

позволяют оценить консолидированную работу медицинского персонала и администрации учебных заведений.

Если разбить показатели на подгруппы, то мы предлагаем их обозначить как:

- 1) стартовые показатели;
- 2) показатели качества организации лечебного процесса;
- 3) показатели результативности.

К первой группе мы отнесли такие показатели как: «полнота охвата диспансерным наблюдением» и «своевременное взятие на учет», которые определяют качество работы медицинского персонала и организацию диспансеризации первокурсников со стороны администрации высших и средних специальных учебных заведений.

Основной задачей в работе со студенческой молодежью является взятие на учет пациента сразу после установления диагноза. Внедренные нами показатели «полнота охвата диспансерным наблюдением» и «своевременное взятие на учет» позволили поддерживать на высоком уровне диспансеризацию среди студентов. По таким заболеваниям как острая пневмония и язвенная болезнь под «Д» наблюдение студенты попадали в 100% случаев после установления диагноза в течение всего периода исследования.

Однако, не менее, а зачастую более значимым является показатель полноты охвата «Д» наблюдением, который свидетельствует с одной стороны о своевременности проведения лечебно-диагностических мероприятий, а с другой – о доверии студента к своему лечащему врачу.

Данные убедительно свидетельствуют о том, что чем масштабнее ведется разъяснительная работа о последствиях запоздалого оказания медицинской помощи, тем активнее студенты обращаются к врачу для своевременного прохождения лечебно-профилактических мероприятий. Особенно наглядно это проявилось с заболеваниями мочеполовой системы (25,1%).

В проведенном нами исследовании показатели «полнота охвата диспансерным наблюдением» и «своевременное взятие на учет» однозначно подтвердили, что администрация средних специальных учебных заведений, в составе которых работают преподаватели-воспитатели, уделяет больше внимания вопросам охраны здоровья студентов и оказанию помощи медицинским работникам, как на уровне здравпунктов, так и поликлиническим специалистам.

Если в начале проведения исследования только студенты с заболеваниями острая пневмония и язвенная болезнь попадали в 100% случаев после установления диагноза под «Д» наблюдение, то, начиная с 2000 года и до окончания проведения исследования, в 100% случаев своевременно брались на «Д» наблюдение с диагнозами гипертоническая болезнь, эпилепсия, хронический гепатит, хронический нефрит и врожденные anomalies системы кровообращения.

К показателям качества организации лечебного процесса с «Д» группой мы предлагаем относить «количество госпитализированных в стационары в плановом и экстренном порядке», «число больных, имеющих обострение хронических заболеваний» и «не имеющих случаев и дней ВН». Они характеризуют своевременность оказания медицинской помощи, проведения мероприятий, направленных на увеличение продолжительности ремиссии заболевания. В результате проведенного исследования нам удалось добиться увеличения показателя госпитализации в плановом порядке. В то же время удалось снизить показатель госпитализации в экстренном порядке студентов «Д» группы, что свидетельствует о проведении определенной работы по недопущению обострений хронических заболеваний.

За время проведения эксперимента число лиц, не имеющих дней и случаев временной нетрудоспособности, увеличилось в 5,6 раз, число случаев нетрудоспособности уменьшилось в 2,3 раз, число дней – в 1,7 раз.

В результате улучшение в состоянии здоровья отметили 29,3% студентов, находящихся на «Д» наблюдении. Эти показатели, позволяют не только врачу, но и руководителю учебного учреждения, планировать работу по улучшению состояния здоровья студенческой молодежи на весь период обучения для формирования здорового поколения будущих молодых специалистов.

Однако, только медицинскими действиями решение проблемы охраны здоровья молодежи не может быть достигнуто.

Прежде всего, необходима политическая воля и желание проявить заботу о стратегическом потенциале страны на государственном уровне с привлечением всех ветвей власти – прежде всего законодательной и исполнительной. Должна быть сформирована реальная федеральная программа «Общественное здоровье студентов», включающая в себя идеологический, профилактический, лечебный, учебный, научный, социальный блоки.

#### **АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ НАХОДЯЩИХСЯ НА ДИСПЕНСЕРНОМ УЧЕТЕ**

Черкасов И.В., Максименко Л.Л.,  
Максименко Е.В., Зафирова В.Б.,  
Фефелова Ю.Н.

*ГОУ ВПО «Ставропольская государственная  
медицинская академия», Ставрополь,  
e-mail: ddement@mail.ru*

На 1-м году обучения здоровыми (1 группа здоровья) могут быть признаны 31,6%, т.е. 1/3 от общего количества первокурсников. На 4-м году обучения здоровыми признаны только 22,3% студентов (что составляет лишь 1/5 часть обследованных). Студенты, имеющие хрониче-

ские заболевания с различной степенью компенсации, на I курсе составили 32,1 % (или 1/3), а на 4-6 курсе – уже 55,2 % (т.е. 1/2 выпускников имеют одно или несколько хронических заболеваний).

Среди студентов старших курсов патологические изменения со стороны пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки и желчевыводящих путей обнаружены у каждого пятого студента. Гастродуоденит диагностирован у 4,9% студентов. При исследовании желчевыводящих путей в 1,9 и 3,5% случаев был выявлен хронический холецистит.

В течение всего изученного периода динамика заболеваемости оставалась сходной. Первое место стабильно занимали болезни органов дыхания, второе – органов пищеварения, третье – нервной системы. Причем в подавляющем большинстве случаев студенты имели вышеуказанные болезни уже к моменту поступления в высшие и средние специальные учебные заведения. Уровень заболеваний органов кровообращения у студентов колледжей из года в год увеличивается, т.е. имеется тенденция к «омолаживанию» данной патологии, которая в определенном возрасте примет характер превалирующей.

Общий уровень заболеваемости по обращаемости в студенческое отделение поликлиники первокурсников составил 624,8 на 1000 студентов, студентов выпускных курсов – 509,8, причем заболеваемость учащихся, проживающих в общежитиях, была в 1,25 раз выше, чем студентов, живущих в городских квартирах (623,5 и 498,8 на 1000 студентов соответственно).

Анализ структуры заболеваемости по обращаемости в поликлинику и здравпункты, явившейся причиной временной нетрудоспособности, по классам болезней показал, что наиболее частыми у студентов как 1, так и выпускных курсов были заболевания органов дыхания (при этом простудные заболевания занимают подавляющее количество – 53,2% случаев). На втором месте у первокурсников находились травмы

и отравления, а у студентов-выпускников – болезни органов пищеварения. Далее следовали инфекционные и паразитарные болезни, болезни нервной и мочеполовой систем.

В структуре заболеваемости на первом месте патология органов дыхания (на долю ОРЗ приходится 52,9%), на втором – заболевания желудочно-кишечного тракта, на третьем – заболевания мочевыделительной системы.

В системе охраны здоровья учащейся молодежи важным звеном является забота о здоровье девушек – будущих матерей. Гинекологическая заболеваемость по обращаемости выявляется в среднем в 70 случаях из 1000, а при профилактических осмотрах – у 20% осматриваемых.

В структуре гинекологической патологии воспалительные заболевания занимают ведущее место во всех возрастных группах, не зависят от курса и имеют устойчивую тенденцию к росту. Задержка полового развития выявлена у 25% девушек 15-16 летнего возраста.

Это выявляется лишь во время медицинских осмотров, либо в течение 1 года обучения, когда студенты начинают предъявлять медицинские документы с целью освобождения их от занятий физкультурой. Нередко изменения условий жизни приводят к обострениям хронической патологии, что заставляет студентов обращаться за медицинской помощью в поликлинику, где при установлении диагноза происходит постановка на «Д» учет. Особенно это широко отмечается у иногородних студентов.

К наиболее часто встречающейся патологии у студентов, находящихся под диспансерным наблюдением относятся: гипертоническая болезнь, острая пневмония, хронический бронхит, бронхиальная астма, хронические болезни органов желудочно-кишечного тракта, болезни мочеполовой системы, врожденные anomalies развития системы кровообращения.

За период исследования общее количество состоящих на диспансерном учете среди первокурсников выросло на 6,8% всего – на 50%.

### *Педагогические науки*

#### **НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ ДИАЛЕКТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ**

Бутакова Т.А.

ООО «Знание», Екатеринбург,  
e-mail: [talam72@mail.ru](mailto:talam72@mail.ru)

Не верьте тем, кто говорит, что диалектика материализма – отрицает существование всего, что нам ещё неизвестно. Потому что – не возможно отрицать то, существование чего – невозможно доказать...

Диалектика материализма, напротив – способна доказать многое, что не способна доказать традиционная формальная логика.

Между тем, развитие диалектики, как прогрессивной науки будущего – застряло ещё в позапрошлом веке. Со времён Маркса и Энгельса, не наблюдается никаких серьёзных попыток расширения возможностей её применения. Но, без этого решение многих современных задач становится уже невозможным.

Традиционный формально логический способ уже не подходит для преодоления сложных современных проблем. Современность требует совершенно новых подходов. Ими являются методы диалектического исследования и анализа происходящих процессов. Поскольку они предоставляют безграничные возможности со-