

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ОБРАЗ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

И.Г. Низамов, Г.Ш. Нугаева

*Кафедра общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением
(зав. — проф. И.Г. Низамов) Казанской государственной медицинской академии
последипломного образования, Казанский базовый медицинский колледж
(директор — канд. мед. наук З.А. Хисамутдинова)*

Труд средних медицинских работников, характеризующийся высоким уровнем нервно-эмоционального напряжения, требует постоянного внимания, высокой выносливости, причем часто в экстремальных условиях [1, 4]. В то же самое время студенты средних медицинских учебных заведений (СМУЗ) являются одними из наименее обследованных в социально-гигиеническом отношении групп учащейся молодежи [8, 9]. 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 [3]. Отсюда изучение факторов сохранения и укрепления здоровья студентов СМУЗ особенно актуально. Отрицательное влияние указанных выше факторов должно быть по возможности элиминировано формированием и укреплением здорового образа жизни, упорядоченным бытом, правильным распорядком дня, равномерностью распределения учебной нагрузки [2, 5].

Цель настоящей работы — на основании комплексного социально-гигиенического исследования получить объективную картину образа жизни и состояния здоровья учащихся СМУЗ и выявить основные факторы, которые его определяют.

Исследование проведено в 7 СМУЗ Республики Татарстан и охватывает материалы о здоровье студентов за 1997–1999 гг. Объектом его, согласно поставленным задачам, были студенты 3-го курса (991 чел.), у которых проанализированы уровни и структура заболеваемости. Распространенность болезней определяли по материалам комплексных медицинских осмотров перед поступлением будущих студентов в учебное заведение и ежегодных комплексных профилактических осмотров, которые проводились регулярно в периоде учебы. Кроме того, распространенность патологии изучена по материалам

обращаемости студентов в соответствующие территориальные медицинские учреждения. Указанные материалы выкопированы в специально разработанную нами статистическую карту. Медико-социальное изучение образа жизни студентов 1–3-х курсов осуществлялось путем их анкетного опроса. Объем данного материала составляет 1160 анкет, охватывающих широкий спектр проблем, характеризующих в целом медико-социальные условия жизни и учебы студентов, а также их образ жизни. В последующем произведены обработка и анализ всего собранного материала с использованием современных компьютерных технологий.

Таким образом, единицей учета в зависимости от решаемой задачи был студент 3-го курса, у которого углубленно изучалось состояние здоровья в динамике за 3 года учебы, и студент, обучающийся на одном из курсов учебного заведения, прошедший анкетирование с целью выяснения социально-экономических условий учебы и образа жизни.

Анализ результатов медицинских осмотров, проведенных до поступления в СМУЗ, показывает, что в среднем у каждого будущего студента 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 количества 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 их 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-х курсах составляет в среднем 295,0 случаев на

1000 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 занимают взаимосвязи между занятиями спортом, состоянием здоровья и успеваемостью студентов медицинских колледжей РТ. Полученные нами 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 нами 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” первое место принадлежит болезням костно-мышечной системы (23,0 %), второе — глаз и их придаточного аппарата (20,1%), третье — органов пищеварения (19,2%), четвертое — мочеполовой системы (12,0%), пятое — органов дыхания (10,5%), шестое — травмы (3,8%). Очевидно, что большинство заболеваний обусловлено высокой учебной нагрузкой: на первом месте — сколиоз, на втором — миопия.

В структуре заболеваемости успевающих на “хорошо” на первом месте — болезни органов пищеварения (24,6 %), на втором — органов дыхания (18,9%), на третьем — костно-мышечной системы (14,0%), на четвер-

том — глаз и их придаточного аппарата (13,6%), на пятом — системы кровообращения (9,8%), на шестом — мочеполовой системы (8,7%) и т.д. Несмотря на то что структура заболеваемости успевающих на “хорошо” несколько отличается от таковой у обучающихся на “отлично”, несомненно, что в данном случае значительное число заболеваний обусловлено высокой учебной нагрузкой: сколиоз и миопия — на третьем и четвертом местах.

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 первом месте находятся болезни органов дыхания (28%), на втором — органов пищеварения (26%), на третьем — кровообращения (12%), на четвертом — болезни мочеполовой системы (8%). Для них характерна крайне низкая доля болезней глаз и их придаточного аппарата (2%), а также болезней костно-мышечной системы (4%).

Результаты изучения физического развития показали, что гармоничным оно является лишь у 44,6 % студентов, дисгармоничным — у 31,4 % и резко дисгармоничным — у 24,0 %. 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 злоупотребляют 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 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 отпуска 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, какой является 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 числа студентов относятся к числу основных, во многом это носит формальный характер, не отражаясь на реальном гигиеническом поведении.

Здоровье человека — сложный феномен, изменяющийся под влиянием большого количества взаимосвязанных факторов, действие многих из которых до сих пор недостаточно оценено количественно [6, 7]. Обобщение результатов исследований [10], проведенных другими авторами, позволяет выделить 6 основных факторов, способных оказать неблагоприятное воздействие на уровень и динамику заболеваний студентов: это перенесенные ранее заболевания, бытовые условия, место жительства, физическое развитие, курение, употребление алкоголя.

Сравним число заболеваний на 1000 студентов в группе первокурсников, которые не курят, и в группе курильщиков: они равны соответственно 213,0 и 173,0 ($P < 0,01$). Данные о заболеваемости по результатам медосмотров и ее динамике демонстрируют устойчивую связь курения с заболеваниями органов дыхания. Число заболеваний органов дыхания у курильщиков в среднем в 2 раза выше, чем у некурящих.

Сопоставление числа заболеваний на 1000 студентов, не потребляющих алкоголь, и в группе, потребляющих его, показывает, что оно равно соответственно 201,0 и 423,0 ($P < 0,01$). Частота заболеваний среди лиц, потребляющих алкоголь, больше числа заболеваний у лиц, не потребляющих его, в 2 раза. В итоге мы можем заключить, что потребление алкоголя является негативным фактором, который может привести студентов в группу риска по болезням глаз и их придаточного аппарата, системы кровообращения, органов дыхания, пищеварения, костно-мышечной и мочеполовой систем. Несмотря на то что алкоголь непосредственного влияния на подавляющее число этих

заболеваний не оказывает, его потребление значительно ослабляет организм, делая его восприимчивым именно к заболеваниям этой группы. Более того, на основании этого фактора выделяют группу учащихся из социально-неблагополучных семей, социальные условия в которых, наряду с потреблением алкоголя, приводят к появлению целого спектра различных, не связанных друг с другом заболеваний.

Сравнение заболеваемости на 1000 студентов в группах лиц, проживающих в городе, и в группе проживающих на селе и в рабочих поселках показывает, что они равны соответственно 197,0 и 169,0 ($P < 0,05$). Рассматривая динамику действия такого фактора, как место жительства, на отклонения, выявленные на медосмотрах, мы можем заключить, что этот фактор оказывает негативное воздействие на здоровье студентов, увеличивая заболеваемость болезнями органов пищеварения и мочеполовой системы у студентов-сельчан и заболеваемость болезнями глаз их придаточного аппарата, костно-мышечной системы у студентов-горожан.

Сравним уровни заболеваемости в группе первокурсников с хорошими, удовлетворительными и неудовлетворительными бытовыми условиями: они равны соответственно 185,0 и 160,0 ($P < 0,05$). Среди студентов с удовлетворительными и неудовлетворительными бытовыми условиями частота инфекционных заболеваний выше в среднем в 7 раз, эндокринных заболеваний — в 3 раза, болезней глаз — в 1,7 раза. Студенты с хорошими бытовыми условиями чаще страдают заболеваниями нервной и костно-мышечной систем, а также органов кровообращения.

Сравнение числа заболеваний на 1000 студентов, не болевших до поступления в учебное заведение, и в группе перенесших до поступления заболевания и травмы показывает, что они равны соответственно 125,0 и 226,0 ($P < 0,05$). Поэтому мы можем заключить, что такой фактор, как перенесенные до поступления в учебное заведение заболевания, оказывает негативное воздействие на здоровье студентов, увеличивая уровни инфекционных болезней, патологии нервной системы, болезней глаз и их придаточного аппарата, системы кровообращения, органов дыхания, костно-мышечной и мочеполовой систем, а также травм. Профессиональное образование, воспитание, медицинское обследование, лечение и диспансерное наблюдение студентов необходимо

корректировать в соответствии с социально-экономическими условиями и образом их жизни.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Вахитов Ш.М. // Казанский мед. ж. — 1999. — № 6. — С. 466—468.
2. Зыятдинов К.Ш., Альбицкий В.Ю. и др. Оценка потенциальных потерь вследствие смертности в дотрудоспособном возрасте. — Казань, 1998.
3. Квасов С.Е., Изуткин Д.А. // Сов. здравоохран. — 1990. — № 11. — С. 17—22.
4. Коновалов О.Е., Кирюшин В.А. и др. // Здравоохран. Росс. Фед. — 1999. — № 4. — С. 25—26.
5. Сухарев А.Г. // Гиг. и сан. — 2000. — № 3. — С. 43—46.
6. Deliege A. // World health statistics quarterly. — 1983. — Vol. 36. — P. 349—393.
7. Henderson S. et al. Neurosis and the social environment. — Sydney, Academic Press, 1981.

8. Minors D.S., Healy D., Waterhouse J.M. // Ergonomics. — 1994. — Vol. 37(8). — P. 1355—1362.
9. Osaka R., Nanakorn S., Chusilp K. // Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health. — 1998. — Vol. 29(2). — P. 293—298.
10. World Health Organisation. // Hygiene — 1982. — Vol. 1. — P. 57—60.

Поступила 16.03.01.

DISEASE INCIDENCE AND LIFE STYLE OF STUDENT OF SECONDARY MEDICAL INSTITUTIONS

I.G. Nizamov, G.Sh. Nugaeva

The objective picture of life style and health state of students of secondary medical institutions is obtained. The basic social and hygienic factors which determine it are shown. It is noted that this youth contingent is in the significant risk group of developing of basic nosologic forms.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616—073.48

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Н.Э. Галеев

Больница скорой медицинской помощи (главврач — Н.Э. Галеев), г. Казань

Нами изучены количественные и качественные показатели деятельности кабинетов УЗ исследований (УЗИ) на различных этапах оказания медицинской помощи в республиках Башкортостан, Марий Эл, Татарстан, Чувашской Республике.

На первом этапе оказания медицинской помощи населению количество УЗИ в лечебно-профилактических учреждениях изученных республик было в среднем незначительным — от $456,7 \pm 0,5$ (в Марий Эл) до $625,6 \pm 0,6$ (в Татарстане), на втором этапе на уровне как ЦРБ, так и городских больниц оно было больше в 2—8 раз, на третьем — в 12—15 раз (см. рис.).

Достоверно больше исследований на одно учреждение проводится в городских больницах по сравнению с ЦРБ — соответственно от $4260,7 \pm 1,2$ до $5764,7 \pm 1,6$ и от $1110,8 \pm 0,98$ до $1380,6 \pm 1,1$ ($P < 0,001$; $P < 0,001$). Наибольшее количество УЗИ осуществляется в медицинских учреждениях, относящихся к третьему этапу, — от $7064,5 \pm 1,8$ до $10825,1 \pm 2,1$.

Если по количеству исследований на одно учреждение этапы медицинской помощи отличаются друг от друга в десятки раз, то по количеству обследований, приходящихся на один аппарат, различия не столь велики. Так, показатели третьего этапа (от

$5112,4 \pm 1,0$ до $6212,5 \pm 2,0$), хотя и выше, чем второго на уровне городских больниц (от $4644,4 \pm 1,8$ — $P < 0,001$ до $5900,0 \pm 2,1$ — $P < 0,001$), однако различия в количестве исследований, приходящихся на одно учреждение, составляют 312—468 против 2800—5142.

На первом, а частично и на втором этапе медицинской помощи количество УЗИ, приходящихся на один аппарат, примерно в 3 раза больше, чем обследований на одно учреждение. Вероятно, это объясняется тем, что компактные, небольшие по размерам аппараты УЗИ с успехом можно использовать в условиях, не требующих специальных мер защиты от радиации, а также энергетических коммуникаций, как при рентгенологических исследованиях.

Структура УЗИ имеет свои особенности. В большинстве случаев исследуют гепатобилиарную систему (66,2%), далее — мочеполовую (21,9%), органы малого таза, в основном у женщин (5,0 %).

Изучение структуры УЗИ по подразделениям больниц не выявило особенностей. Более 40 % исследований проводят в амбулаторных условиях. В стационарах основная масса исследований приходится на отделения терапевтического (до 50—60 %) и хирург-