

артериального давления (АД); 4. характеру изменения пульса и максимального АД; 5. типу реакции на физическую нагрузку. Последний принято [4] подразделять на: а) *гипертонический тип*, для которого характерно значительное повышение АД (на 15 мм ртутного столба и выше от исходного) со значительным учащением пульса; б) *гипотонический (астенический)* тип с незначительным повышением АД и значительным – частоты пульса; в) *ступенчатый* – с подъемом, а затем снижением АД (ниже, чем на второй или третьей мин восстановительного периода) и выраженным учащением пульса; г) *дистонический* – отличающийся существенным повышением пульса и систолического АД, при снижении диастолического АД; медленным восстановлением.

Существуют несколько причин неадекватного ответа на дополнительную стандартную нагрузку: 1. испытуемый не восстановился после предыдущего занятия, то есть имеются признаки перетренированности; 2. формируется скрытая фаза заболевания; 3. нарушение режима.

Основная задача тестов – определение реакции сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку. Время восстановления частоты пульса и дыхания в более короткий период (до 3 мин) свидетельствует о хорошей физической подготовке [2, 6]. Наши наблюдения показали достоверное уменьшение времени восстановления частоты пульса при дополнительной стандартной нагрузке (проба Руфье) после занятия ($2,4 \pm 0,2$ мин в конце года; $3,6 \pm 0,4$ мин – в начале исследования; $P > 0,05$) и дыхания ($2,7 \pm 0,4$ мин; $3,8 \pm 0,5$ мин – в начале исследования; $P > 0,05$) в более короткий период.

Заключение. Оздоровительный эффект занятий физической культурой специальных медицинских групп обеспечивается систематическим врачебно-педагогическим контролем за состоянием здоровья, динамикой показателей физического развития и степенью физической и функциональной подготовленности студентов.

Список литературы

1. Гансбургский М.А. Организация занятий по физической культуре в специальной медицинской группе [Текст] / М.А. Гансбургский // Евразийский Союз Ученых. – 2016. – № 30. – Часть 1. – С. 24–26.
2. Клинические аспекты спортивной медицины [Текст]: руководство / ред. В.А. Маргазин. – Санкт Петербург: Спец-Лит, 2014. – 455 с.
3. Медведев В.А., Коледа В.А. О критериях оценки функционального состояния учащейся и студенческой молодежи [Текст] / В.А. Медведев, В.А. Коледа // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2000. – № 2. – С. 11–14.
4. Прошляков В. Д. Физическое воспитание студентов с отклонениями в состоянии здоровья [Текст] / В. Д. Прошляков, А.С. Никитин. – Санкт Петербург: Эко-вектор, 2016. – 160 с.
5. Теория и методика физической культуры [Текст]: учебник / ред. Ю.Ф. Курамшина. – 2-е изд., испр. – Москва: Советский спорт, 2004. – 279 с.
6. Физическая культура и здоровье [Текст]: учебник / ред. В.В. Понамарева. – Москва: ГОУ ВУНМЦ, 2001. – 352 с.

ВЗАИМОСВЯЗИ В СИСТЕМЕ «УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ – ОБРАЗ ЖИЗНИ – ЗДОРОВЬЕ» И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В ПОДГОТОВКЕ ПРИЗЫВНИКОВ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ

¹Грушко Г.В., ²Линченко С.Н., ³Грошилин С.М.,
¹Горина И.И., ²Лапочкин С.Н., ²Хмелик В.И.

¹Кубанский государственный университет,
Краснодар, e-mail: galina_grushko@mail.ru;

²Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар;

³Ростовский государственный медицинский
университет, Краснодар

Большая часть патологии взрослого населения формируется в подростковом и юношеском возрасте, поэтому адекватное медицинское обеспечение молодого поколения актуально не только с медико-социальной и экономической точек зрения, но и с учетом потребности укрепления обороноспособности и национальной безопасности государства посредством полноценного комплектования Вооруженных сил [1, 2]. Современный подход к изучению проблем здоровья молодежи окончательно сложился в последние 2-3 десятилетия. Если ранее ее признавали более или менее здоровой частью населения, то в исследованиях наших дней систематически подчеркиваются и анализируются тенденции роста хронической патологии и функциональных нарушений у подростков [4].

В литературе широко поднимается актуальность изучения социально-гигиенических аспектов при выявлении факторов риска нарушений здоровья детей и подростков [1, с. 26; 2, с. 22-24; 3, с. 77,79]. Авторы рекомендуют учитывать связь здоровья детей и подростков с условиями жизни, приобретенными знаниями, психологическим климатом в семье, способностью и возможностями родителей формировать их образ жизни.

В качестве одного из факторов, способных оказывать влияние на образ жизни, формирующих качество жизни и в конечном итоге определяющих состояние здоровья, может выступать уровень образования как непосредственно среди детей, подростков, юношей, так и их родителей. Следует отметить, что в настоящее время образовательные программы всех ступеней – от дошкольного до высшего образования содержат элементы изучения основ здорового образа жизни, особенностей развития организма, гигиенических знаний, экологии человека. Освоение этих программ позволяет обучающимся систематизировать представления об организме как единой функциональной системе, получить информацию о сложных взаимосвязях в системе «Человек – среда обитания», осознанно формировать алгоритм образа жизни с учетом индивидуальных особенностей собственного организма.

На всех этапах формирования личности ребенка огромное значение имеет роль семьи.

В процессе воспитания ребенка родители также способны реализовать свой образовательный потенциал и жизненный опыт, используя различные формы и методы привить ребенку стремление к здоровому физически активному образу жизни, выработать мотивацию, обеспечивающую заботу о своем здоровье.

В настоящее время уделяется значительное внимание комплексной подготовке допризывной молодежи к комплектованию Вооруженных сил России. Проводя исследования состояния здоровья и качества жизни молодежи допризывного и призывного возраста в аспекте готовности к несению военной службы, мы заинтересовались вопросом оценки роли образовательного уровня детей, подростков и их родителей, состава семьи среди социальных факторов формирования здоровья.

В настоящей работе проведено анонимное анкетирование 1380 чел. на базе детских поликлиник (15-16 летние подростки), военного комиссариата Краснодарского края (17-летние подростки) при первоначальной постановке на воинский учет и на краевом призывном пункте (юноши от 18 до 26 лет включительно) при призыве в Вооруженные силы.

Полученные данные составили характеристику рода занятий подростков и юношей, состава семьи, образовательного уровня родителей, условий жизни, состояния здоровья, физической активности. Используются социологический, статистический, графический методы исследования с обработкой результатов при помощи пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

Средний возраст респондентов составил $16,8 \pm 1,5$ года. В возрастной группе 18 лет и старше (призывники) подавляющее большинство (258 чел. – 95,9%) составили 18-20-летние юноши, остальные 11 чел. (4,1%) имели возраст 21-26 лет.

Среди всей когорты анкетированных респондентов преобладали учащиеся (студенты) – 993 чел., в т.ч. в возрастных категориях 15 и 16 лет – по 100%, 17 лет – 98,8% и только среди призывников (18-26 лет) большинство – 56,1% (151 чел.) занимались трудовой деятельностью, в основном в промышленном производстве, сельском хозяйстве и сфере услуг. Еще 32 чел. (11,9%) на момент призыва не имели постоянного места работы.

Среди учащихся большинство являлись учениками средних общеобразовательных школ – 65,3% (648 чел.), остальные 34,7% (345 чел.) обучались в колледжах – 13,6% (135 чел.), 9,3% (92 чел.) – в техникумах, 5,4% (54 чел.) – в вузах, 3,4% (34 чел.) – в лицеях и 3,0% (30 чел.) – в гимназиях. С увеличением возраста респондентов снижается доля учащихся общеобразовательных школ и, соответственно, возрастает доля обучающихся в других учебных заведениях.

Изучение образовательного уровня родителей анкетированных показало, что большинство отцов имели среднее специальное образование (профессионально-технические училища, колледжи, техникумы) – 41,3%, среднее – 26,3% и высшее образование – 24,1%. Значительно меньшая доля отцов имела незаконченное высшее образование – 6,0%, в единичных случаях (9) упоминалось неполное среднее образование.

Примерно такая же ситуация отмечается и в образовательном уровне матерей. Большинство из них также имели среднее специальное (35,7%), среднее (34,4%) и высшее (25,8%) образование. Незаконченное высшее образование имели 4,1% матерей, и только 5 имели неполное среднее образование. Следовательно, имеет место достаточно высокий образовательный уровень родителей подростков и юношей, что может говорить в пользу благоприятного климата в семьях. С другой стороны, треть анкетированных (31,7% или 374 чел.) воспитываются в «неполных» семьях, в т.ч. 1,0% (12 чел.) родителей не имели, что, возможно, осложняло воспитательный процесс.

Таким образом, среди исследуемого контингента преобладают учащиеся или студенты – 84,2%, причем большинство подростков и юношей (68,3%) воспитывались в «полных» семьях с хорошими и удовлетворительными материальными (79,9%) и жилищными (79,8%) условиями, высоким образовательным уровнем родителей (до 30% родителей имели высшее и незаконченное высшее образование), что в целом говорит об отсутствии в данном случае существенного отрицательного влияния этих факторов на здоровье изучаемого контингента на территории Краснодарского края.

Тем не менее, следует констатировать, что с возрастом увеличивается доля лиц, отмечающих наличие хронических заболеваний и их сочетаний. Соответственно растет и контингент молодежи, имеющий ограничения к несению военной службы по состоянию здоровья. Поэтому изучение факторов риска нарушений здоровья детей и подростков продолжает оставаться актуальной задачей медицинской науки и требует дальнейших исследований. Необходима разработка на государственном уровне комплексных медико-социальных программ, призванных обеспечить качественный рост показателей здоровья молодежи.

Список литературы

1. Дильмак В.П. Четыре модели медицины / В.П. Дильмак. – М.: Медицина, 1987. – 288 с.
2. Жмакин И.А. Медико-социальная характеристика состояния здоровья детей с рецидивирующими респираторными заболеваниями / И.А. Жмакин, Ю.А. Алексеева, О.В. Андреева, Н.Д. Баженов // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2015. – № 8 (52). – С. 22-38.
3. Линченко С.Н. Современные тенденции динамики состояния здоровья подростков и юношей допризывного и призывного возрастов в Краснодарском крае / С.Н. Линченко, Д.В. Пухляк, В.И. Хмелик // Кубан. науч. медиц. вестник. – 2014. – № 5. – С. 76-80.