**ОГЛАВЛЕНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

* 1. Понятие здоровья и факторы, влияющие на здоровье
  2. Заболеваемость – ведущий показатель общественного здоровья
  3. Здоровье и образ жизни студентов
  4. Основные принципы распределения студентов на медицинские группы по физкультуре
  5. Заболеваемость студентов, обучающихся в медицинских учебных заведениях

ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

ГЛАВА III. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ ИГМА

3.1. Анализ заболеваемости населения Удмуртской Республики

3.2. Заболеваемость студентов ИГМА по данным обращаемости

3.3. Анализ заболеваемости по данным медицинских осмотров

3.4. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ВЫВОДЫ

РЕКОМЕНДАЦИИ

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ПРИЛОЖЕНИЯ

**ВВЕДЕНИЕ**

Одним из важнейших итогов реализации национального проекта «Здоровье», который включает три приоритетных направления – развитие первичной медицинской помощи, обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью, управление проектом и его информационная поддержка, предполагают укрепление здоровья населения Российской Федерации. В Концепции отраслевой программы «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003 – 2010 г», предусматривается сочетание общественных мероприятий по профилактике заболеваний и коррекции факторов риска среди всего населения с конкретной целенаправленностью мероприятий в группах населения высокого риска, к которым вполне обоснованно можно отнести подростков и студенческую молодежь.

Проблема сохранения здоровья молодого поколения приобретает в настоящее время особую остроту. По имеющимся данным [1], лишь около 15% вновь родившихся являются здоровыми. За годы обучения в школе в 10 раз увеличилось число детей с нарушениями зрения, до 70% школьников имеют нарушения опорно – двигательного аппарата, в 4 раза возросло число детей с нарушениями психического здоровья, в 3 раза – с заболеваниями органов пищеварения. Более 60% подростков-девочек нуждаются в гинекологической помощи, более половины юношей имеют отсрочку от призыва в армию по состоянию здоровья.

Среди старших школьников число курящих достигает 70%, число часто употребляющих алкоголь – 30%, прогрессивно растет количество наркоманов, токсикоманов, растет подростковая проституция.

Более 60% студентов средних и высших учебных заведений страдают хроническими заболеваниями.

В Государственном докладе о состоянии здоровья населения Российской Федерации за 2005 г.[11], также указывается на ухудшение состояния здоровья подростков за последние годы. Так, общая заболеваемость подростков (15-17 лет) в 2005г. по сравнению с 2004 г. увеличилась на 2,9% и составила 177 526,5 на 100 тыс. подростков ( в 2004 – 172 493,9). Рост заболеваемости произошел по всем классам болезней, прежде всего за счет инфекционных и паразитарных болезней – на 24,8%, новообразований на 6,5%, болезням нервной системы – на 6,0%, болезням костно-мышечной системы – на 5,3%, болезням мочеполовой системы – 4,5%, травмам и отравлениям – на 4,4%, болезням кожи и подкожной клетчатки – на 2,6%.

На фоне соматической патологии отмечается увеличение заболеваний органов репродуктивной системы у девочек – подростков. В структуре гинекологических заболеваемости в возрасте 10 – 18 лет ведущее место занимают расстройства менструального цикла и воспалительные заболевания. За последние 5 лет отмечается снижение числа абортов у девочек – подростков на 21,6%. Однако, по - прежнему каждый 10-й аборт в стране производится до 20 лет.

Несколько снизились показатели заболеваемости подростков инфекциями передаваемыми половым путем: в 2005г. было выявлено 2782 заболевания сифилисом ( в 2004 г. – 3290), гонореей – 5118 ( в 2004г. – 6316). У девочек- подростков в 2005 г. сифилис регистрировался в 2,8 раза чаще, чем у юношей.

Показатель распространенности алкоголизма среди подростков составляет 27,5% на 100 000 подростков, за последние 2 года он увеличился в 1,5 раза. Распространенность наркомании за последние 10 лет возросла в 14,8 раза.

При всем при этом не стоит забывать о том, что подростковый возраст является важным периодом роста и формирования человека, когда возникает, развивается и завершается ряд морфологических и психологических процессов, происходит становление многих жизненно важных систем организма. В этом периоде человек наиболее уязвим к различного рода катаклизмам, происходящим вокруг него, восприимчив к воздействующим факторам среды.

Подростки – это особый контингент в составе населения, состояние здоровья которого является барометром социального благополучия и медицинского обеспечения предшествующего периода детства, а также предвестником изменений в здоровье населения в последующие годы[9].

В то же время, реформирование образовательной системы высшей школы, интенсификация учебной деятельности и переход от традиционной организации учебного процесса к инновационным технологиям, существенным образом повышает требования к состоянию здоровья студентов, среда которых формируется из тех же самых детей и подростков уже в школьные годы имеющих многочисленные заболевания. К тому же, ситуация обостряется еще и в связи с возрастающей популярностью в молодежной среде привлекательности различных видов не физической деятельности и с ростом распространенности вредных привычек.

Одним из главных факторов неудовлетворительного состояния здоровья студентов (и не только) является образ жизни. Удельный вес его вклада в показатель смертности составляет почти 60% при отравлениях и травмах, 43% при инфекционных заболеваниях, 30-35% при болезнях кровообращения, дыхания, пищеварения и нервной системы. Доля влияния на развитие заболевания такого фактора, как образ жизни, составляет более 60% при ишемической болезни сердца и сосудистых поражениях головного мозга, 35% при злокачественных новообразованиях. Особенно отрицательно влияют на здоровье вредные привычки. По данным ВОЗ, от такой наиболее распространенной вредной привычки, как курение, ежегодно в мире умирают 6,8 млн. человек.

К большому сожалению культура здорового образа жизни пока еще не получила широкого распространения среди студенческой молодежи. Поэтому так важна разработка программ воспитания здоровому образу жизни для современных подростков. Сохранение здоровья, индивидуальное психическое и физическое развитие обучающихся, формирование общемедицинской культуры человека и устойчивой мотивации на ведение здорового образа жизни должны стать основными тезисами разработанных программ.

Укрепление здоровья обучающихся непременно должно стать одной из приоритетных задач любого учебного заведения, так как молодые специалисты не только служат базой и резервом для работы в различных отраслях народного хозяйства после окончания ВУЗа, но и являются важной составной частью интеллектуального потенциала страны.

Таким образом, проблема состояния здоровья студенческой молодежи является одной из самых актуальных для общества в целом и для медицины и педагогики в частности.

**ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ**

**ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

**1.1.Понятие здоровья и факторы, влияющие на него**

В современной литературе более ста определений и подходов к понятию «здоровье». Они часто сводятся к следующим формулировкам:

1. здоровье – отсутствие болезней;
2. здоровье и норма – понятия тождественные;
3. здоровье как единство морфологических, психоэмоциональных и социально-экономических составляющих.

Как известно, общепринятым является сформулированное еще в 1948 году ВОЗ определение понятия « здоровье». Итак, «здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». ВОЗ провозглашен принцип, в соответствии с которым «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека».

Принято выделять 4 уровня изучения здоровья:

1-й уровень - здоровье отдельного человека.

2-й уровень - здоровье малых или этнических групп – групповое здоровье.

3-й уровень - здоровье населения, т.е. людей, проживающих на конкретой административно-территориальной единице (область, город, район и.т.д.).

4-й уровень – общественное здоровье - здоровье общества, населения страны, контингента, мира, популяции в целом.

В жизни мы чаще сталкиваемся с конкретными людьми и их здоровьем. В этом случае, если речь идет об отдельных людях, мы имеем дело с индивидуальным здоровьем, или с несколькими людьми, их сообществами, мы говорим о групповом здоровье, если речь идет о населении, проживающем в городах, на селе, определенной территории, о всем населении, вводим понятие здоровье популяции, здоровье населения. Каждый уровень требует своих подходов, своего осмысления здоровья. Индивидуальное здоровье мы оцениваем по персональному самочувствию, наличию или отсутствию заболеваний, трудоспособности, физическому состоянию и развитию, личным ощущениям бытия, радости жизни и другими критериями и признаками. Для оценки здоровья общества, в свою очередь, мы абстрагируемся от отдельного, конкретного человека и переходим на язык медицинской и демографической статистики, на язык оценок группового и популяционного здоровья, или проще говоря – здоровья населения, общественного здоровья[8].

Здоровье человека может рассматриваться в различных аспектах: социально-биологическом, социально-политическом, экономическом, морально-этическом, психофизиологическом и др. Основной предпосылкой для этого является то, что нельзя определить здоровье и болезнь вообще, а следует говорить о здоровье и болезни людей. А это обязывает подходить к человеку не только как к биологическому, животному организму, а существу биосоциальному. Здоровье современного человека выступает результатом естественной эволюции вида homo sapiens, в которой все большее влияние занимают социальные факторы. Их роль за весь период развития цивилизации возросла во всех отношениях. Человек получает здоровье, в известном смысле, как дар природы. Однако в процессе социализации уровень здоровья изменяется либо в одну, либо в другую сторону, законы природы проявляются в особой, свойственной только человеку форме. Биологическое в человеке всегда опосредуется социальным. Проблема соотношения социального и биологического в человеке – основа к пониманию природы и характера его здоровья, его болезней, которые следует трактовать как биосоциальные категории.

Таким образом, общественное здоровье характеризуется одновременным комплексным воздействием социальных, поведенческих, биологических, геофизических и других факторов, из которых первостепенное по своему значению, а подчас и решающее воздействие имеют социальные факторы. Все перечисленные факторы могут быть определены как факторы риска. Что же такое факторы риска заболеваний?

Факторы риска – потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирования и неблагоприятного исхода.

В отличие от непосредственных причин заболеваний ( бактерии, вирусы, недостаток или избыток каких-либо микроэлементов и др.) факторы риска действуют опосредованно, создают неблагоприятный фон для возникновения и дальнейшего развития заболеваний.

При изучении общественного здоровья факторы, его определяющие, обычно соединяют в следующие группы:

1. Социально-экономические факторы (условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние, уровень и качество питания, отдых и др.).
2. Социально-биологические факторы (возраст, пол, предрасположенность к наследственным заболеваниям и др.)
3. Экологические и природно-климатические факторы (загрязнение среды обитания, среднегодовая температура, наличие экстремальных природно-климатических факторов и др.).
4. Организационные или медицинские факторы (обеспеченность населения медицинской помощью, качество медицинской помощи, доступность медико- социальной помощи и др.).

Академик РАМН Ю.П. Лисицин приводит следующую группировку и уровни влияния обуславливающих здоровье факторов риска (табл. 1).

Таблица 1

Группировка обуславливающих здоровье факторов риска

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сфера влиянияфакторов на здоровье | Группы факторов риска | Удельный вес, % факторов риска |
| Образ жизни | Курение, употребление алкоголя, несбалансированное питание  Стрессовые ситуации (дистрессы)  Вредные условия труда  Гиподинамия  Плохие материально-бытовые условия  Потребление наркотиков, злоупотребление лекарствами  Непрочность семей, одиночество  Низкий культурный и образовательный уровень  Высокий уровень урбанизации | 49- 53 |
| Генетика, биология человека | Предрасположенность к наследственным заболеваниям  Предрасположенность к дегенеративным болезням | 18-22 |
| Внешняя среда | Загрязнение канцерогенами и др. вредными веществами воздуха  Загрязнение канцерогенами и другими вредными веществами воды  Загрязнение почвы  Резкие смены атмосферных явлений  Повышенные гелиокосмические, радиационные, магнитные и др. излучения | 17-20 |
| Здравоохранение | Неэффективность профилактических мероприятий  Низкое качество медицинской помощи  Несвоевременность медицинской помощи | 8-10 |

Вместе с тем, разделение факторов на те или иные группы весьма условно, так как население подвергается комплексному воздействию множества факторов, кроме того, факторы, влияющие на здоровье взаимодействуют друг с другом, меняются во времени и пространстве, что необходимо учитывать при проведении комплексных медико-социальных исследований[7].

**1.2. Заболеваемость – ведущий показатель общественного здоровья**

Заболеваемость – является одним из важнейших критериев, характеризующих здоровье населения. Под заболеваемостью подразумевается показатель, характеризующий распространенность, структуру и динамику зарегистрированных болезней среди населения в целом или в отдельных его группах (возрастных, половых, территориальных, профессиональных и др.) и служащий одним из критериев оценки работы врача, медицинского учреждения, органа здравоохранения.

Как объект научного исследования и практической деятельности учреждения здравоохранения заболеваемость представляет собой сложную систему взаимосвязанных понятий:

- собственно заболеваемость (первичная заболеваемость) – частота новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном календарном году выявленных среди населения заболеваний;

- распространенность (болезненность, накопленная заболеваемость) – частота всех имеющихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном календарном году, так и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больной вновь обратился за медицинской помощью в данном году;

- частота заболеваний, выявленных при осмотрах (патологическая пораженность) – частота патологии среди населения, устанавливаемая при проведении единовременных медицинских осмотров (обследований), в результате которых учитываются все заболевания, а также преморбидные формы и состояния.

Основные источники информации о заболеваемости:

* по данным обращаемости в ЛПУ;
* по данным результатов медицинских осмотров;
* по данным анализа причин смерти.

Дополнительный официальный источник - по данным изучения причин инвалидности.

В статистике заболеваемости, выявленной по данным обращаемости принято выделять: общую заболеваемость, инфекционную заболеваемость, заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями, госпитализированную заболеваемость, заболеваемость с временной утратой трудоспособности. ВОЗ указывает, что какой бы показатель заболеваемости ни рассчитывался, он должен соответствовать ряду требований: быть надежным, объективным, чувствительным, точным [7].

Значение знаний о заболеваемости трудно переоценить:

* по заболеваемости судят о здоровье населения, которое в большой мере зависит от деятельности работников и учреждений здравоохранения;
* знание заболеваемости нужно для планирования медицинской помощи, правильной расстановки кадров, составления плана профилактических мероприятий (диспансеризации, санитарно-просветительной работы).

Таким образом, данные о заболеваемости – это инструмент для оперативного руководства, для управления здравоохранением. Более того, показатели заболеваемости отражают реальную картину жизни населения и позволяют выявлять проблемные ситуации для разработки конкретных мер по охране здоровья населения и его улучшения в общегосударственном масштабе [8].

**1.3. Здоровье и образ жизни студентов**

В настоящее время Россия продолжает испытывать экономические трудности порождающие безработицу и бедность среди населения; низок уровень заработной платы у многих работников государственного сектора, в том числе и в социальной сфере. Отсутствие четких национальные идей социально-экономического развития государства, низкий уровень жизни, необеспеченность и неуверенность в будущем порождают стрессы и психоэмоциональное неблагополучие, мотивируют нездоровое поведение, насилие и жестокость в семьях, провоцируют невротические и психические расстройства и усугубляют течение соматических заболеваний. Экологическое неблагополучие также отрицательно сказывается на здоровье населения [11].

Социально-экономический кризис в стране не мог не коснуться наименее социально защищенного слоя населения – студенческой молодежи. Произошедшие перемены отрицательно сказались на показателях физического и психического здоровья студентов, которое является индикатором происходящих изменений.

Сложилась тяжелая ситуация, характеризующаяся тем, что в целом молодежь России, которая по логике должна быть наиболее здоровой частью общества, таковой не является. Положение усугубляется тем, что в настоящее время снижено внимание общества к здоровью молодежи, так как сокращено число профилактических осмотров, не действует система диспансерного наблюдения, снижен научно-исследовательский интерес к проблемам молодого поколения [5].

Исследованиями ряда авторов [2,3,5] по данным о заболеваемости по обращаемости показано что, наиболее высокие среднегодовые темпы прироста отмечаются по болезням нервной (34,8%) и мочеполовой (30,4%) систем. Следующие ранговые места по среднегодовым темпам прироста занимают заболевания органов пищеварения (17,8%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,5%),системы кровообращения (8,3%).

Характерной особенностью является высокая склонность к хронизации патологического процесса. Наряду с этим авторы отмечают относительно невысокие среднегодовые темпы прироста показателя по классу болезней органов дыхания. Существенный рост заболеваемости по обращаемости болезнями органов пищеварения, мочеполовой и нервной систем также отмечается при ее изучении в динамике обучения с I по IV курс.

При изучении данных углубленных медицинских осмотров выявлены наиболее высокие среднегодовые темпы прироста болезней органов дыхания (42,3%) и мочеполовой системы (3,5%). Существенный вклад в формирование высокого уровня хронической заболеваемости и морфофункциональных отклонений вносят болезни костно-мышечной и соединительной ткани, системы кровообращения и нервной системы, среднегодовые темпы прироста по которым составили 18-24,8%[2].

Анализ структуры заболеваемости также выявляет широкий спектр заболеваний и тенденцию к увеличению числа студентов с хроническими заболеваниями. Наиболее часто студенты обращаются с острыми респираторно-вирусными инфекциями (ОРВИ), 2-е место по обращаемости занимают ангина и острый бронхит, меньшее количество студентов идет с заболеваниями мочеполовой системы. Причем, как показывают результаты исследований, наблюдается тенденция к росту заболеваемости, как в целом, так и по отдельным видам заболеваний [5].

Анализ структуры посещений врача выявил наибольшее их число у студентов I и II курсов в основном в связи с болезнями органов дыхания, нервной системы и органов чувств (преимущественно синдром вегетативных дисфункций). У старшекурсников рост числа посещений обусловлен болезнями органов пищеварения, костно-мышечной системы и травмами, что, вероятнее всего, объясняется нарушениями питания, перенапряжением и срывом адаптационных систем из-за более продолжительного обучения в ВУЗе.

При анализе заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ), частота выдачи справок составила 25-35%. Отмечается сезонная направленность заболеваемости с наибольшими показателями в сентябре, марте и апреле. Уровень заболеваемости с ВУТ в среднем составил 32,8 случая временной нетрудоспособности (на 100 студентов). Около 60% составили студенты I и II курсов. В структуре заболеваемости преобладают простудные болезни (73,1%); последующие ранговые места занимают болезни органов пищеварения и зубов, сердечно-сосудистая патология, заболевания почек и мочевыводящих путей [3].

Прямым показателем здоровья, как известно, является физическое развитие, в результате изучения которого выявлено, что гармоничным оно является лишь у 54,6% студентов, дисгармоничным – у 31, 4% и резко дисгармоничным – у 14% студентов. Средняя масса тела студентов составила 62,2 кг, длина тела – 173 см, окружность грудной клетки – 76, 1 см. У студентов среднего, ниже среднего и низкого роста есть большая вероятность избытка массы тела, тогда как у высоких студентов существует риск развития дефицита массы тела.

Таким образом, почти половина обследованных студентов по показателям физического развития и заболеваемости нуждаются в переводе в подготовительную или в специальную физкультурную группу, либо полностью должны освобождаться от занятий по физкультуре [5].

Общеизвестно, что здоровье на 50-55% зависит от образа жизни человека, значит можно считать, что генеральной линией формирования и укрепления здоровья является здоровый образ жизни [12]. Образ жизни студенческой молодежи никак нельзя назвать здоровым. Как показывают проведенные исследования[2,3,5,] образ жизни студентов характеризуется высокой распространенностью негативных стереотипов поведения и низкой физической активностью.

Особенностью гендерных тенденций являются большой удельный вес девушек с неудовлетворительным уровнем двигательной активности (46,9 – 63,6%), наличие вредных привычек (41,4 – 45,1%) по сравнению с юношами. Образ жизни юношей характеризуется: наличием психоэмоционального стресса (87,5-87,8%), недостаточным пребыванием на свежем воздухе (88,9-90,6%), недостаточной продолжительностью сна (37,5-44,4%), неудовлетворительной медицинской активностью (19,8-26,3%). К специфическим особенностям образа жизни студенток в этом плане можно отнести чтение по ночам (51,3%), принятие пищи перед сном (48,6%), недостаточный уровень двигательной активности (71,7%), наличие проблем в личной жизни (48,9%), употребление алкоголя по праздникам (81,2%), курение (7,7%).

При этом следует отметить, что, несмотря на довольно высокую распространенность вредных привычек среди студентов, только половина из них пытаются бороться с ними.

В целом повседневное поведение и жизненный уклад студенческой молодежи как особой социальной когорты населения, объединенной специфическими условиями учебной деятельности, возрастными закономерностями функционирования организма, обуславливают специфику образа жизни. В общем виде ему присущи неудовлетворительный уровень двигательной активности, наличие вредных привычек, недостаточная продолжительность сна и пребывания на свежем воздухе, нерациональное питание, постоянный и периодический психоэмоциональный стресс. Кроме того, довольно значителен удельный вес студентов с неудовлетворительной медицинской активностью.

Показано, что студенты недостаточно используют эффективные компоненты по обеспечению здорового образа жизни. Так, регулярную профилактику утомления и ежедневное восстановление после работы проводят только 25,15% студентов, рациональный суточный режим соблюдают только 22,15% студентов, закаливающие процедуры используют 25,98%, а антистрессовые мероприятия – 18% [2].

Проанализировав полученные данные, можно сказать, что ценностные ориентации, связанные со здоровьем и ведением здорового образа жизни, пока еще не заняли подобающего места в системе ценностей студента. Это вызывает озабоченность, так как отсутствие соответствующей ориентации в поведении усугубляет разрыв, образующийся между реальным статусом и образом жизни молодого человека, с одной стороны, и требованиями жизни – с другой. Для ликвидации такого расхождения необходимо проводить комплексную работу по формированию здорового образа жизни в семье с привлечением различных общественных институтов [14].

**1.4. Основные принципы распределения учащихся на медицинские группы по состоянию здоровья**

Состояние здоровья человека, его сопротивляемость заболеваниям связаны с резервными возможностями организма, уровнем его защитных сил, определяющих устойчивость по отношению к неблагоприятным внешним влияниям. Высокая заболеваемость среди молодежи является выражением физической детренированности, которая развивается вследствие ограниченной двигательной активности. Растущий организм особенно нуждается в мышечной деятельности, поэтому недостаточная двигательная активность, некомпенсированная необходимыми по объему и интенсивности физическими нагрузками, приводит к развитию целого ряда заболеваний [15].

В свете данных проблем чрезвычайно велико значение физического воспитания в формировании здоровья подрастающего поколения. Пониженная двигательная активность, вызванная современными условиями жизни, особенно неблагоприятно отражается на растущем организме. Доказано, что гипокинезия может быть предпосылкой различных нежелательных отклонений в развитии и состоянии здоровья [Могендович М.Р.,1957; Аршавский И.А., 1967, и др.].

Основной формой физического воспитания студентов продолжают оставаться уроки физкультуры. В начале каждого учебного года по результатам медицинского осмотра происходит распределение студентов на медицинские группы для занятий физкультурой. Во время проведения ежегодных профилактических медосмотров также выявляется наличие скрытой и явной патологии разных органов и систем при клинических и лабораторных исследованиях, при массовом флюорографическом исследовании, осмотрах врачом здравпункта, а при необходимости и «узкими» специалистами поликлиник города или в стационаре.

Всех учащихся на основании данных о состоянии здоровья и физическом развитии распределяют на три группы: основную, подготовительную и специальную (табл. 2). Распределение учащихся на указанные медицинские группы производится врачом на основании « Положения о врачебном контроле за лицами, занимающимися физической культурой и спортом», утвержденного приказом министра здравоохранения СССР № 986 от 4 ноября 1977 г.

Таблица 2

Распределение учащихся на группы для участия в учебных и внеучебных занятий физической культурой и спортом

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Группа | Допускаемые мероприятия | Медицинская характеристика групп |
| Основная | 1. Занятия по программам в полном объеме 2. Сдача норм ГТО 3. Занятия в спортивных секциях и участие в соревнованиях | Учащиеся без отклонений в физическом развитии, состоянии здоровья, а также с незначительными отклонениями в состоянии здоровья преимущественно функционального характера, но с достаточной физической подготовкой |
| Подготовительная | 1. Занятия по программам при условии исключения некоторых видов физических упражнений 2. Сдача контрольных испытаний и норм ГТО - с особого разрешения врача | Учащиеся, имеющие незначительные отклонения в физическом развитии и состоянии здоровья, без существенных функциональных изменений, но без достаточной физической подготовки |
| |  | | --- | | Специальная | | 1. Занятия по особой программе или по отдельным видам программ со сниженными нормативами 2. Занятия индивидуальной гимнастикой типа лечебной физкультуры | Учащиеся, имеющие значительные отклонения в состоянии здоровья постоянного или временного характера, не мешающие выполнению обычной учебной работы, но являющиеся противопоказанием для занятий физкультурой. Некоторые из них временно, впредь до улучшения состояния здоровья, совсем освобождаются от участия в учебных занятиях по физкультуре |

Как видно из принципов, на основании которых производится распределение учащихся на медицинские группы, резких, четко очерченных границ между группами не существует. Это заставляет врача решать вопрос об отнесении учащегося в ту или иную группу сугубо индивидуально, выясняя не только степень функциональных нарушений организма, но и уровень физической подготовленности. По существу, при распределении учащихся на медицинские группы в каждом отдельном случае решают вопрос о том, какому объему физических нагрузок и нормативным требованиям, установленным для каждой из групп, соответствуют функциональные возможности организма молодого человека[15].

Анализ распределения учащихся на медицинские группы по физкультуре может многое сказать о здоровье студентов и их подготовленности к учебным нагрузкам, так как физическое здоровье является прямой предпосылкой успешной умственной деятельности.

**1.5. Заболеваемость студентов, обучающихся в медицинских учреждениях**

Труд медицинских работников, характеризующийся высоким уровнем нервно-эмоционального напряжения, требует постоянного внимания, высокой выносливости, причем часто в экстремальных условиях. В то же время студенты медицинских ВУЗов являются одними из наименее обследованных в социально-гигиеническом отношении групп учащейся молодежи. Последние же относятся к группе значительного риска развития заболеваний, что обусловлено большими интеллектуальными нагрузками, резкими изменениями привычного образа жизни в связи с началом учебы, необходимостью адаптации к новым условиям труда, проживания и питания[12].

По имеющимся данным [2,12], в среднем у каждого будущего студента перед поступлением в ВУЗ было 1,6 заболеваний, зарегистрированных в детские и школьные годы. Некоторые из этих болезней в известной степени беспокоили студентов до настоящего времени. В структуре указанной патологии ведущую роль играют болезни органов дыхания, на которые приходится половина от общего числа зарегистрированных при профилактических осмотрах заболеваний. Второе ранговое место занимают инфекционные болезни, которыми в школьном возрасте переболел каждый восьмой студент. Далее идут болезни органов пищеварения, глаз и придаточного аппарата, а также травмы. Что касается заболеваемости студентов в периоде обучения, то ее уровень является сравнительно низким. Так заболеваемость по обращаемости студентов на 1-3 курсах в среднем 295,0 случаев на1000 человек соответствующего контингента. В ее структуре основное место отведено также болезням органов дыхания. На этом фоне отмечается постепенное увеличение частоты заболеваний органов пищеварения, мочеполовой системы, болезней крови и эндокринной системы.

Результаты комплексных медицинских осмотров, проведенных бригадой специалистов в составе терапевта, хирурга, окулиста, оториноларинголога и невропатолога, позволяют сделать следующее заключение:

1. на каждого студента из обследованного контингента приходится 0,19 заболеваний или отклонений в состоянии здоровья;
2. в структуре заболеваемости доминируют болезни костно-мышечной системы, глаз и их придаточного аппарата;
3. отмечается высокая доля болезней системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения.

Особое место в исследовании заболеваемости авторы отдают взаимосвязи между занятиями спортом, состоянием здоровья и успеваемостью студентов. Полученные ими данные свидетельствуют о том, что большинство из них (две трети) достаточно здоровы для того, чтобы посещать основные группы занятий физкультурой. Тем не менее каждый третий студент является носителем хронического заболевания, позволяющего ему посещать только группу ЛФК. Согласно полученным данным, 64,7% обследованных студентов вообще не занимаются спортом.

Выявлено наличие обратной корреляции между здоровьем и успеваемостью: доля здоровых студентов, не перенесших заболевания, возрастает по мере понижения успеваемости. Среди успевающих на «хорошо» и «отлично» здоровы 2 студента из 3, на «удовлетворительно» - 3 из 4.

В структуре заболеваемости успевающих на «отлично» и «хорошо» первые места занимают нозологии обусловленные высокой учебной нагрузкой: сколиоз и миопия. Для успевающих на «удовлетворительно» характерна низкая частота их общей заболеваемости – в 2 раза ниже, чем у «отличников», и более чем в 5 раз ниже, чем у «ударников».На первых местах находятся болезни органов дыхания и органов пищеварения. Для них характерна крайне низкая доля болезней глаз и их придаточного аппарата и болезней костно-мышечной системы.

Результаты изучения физического развития показали, что гармоничным оно является лишь у 44,6% студентов, дисгармоничным – у 31,4% и резко дисгармоничным – у 24%. Средние, ниже среднего и низкого роста студенты имеют большую вероятность избытка массы тела, тогда как на высоких и выше среднего роста студентов следует обратить повышенное внимание в плане решения проблем дефицита массы тела. Таким образом, большинство студентов нуждаются в регулярном проведении лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий.

Исследование особенностей образа жизни показало, что курят 28,4% опрошенных студентов, а злоупотребляет спиртными напитками – 36%. Тревожность этой информации повышается при сравнении с другими компонентами здорового образа жизни: занимаются физическими упражнениями, делают зарядку только 20,5% опрошенных, посещают спортивные секции – 6,8%, занимаются бегом с трусцой – 2,5%, стараются соблюдать режим дня – 17,8%, следят за своим питанием - 14,5%, регулярно консультируются с врачом – 8,3% и, наконец, во время каникул выезжают в дома отдыха и санатории – 5,9%.

Согласно результатам исследований, причина наличия вредных привычек у студентов – стрессы, вызванные перегруженностью учебных программ, неустроенностью быта и досуга, отсутствием нормальных механизмов релаксации, крайне необходимых при такой интенсивной работе, как усвоение современных учебных программ. Но подавляющее большинство студентов предпочитают пассивные формы досуга. Активные формы отдыха – занятия спортом, работа в саду, работа на приусадебном участке – привлекают в совокупности только 5,3% студентов. Используемые студентами механизмы релаксации, формы досуга крайне недостаточны для компенсации затрат нервной, психической энергии, необходимых для успешной учебы.

При этом медицинская активность студентов находится на низком уровне. Несмотря на то, что ценности здоровья у подавляющего большинства студентов относятся к числу основных, во многом это носит формальный характер, не отражаясь на реальном гигиеническом поведении.

Таким образом, критические явления в состоянии здоровья, нездоровый образ жизни и распространенность вредных привычек диктуют необходимость поиска новых путей формирования здоровья студенческой молодежи.

**ГЛАВА II. Материалы и методы исследования.**

Цель исследования – повышение значимости среднего медперсонала в улучшении здоровья обучающейся молодежи.

Задачи:

1. методом выкопировки учетно-отчетных данных провести сбор материала и проанализировать показатели заболеваемости студентов;
2. Исследовать медико-социальные факторы риска в возникновении заболеваний;

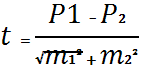
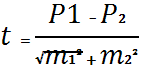
Объект исследования – студенты Ижевской Государственной Медицинской Академии, с 1-го по 6-й – курс – 2266 человек.

Методы исследования:

1. выкопировка данных из первичной отчетной документации («медицинская карта студента», ф.030/У – контрольная карта диспансерного наблюдения, паспорт здравпункта ИГМА, ф.227 – медико-физкультурная карта физкультурника);
2. статистическая обработка материала:

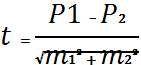
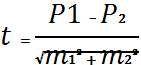
- расчет относительных, интенсивных, экстенсивных показателей, средних величин;

- вычисление средней ошибки относительной величины по формуле:



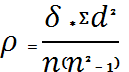
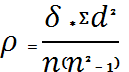
где p – величина показателя, для которого определяется m%, а q = 100-p, n – число наблюдений.

Вычисление оценки достоверности разности показателей осуществлялось по критерию Стьюдента:



1. сравнительный метод;
2. корреляционный анализ

Коэффициент корреляции рангов по формуле:



Ошибка коэффициента корреляции (по Спирмену) по формуле:



Исследование проводилось по материалам за 3 года с 2005 – 2007гг. в процессе отбора данных использовалось сплошное исследование (n - 2 266) .

**ГЛАВА III. Заболеваемость студентов ИГМА.**

* 1. **Анализ заболеваемости населения Удмуртской Республики.**

Состояние здоровья населения УР по-прежнему продолжает оставаться в центре внимания государственных структур и широкой общественности. Большое внимание уделяется мониторингу уровня как общей, так и первичной заболеваемости, особенно социально-значимой и социально-обусловленной патологией[18].

Ежегодно в Удмуртской Республике регистрируется более 2,7 млн. случаев заболеваний острыми и хроническими болезнями, из которых около 1,4 млн. случаев с впервые в жизни установленным диагнозом. По сравнению с 2005 годом, уровень общей заболеваемости населения по данным обращаемости в 2006 году вырос на 2,3% и составил 1836,1 случаев на 1000 населения. При этом рост заболеваемости отмечается по всем категориям населения, особенно заметный (на 5%) по детскому населению. Показатель первичной заболеваемости остался практически на уровне 2005 года и составил 915,1 случаев на 1000 населения. Причем по взрослому населению отмечается снижение уровня первичной заболеваемости на 2,5%, а по детям и подросткам – рост заболеваемости на 4% и 3,6% соответственно (табл.3).

Рост общей заболеваемости отмечается почти по всем классам болезней, за исключением болезней органов дыхания, уха и болезней перинатального периода.

Структура общей и первичной заболеваемости существенно не изменилась. Ведущее место в структуре и общей, и первичной заболеваемости занимает класс болезней органов дыхания (25,4% и 42,2% соответственно). На втором и третьем местах по общей заболеваемости находятся классы болезней органов кровообращения (11%) и органов зрения (8,5%), а по первичной заболеваемости – травмы и отравления (12,1%) и болезни кожи и подкожной клетчатки (8,3%).

Таблица 3

Заболеваемость населения Удмуртской Республики за 2005-2006 годы (на 1000 населения)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Всего | | В том числе | | | | | |
| дети | | подростки | | Показатель | |
| 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 | 2005 | 2006 |
| Общая заболеваемость по УР | 1794,4 | 1836,1 | 2740,4 | 2878,0 | 2152,9 | 2171,2 | 1557,2 | 1589,1 |
| - в том числе, с диагнозом, установленным впервые | 919,2 | 915,1 | 2180,4 | 2267,1 | 1340,8 | 1389,5 | 607,1 | 591,9 |
| Общая заболеваемость по России | 1459,7 | н.с. | н.с. | н.с. | н.с. | н.с. | 1301,3 | н.с. |
|  | | | | | | | | |

Как видно из таблицы, уровень общей и первичной заболеваемости по всем категориям населения в 2006 году по-прежнему значительно превышает средние показатели по Российской Федерации.

Так, общая заболеваемость всего населения по всем классам болезней превосходит соответствующие российские показатели на 25,8%; аналогичное превышение регистрируется как по взрослому (на 22,1%), так и по детскому населению (на 31,6%). Превышение наблюдается по многим классам болезней, за исключением болезней эндокринной системы, болезней крови и кроветворных органов, органов кровообращения и пищеварения, новообразований. Особенно значительное превышение регистрируется по классам: инфекционные и паразитарные болезни (в 1,4 раза), болезни глаза (1,5 раза), уха (в 1,35 раза), болезни органов дыхания (32,2%), осложнения беременности и родов (в 1,6 раза), болезни кожи и подкожной клетчатки (в 1,5 раза), мочеполовой системы (в 1,35 раз).

По первичной заболеваемости превышение по всем категориям населения составило около 23%, в том числе по детям – более 32%, по взрослым – около 10%. Превышение заболеваемости наблюдается по 9 классам из 19. Особенно значительное превышение отмечается по классам: осложнения беременности и родов (в 2 раза), болезни кожи и подкожной клетчатки (в 1,5 раза), инфекционные заболевания (в 1,5 раза), органов дыхания (на 31,2%), болезни перинатального периода (на 34%), симптомы и неточно обозначенные состояния (почти в 1,7 раз), травмы и отравления (на 23%).

Несмотря на то, что в 2006 году в Удмуртской Республике произошло снижение инфекционной заболеваемости на 5%, еще на очень высоком уровне регистрируется заболеваемость сальмонеллезом, который в 1,8 раз превышает среднероссийские показатели, дифтерией – в 2,5 раза, природно-очаговыми инфекциями – в 4,3 раза, коклюшу – в 1,5 раза выше российского уровня.

В последние годы остается высоким уровень заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными заболеваниями. Так, заболеваемость гонореей на нашей территории выше среднефедеративного уровня в 1,7 раз, сифилисом – в 1,5 раза.

Таким образом, по сумме всех инфекционных и паразитарных заболеваний показатели по Удмуртской Республике превышают средние по РФ по общей и первичной заболеваемости в 1,4 раза.

Особое беспокойство вызывает значительная разница между республиканскими и федеративными показателями репродуктивного здоровья женщин и здоровья новорожденных. Так, частота заболеваемости беременных женщин в Удмуртии выше, чем в среднем по РФ в 1,7 раз, особенно по болезням мочеполовой системы, по которым регистрируется превышение в 2,8 раза, и заболеваниям органов кровообращения в – 1,4 раза. В нашем регионе зарегистрировано на 10% больше таких серьезных осложнений беременности, как эклампсия и преэклампсия, гипертензии, отеки и протеинурии. Уровень заболеваемости новорожденных в республике также значительно выше, чем в Российской Федерации (в 1,5 раза), особенно удручающее состояние отмечается по числу зарегистрированных случаев бактериального сепсиса новорожденных в родильных домах. Заболеваемость детей первого года жизни в республике также превышает в 1,6 раз уровень и по ПФО, и по РФ. В 2006 году зарегистрированный уровень материнской смертности в республике превышает среднероссийсский в 1,4 раза и возрос по сравнению с 2005 годом почти в 2 раза.

Наряду с мероприятиями по улучшению состояния здоровья всего населения, в республике продолжается работа по совершенствованию медицинской помощи детям подросткового возраста. В 2006 году выросла общая заболеваемость подростков в сравнении с предыдущим годом и составила 2171,2 на 1000 подростков 15-17 лет (в 2005 году – 2152,9 на 1000 населения), выросла и первичная заболеваемость с 1340,8 на 1000 подростков до 1389,5 на 1000.

Заболеваемость подростков превышает уровень у детей от 0-14 лет, положительной динамики в показателях как общей, так и первичной заболеваемости не достигнуто.

В структуре общей заболеваемости подростков традиционно преобладают болезни органов дыхания (821,7%), болезни глаза и его придаточного аппарата (181,6%), заболевания органов пищеварения (171,7%). Необходимо отметить некоторое снижение показателей заболеваемости подростков в 2006 году болезнями органов дыхания и глаза в сравнении с 2005.

В структуре первичной заболеваемости на 1-м месте – болезни органов дыхания (724,2 на 1000 подростков), на втором месте – травмы и отравления (137,9 на 1000), на 3-м месте болезни кожи (109,9 на 1000) табл. 4.

Таблица 4.

Структура заболеваемости подростков 15-17 лет в Удмуртской Республике в 2006 году (на 1000 детей соответствующего возраста)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заболеваний | общая | первичная |
| ВСЕГО, в том числе: | 2171,2 | 1389,5 |
| Инфекционные болезни | 75,7 | 63,2 |
| новообразования | 5,9 | 3,2 |
| Болезни крови и кроветворных тканей | 15,2 | 6,7 |
| Болезни эндокринной системы | 26,4 | 8,6 |
| Психические расстройства | 69,9 | 9,9 |
| Болезни нервной системы | 106,0 | 28,5 |
| Болезни глаза | 181,6 | 47,2 |
| Болезни уха | 38,3 | 25,4 |
| Болезни системы кровообращения | 73,9 | 20,4 |
| Болезни органов дыхания | 821,7 | 724,2 |
| Болезни органов пищеварения | 171,7 | 50,5 |
| Болезни кожи и подкожной клетчатки | 134,7 | 109,9 |
| Болезни костно-мышечной системы | 132,6 | 50,4 |
| Болезни мочеполовой системы | 102,4 | 54,6 |
| Беременность и роды | 16,3 | 16,3 |
| Врожденные аномалии | 19,3 | 4,1 |
| Неточно обозначенные состояния | 39,8 | 28,6 |
| Травмы и отравления | 139,8 | 137,9 |