMEN INVOLVED IN FITNESS

**Dolgopolova Anastasia Olegovna.**  
Arkhangelsk, Novosibirsk State Pedagogical University,  
PhD student, psychologist,  
nastionad50@yandex.ru

**REVIEWER:** Chukhrova Marina Gennadyevna, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of General Psychology and History of Psychology of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Novosibirsk State Pedagogical University»

### АННОТАЦИЯ

Спортивная деятельность становится все более популярной среди женщин, однако с ростом интереса к спорту возникает и проблема зависимости от него. Эта зависимость может проявляться в различных формах, включая чрезмерные тренировки и игнорирование других аспектов жизни. Зависимость от спортивных тренировок провоцируется недовольством своим телом, убеждением, что привлекательность и ценность женщины зависит от ее внешности.

Ключевые слова: спортивная аддикция, фитнес-тренировки, женщины.

### ABSTRACT

Sports activities are becoming more and more popular among women, but with the growing interest in sports, the problem of dependence on it also arises. This addiction can manifest itself in various forms, including excessive exercise and ignoring other aspects of life. Dependence on sports training is provoked by dissatisfaction with one's body, the belief that a woman's attractiveness and value depend on her appearance.

Keywords: sports addiction, fitness training, women.

Согласно имеющимся данным, зарегистрировано устойчивое увеличение числа лиц, вовлечённых в занятия оздоровительной физической культурой, в ряде исследований к этой категории отнесён и фитнес [1, 3, 4].

В течение последних десятилетий учёные на Западе сохраняют живой интерес к вопросам восприятия человеческой внешности. Основное внимание большинства исследований уделяется чувству беспокойства у женщин по поводу их фигуры и веса. Следует заметить, что подобное недовольство своей внешностью приобрело масштабный характер и в современной России [2, 6, 7].

Современная наука рассматривает восприятие тела как постепенный ряд изменений, отражающий разную степень искажённого самовосприятия, от полного удовлетворения до значительных отклонений.

Согласно наблюдениям Н. Рамси, значительные проблемы с восприятием тела часто коррелируют с проявлениями тревожности, депрессии и социальной дисфункции, в то время как минимальные претензии к своему телу обычно соответствуют состоянию благополучия [4]. Самооценка человека формируется не в последнюю очередь при сравнении себя с признанными в обществе критериями при-



влекательности. Несоответствие этим критериям снижает самооценку и вызывает психоэмоциональные расстройства.

По мнению британского ученого А. Фурнхэма, люди, испытывающие сильное недовольство своим телом, чаще подчиняются требованиям культуры красоты, страдают депрессиями, нарушениями пищевого поведения и часто подвержены вредным привычкам [9].

Международные исследования подтверждают, что женщины, посещающие фитнес-клубы, отличаются высокой степенью самообъективации [11]. Эта концепция, разработанная Б. Фредериксоном и Т.Э. Робертсом в 1997 году, утверждает, что в западных сообществах женские тела подвергаются процессу превращения в объекты визуального наслаждения, а сама женщина оценивается скорее визуально, нежели по личным достоинствам. Такие взгляды активно поддерживаются средствами массовой информации, пропагандирующими образ стройной, привлекательной женщины, которому стремятся следовать многие девушки и женщины [8].

Самообъективация представляет собой процесс, при котором женщина принимает убеждения, будто её ценность зависит лишь от её внешности. Подобные установки приводят к усилению чувства тревоги, недовольству телом, уменьшению самооценки, возникновению пищевых расстройств и повышению риска депрессии [8, 9, 11]. Наиболее ярко подобные тенденции проявляются среди клиенток фитнес-клубов, отличающихся повышенной концентрацией на контроле своего тела и подверженностью расстройствам пищевого поведения [10, 13]. Подобные динамические изменения указывают на тенденцию формирования устойчивого интереса к услугам фитнес-индустрии среди населения России, подтверждая массовую вовлечённость в практики поддержания физической активности [7].

Мотивационные установки у клиентов фитнес-центров представляют собой сложный комплекс факторов.

Среди ключевых детерминант, по которым реализуется выбор в пользу регулярных тренировок, выделяются стремление поддерживать физическую форму, укрепление соматического здоровья, снижение избыточной массы тела, психоэмоциональная разрядка, продуктивная организация досуга, а также установление социальных связей.

Тем не менее, согласно аналитическим данным, ведущими оказываются мотивы, сопряжённые с выполнением социальных предписаний, нормативов и ожиданий, касающихся телесного облика [6, 7].

Эта система стандартов, пропагандируемая в массовой культуре посредством информационных каналов, сопровождается разработкой и продвижением многочисленных методик и сервисов, направленных на достижение телесных идеалов (в том числе разработка диет, фитнес-программы, производство косметических средств и др.) [11].

В течение последних десятилетий в зарубежной научной литературе сохраняется высокая исследовательская активность, касающаяся вопросов конструирования и функционирования телесного образа [10, 12]. Объектом интенсивного анализа преимущественно становится беспокойство женской аудитории собственной фигурой и массой тела. В отечествен-

ных условиях, как отмечают исследователи, также наблюдается выраженный рост недовольства внешними характеристиками [1, 3, 4]. По данным ряда исследований, это недовольство констатируется от минимального (отсутствие проблем) до экстремального уровня, доходя до тяжелой дезадаптации [7].

Таким образом, мотивы занятия фитнесом не всегда являются положительными и благоприятными для психического здоровья, а зачастую становятся внешним выражением глубинного недовольства собой и своим внешним обликом. Это порождает негативные психоэмоциональные состояния, которые могут спровоцировать зависимость от фитнес-тренировок.

#### Литература.

1. Борилкевич В.Е. Об идентификации понятия «фитнес» / On Identification of Concept "Fitness" // Теория и практика физической культуры. – 2003. – № 2. – С. 45–47.
2. Всероссийский Центр исследования общественного мнения (ВЦИОМ). – [Электронный ресурс]. – URL: <http://wciom.ru>.
3. Лисицкая Т.С. Сиднева Л.В. Аэробика: теория и методика: в 2 т. – Т. 1. – М.: Федерация аэробики России, 2002. – 229 с.
4. Рамси Н., Харкорт Д. Психология внешности. Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2009. – 256 с.
5. Сайкина Е.Г. Фитнес в системе физической культуры // Известия Российского государственного педагогического университета имени А.И. Герцена: психолого-педагогические науки (психология, педагогика, теории и методика обучения). – 2008. – № 211 [68]. – С. 182–190.
6. Тхотов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.
7. Фельсендорфф О.В., Егоров А.Ю. Риски развития аддикции упражнений и расстройств пищевого поведения среди женщин, посещающих фитнес-клубы // Обзор психиатрии и медицинской психологии. – 2017. – № 4. – С. 96–101.
8. Fredrickson B.L., Roberts T.A. Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks // Psychology of Women Quarterly. – 1997. – Vol. 21. – P. 173–206.
9. Furnham A., Badmin N., Sneade I. Body Image Dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self-Esteem, and Reasons for Exercise // The Journal of Psychology Interdisciplinary and applied. – 2002. – Vol. 136. – № 6. – P. 581–596.
10. Lerner R.M., Jovanovic J. The role of body image in psychosocial development across the life span: A developmental contextual perspective // In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.). – Body images: Development, deviance, and change. New York: Guilford Press. Psychology of Sport and Exercise. – 2008. – Vol. 9. – P. 855–866.
11. Strelan P., Mehaffey S.J., Tiggemann M. Self-Objectification and esteem in young women: The mediating role of reasons for exercise // Sex Roles. – 2003. – Vol. 48. – P. 89–95.
12. Thomson J.K., Van den Berg P. Measuring Body image attitudes among adolescents and adults // in T.F. Cash and T. Pruzinsky (eds.). Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice. – London: The Guilford Press, 2002. – P. 142–153.
13. Tiggemann M., Kuring J.K. The role of body objectification in disordered eating and depressed mood // British Journal of Clinical Psychology. – 2004. – Vol. 37. – P. 243–253.

### АНО ДПО «СИНМО» ПРЕДЛАГАЕТ:

- Обучение по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации, разработанным в соответствии с требованиями профессиональных стандартов и аккредитованным на Портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России.
- Профессиональную переподготовку по специальностям согласно приказу «Об утверждении квалификационных требований 83н от 10.02.2016г. и N 707н от 08.10.15 г».
- Повышение квалификации по всем специальностям, более 2000 программ аккредитовано на портале Непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России, что обеспечивает непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков в течение всей жизни, а также, постоянное повышение профессионального уровня и расширение квалификации.
- Профессиональное обучение.
- Стажировки на базе современных медицинских центров.
- Выездное обучение на территории заказчика.
- Сопровождение медицинских работников в системе непрерывного образования (непрерывного профессионального развития), в том числе с использованием интерактивных образовательных технологий.
- Помощь в разработке нормативно-правовых актов по вопросам аккредитации медицинских работников, критериях оценки портфолио врачей, а также, бальной системе непрерывного медицинского образования.
- Внедрение новых современных технологий, оборудования.
- Разработку индивидуальных учебно-методических материалов.
- Сопровождение научно-исследовательской деятельности медицинских организаций.

### ПРЕИМУЩЕСТВА ОБУЧЕНИЯ В АНО ДПО «СИНМО»:

- Более 3000 программ повышения квалификации и профессиональной переподготовки.
- Собственная образовательная платформа с круглосуточным доступом и сопровождением тьютора.
- Экспертное консультирование слушателей по вопросам профессиональной деятельности.
- Доступные цены на рынке образовательных услуг.
- Профессиональные научно-педагогические кадры (высококвалифицированные преподаватели с многолетним стажем работы, кандидаты и доктора наук – 67%).
- Вариативность форм обучения (дистанционная, очно-дистанционная, очная).
- Практические занятия, стажировки организованы на базе современных медицинских центров.
- Персональный тьютор сопровождает слушателя на всех этапах обучения.
- Методическое сопровождение слушателей и медицинских организаций.
- Организатор Всероссийских научно-практических конференций (с международным участием) «Наука и социум» (сборник включён в национальные библиографические базы данных: eLibrary (РИНЦ) и CYBERLENINKA, присвоены коды DOI).
- Более 200 опубликованных сборников научных трудов.
- Более 80000 слушателей из 85 регионов Российской Федерации и стран зарубежья.
- Реализовано более 2000 государственных контрактов.

