

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Кировский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

## **МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СЕГОДНЯ**

**1(9). 2020**

Научно-практический журнал  
Издается с января 2018 года  
Выходит 4 раза в год



**КИРОВ, 2020**

Медицинское образование сегодня, 1(9). 2020

---

**Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education  
"Kirov State Medical University"  
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation**

**MEDICAL EDUCATION TODAY**

**1(9). 2020**

Scientific and practical journal  
Published since January 2018  
Issued 4 times a year

**Kirov, 2020**

ББК 5я5

ISSN: 2686-7745

М42

16+

### МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ СЕГОДНЯ

#### Научно-практический журнал

**Главный редактор журнала** – ректор ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор Л.М. Железнов.

#### **Заместители главного редактора:**

– профессор, д.м.н. М.П. Разин;

– доцент, к.м.н. Е.Н. Касаткин.

**Ответственный секретарь** – доцент Л.Г. Сахарова.

**Члены редакционной коллегии:** профессор, д.м.н. А.Л. Бондаренко; профессор, д.м.н. С.А. Дворянский; профессор, д.м.н. Я.Ю. Иллек; профессор, д.м.н. А.Г. Кисличко; профессор, д.м.н. П.И. Цапок; профессор, д.м.н. Б.А. Петров; профессор, д.м.н. В.А. Бахтин; профессор, д.м.н. М.В. Злоказова; профессор, д.ф.м.н. А.В. Шатров; доцент, к.м.н. Н.С. Федоровская; доцент, к.ф.н. А.Е. Михайлов.

#### **Члены редакционного совета:**

доцент С.В. Кошкин (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор А.Е. Мальцев (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор Н.С. Стрелков (ФГБОУ ВО Ижевская ГМА Минздрава России, г. Ижевск); доцент И.В. Новгородцева (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор В.Б. Помелов (ФГБОУ ВО «Вятский государственный университет», г. Киров); профессор д.м.н. М.А. Аксельров (Тюменский ГМУ, г. Тюмень); профессор И.В. Мирошниченко (ФГБОУ ВО Оренбургский ГМУ Минздрава России, г. Оренбург); доцент Н.С. Семенов (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор А.М. Шамсиев (Самаркандский ГМИ, г. Самарканд, Узбекистан); доцент Л.Н. Шмакова (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор Е.Н. Чичерина (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор О.В. Соловьев (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор А.П. Спицин (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров); профессор Н.А. Цап (ФГБОУ ВО Уральский ГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург).

#### **Редакция журнала:**

Технический секретарь: доцент В.А. Сахаров;

Литературный редактор: Н.Л. Никулина;

Переводчик: доцент Т.Б. Агалакова.

**Учредитель:** Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России).

Журнал включен в Российский индекс научного цитирования [www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)

С правилами для авторов журнала «Медицинское образование сегодня» можно ознакомиться на сайте: <http://medobrtoday.ru>

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор) 31.08.2018 г., номер регистрации ЭЛ № ФС 77-73582.

Адрес редакции: 610027, г. Киров, ул. Карла Маркса, 137, оф. 308.

Тел.: (8332) 67-06-04; Факс: (8332) 64-07-43.

Электронная почта: [kf10@kirovgma.ru](mailto:kf10@kirovgma.ru)

Сетевая версия журнала в Интернете: <http://medobrtoday.ru>

© ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

**СОДЕРЖАНИЕ**

**КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**

**Спицин А.П., Попова Р.Н., Александрова М.А.**

Изменение жёсткости сосудов у лиц молодого возраста в зависимости от доминирующего типа автономной нервной системы.....6

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОЛОГИЯ И ГИГИЕНА ЧЕЛОВЕКА,  
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ**

**Калиниченко В.П., Калиниченко А.М.**

Уездный врач – хирург П.О. Нарбеков .....15

**Коротков Н.В.**

Видеоигры как ресурс личностного развития: аргументы «за» и «против».....25

**Санникова Ю.П., Новгородцева И.В., Бельтюкова О.В., Вахнина Р.А.**

Взаимосвязь Я-концепции и жизнестойкости у лиц, склонных к саморазрушающему поведению.....34

**Семакина Н.В., Злоказова М.В., Смирнова Е.А., Ланских Ю.В., Наумкина Е.С.**

Сравнение результатов психодиагностического скрининг-анкетирования подростков с данными, полученными при проведении диагностики стандартизированными психодиагностическими тестами на исследование депрессии и тревожности .....48

## ПЕДАГОГИКА, ИСТОРИЯ ПЕДАГОГИКИ

**Походенько И.В., Мухачева Е.А., Шипицына В.В., Вовк Н.В., Романовская С.В.**

О проблемах (трудностях), возникающих у студентов лечебного факультета медицинского вуза в период прохождения летней практики в качестве помощников постовых медсестер.....55

**Сахарова Л.Г., Сахаров В.А.**

Организация гражданско-патриотического воспитания обучающихся медицинских вузов в рамках Года памяти и славы .....64

## ОБЗОРЫ

**Белоусова О.В., Белоусов Е.А., Карасёв М.М.**

Комплексное исследование ассортимента товаров компании «Эвалар».....70

**Белоусов Е.А., Карасёв М.М., Белоусова О.В., Белоусов П.Е., Косинов И.В.**

Анализ ассортимента лекарственных средств, применяемых для лечения псориаза в аптечной организации .....81

**Белоусова О.В., Петухова Е.П., Белоусов Е.А., Карасёв М.М., Белоусов П.Е.**

Анализ ассортимента лекарственных препаратов на локальном фармацевтическом рынке, применяемых при простудных заболеваниях.....90

**Белоусов Е.А., Карасёв М.М., Белоусова О.В., Петухова Е.П.**

Сравнительный анализ ассортимента российского и регионального фармацевтических рынков витаминов для детей.....99

## КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.1:616.839-092

### ИЗМЕНЕНИЕ ЖЁСТКОСТИ СОСУДОВ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОМИНИРУЮЩЕГО ТИПА АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Спицин А.П., Попова Р.Н., Александрова М.А.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет  
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. Карла Маркса, 112)  
[spitsin1948@gmail.ru](mailto:spitsin1948@gmail.ru)*

В данной статье увеличение жесткости сосудистой стенки представлено как фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

В исследование было включено 55 человек, из них 39 человек – студенты младших курсов и 16 человек – ординаторы. Проанализированы показатели артериальной жесткости у здоровых лиц и выявлены взаимосвязи с показателями гемодинамики.

**Ключевые слова:** индекс жесткости, сосудистая стенка, гемодинамика

### CHANGE IN ARTERIAL STIFFNESS IN YOUNG PEOPLE DEPENDING ON THE DOMINANTING TYPE OF AUTONOMOUS NERVOUS SYSTEM

Spitsin A.P., Popova R.N., Alexandrova M.A.

*Kirov State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Kirov,  
Russia (610027, Kirov, K. Marx St, 112) [spitsin1948@gmail.ru](mailto:spitsin1948@gmail.ru)*

The article deals with the increase of vessels rigidity as a risk factor of cardiovascular events. 55 people took part in the research, 39 of them are third year medical students and 16 are residents. The parameters of arterial stiffness in healthy young people have been analyzed and correlated with hemodynamic parameters.

**Key words:** arterial stiffness, vessel wall, hemodynamics.

### **Введение**

В современном обществе заболевания сердечно-сосудистой системы по-прежнему являются основной причиной смертности. Никакие другие заболевания не приводят к такому количеству летальных исходов. Исследования здоровья человека на протяжении всей жизни становятся приоритетным направлением научной деятельности во всем мире, в том числе и в России. В связи с тем, что многие факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний реализуют себя через изменение сосудистой жесткости, повышение ригидности сосудистой стенки может быть интегральным маркером, отражающим сосудистые риски. Известно, что увеличение жесткости сосудистой стенки определяется повышенным сосудистым тонусом, в основе которого лежат дисрегуляторные изменения, в том числе и обусловленные дисфункцией эндотелия и структурными нарушениями в стенке артерий.

Особого внимания заслуживают методы, позволяющие оценить возможность выявления изменений артериальной стенки на ранних стадиях, что может быть зарегистрировано с помощью оценки скорости распространения пульсовой волны (СРПВ). Определение СРПВ в последние годы считают одним из интегральных и независимых показателей повышения жесткости сосудистой стенки и предикторов ССЗ.

В связи с тем, что многие факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний реализуют себя через изменение сосудистой жесткости, повышение ригидности сосудистой стенки может быть интегральным маркером, отражающим сосудистые риски.

Вследствие повышения жесткости сосудистой стенки происходит нарушение демпфирующей функции крупных артерий, в результате чего увеличивается повреждающее действие пульсовой волны на сосуды.

### Основное содержание

Цель и задачи исследования: изучить показатели артериальной жесткости у здоровых лиц и выявить их взаимосвязи с показателями гемодинамики.

Материалы и методы: в исследование было включено 55 человек, из них 39 человек – студенты младших курсов и 16 человек – ординаторы. Все испытуемые предварительно были ознакомлены с содержанием физиологического обследования, получено информированное согласие на него. Антропометрическое обследование включало измерение роста и массы тела. Процедура проведения исследования соответствовала этическим медико-физиологическим нормам: обследуемые в письменном виде давали добровольное согласие на участие в исследовании и, при желании, на любом этапе могли отказаться от него. Частоту сердечных сокращений (ЧСС, уд./мин.), систолическое (САД, мм рт. ст.) и диастолическое (ДАД, мм рт. ст.) артериальное давление крови измеряли манометром Омрон 705IT (Япония) по общепринятой методике. Критерии установления границ нормального артериального давления базировались на рекомендациях АСС и АНА по артериальной гипертензии 2017 года. Для изучения показателей центральной и регионарной гемодинамики определяли: 1) Ударный объем крови (УОК, мл, 2) минутный объем крови (МОК, л/мин), 3) ударный индекс (УИ, мл/м<sup>2</sup>), позволяющий более точно оценить систолический выброс сердца, соотносимый с индивидуальными антропометрическими особенностями, 4) сердечный индекс (СИ, л/мин/м<sup>2</sup>), унифицированный, наиболее информативный показатель для оценки функционального состояния левого желудочка и типа гемодинамики, 5) общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС,  $\text{дин} \times \text{с}^{-1} \times \text{см}^{-5}$ ), являющееся одним из основных факторов, определяющих колебания артериального давления и отражающим постнагрузку на левый желудочек. Изменение этого показателя имеет направленность прямо противоположную значению СИ и также характеризует

тип центральной гемодинамики, б) удельное периферическое сопротивление сосудов (УПСС) имеет то же клиническое значение, что и ОПСС, но более точно отражающее резистивность сосудистого русла по отношению к антропометрическим параметрам организма.

Для оценки структурно-функционального состояния стенки крупных сосудов и параметров центральной гемодинамики использован метод фотоплетизмографии – аппарат «Ангиоскан-01» («Ангиоскан», Россия). Исследование проводилось в утренние часы, строго натощак, пациенты перед процедурой не курили и не употребляли кофе. Анализ проводился в тихом, затемненном помещении, при температуре 20–22 °С. При проведении исследования пациенты находились в положении сидя, кисти их рук с фотоплетизмографическими датчиками были неподвижны. Датчики прибора «Ангиоскан-01» устанавливались на концевых фалангах указательных пальцев рук, манжета манометра располагалась на правом предплечье на уровне сердца. При автоматическом контурном анализе пульсовой волны оценивались следующие показатели: амплитуда дикротической волны (АДВ), амплитуда пульсовой волны (АПВ), высота инцизуры, время наполнения, время отражения пульсовой волны, длительность анакротической фазы пульсовой волны, продолжительность диастолической фазы сердечного цикла, длительность дикротической фазы пульсовой волны, длительность пульсовой волны, продолжительность систолической фазы сердечного цикла, длительность фазы изгнания, индекс восходящей волны, индекс дикротической волны, время отражения пульсовой волны (ВОВ), индекс жёсткости (ИЖ), индекс отражения (ИО), частота сердечных сокращений (ЧСС).

### **Статистическая обработка результатов исследования.**

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы STATISTICA 6.0. Нормальность распределения определялась по критериям Шапиро-Уилка. Достоверность различий между группами

определяли с помощью непараметрических критериев Манна-Уитни и Колмогорова-Смирнова. Изучение взаимосвязи между показателями проводилось с помощью корреляционного анализа с вычислением коэффициента корреляции Спирмена ( $r$ ). Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ . При интерпретации данных была принята (условно) следующая классификация силы корреляции в зависимости от значения коэффициента корреляции: до 0,2 – очень слабая корреляция; до 0,5 – слабая корреляция; до 0,7 – средняя корреляция; до 0,9 – высокая корреляция; свыше 0,9 – очень высокая корреляция. Расчет выполнен на персональном компьютере с использованием приложения Microsoft Excel и пакета статистического анализа данных Statistica 10 for Windows.

### *Результаты исследования*

Изучение корреляционных взаимосвязей между показателями гемодинамики и индексом жёсткости сосудов в целом по группе показало следующее: выявлена отрицательная связь ЧСС с длительностью пульсовой волны ( $r = -0,60$ ;  $p = 0,0005$ ) и индексом отражения ( $r = -0,38$ ;  $p = 0,016$ ). Также обнаружены достоверные связи длительности пульсовой волны (ДПВ) с МОК ( $r = -0,42$ ;  $p = 0,008$ ), сердечным индексом ( $r = -0,48$ ;  $p = 0,0021$ ), ОПСС ( $r = 0,34$ ;  $p = 0,032$ ) и ВИК ( $r = -0,46$ ;  $p = 0,003$ ). Индекс отражения пульсовой волны (ИО) имел отрицательную связь с ЧСС ( $r = -0,38$ ;  $p = 0,016$ ) и с двойным произведением ( $r = -0,36$ ;  $p = 0,025$ ).

Изучение корреляционных связей между показателями гемодинамики и параметрами пульсовой волны в зависимости от величины индекса жесткости выявило следующие особенности. При индексе жесткости сосудов от 4,0 до 6,0 выявлена положительная связь времени отражения пульсовой волны (ВОВ) с АДС ( $r = 0,35$ ;  $p = 0,08$ ) и ЧСС ( $r = 0,39$ ;  $p = 0,056$ ). Также наблюдалась положительная связь ВОВ с ДП ( $r = 0,52$ ;  $p = 0,009$ ). Длительность пульсовой волны коррелировала с ЧСС ( $r = -0,72$ ;  $p = 0,00007$ ), с ВИК ( $r = -0,45$ ;  $p = 0,026$ ) и двойным произведением ( $r = -0,67$ ;  $p = 0,0003$ ).

Индекс жёсткости имел определенную связь с МОК ( $r = -0.37$ ;  $p = 0.071$ ) и сердечным индексом ( $r = -0.45$ ;  $p = 0.024$ ).

У индекса отражения выявлена отрицательная связь с ЧСС ( $r = -0.50$ ;  $p = 0.013$ ), ударным объемом ( $r = 0.38$ ;  $p = 0.06$ ) и двойным произведением ( $r = -0.49$ ;  $p = 0.014$ ).

При значениях индекса жёсткости от 7.0 до 11.0 корреляционные связи были другими. Не выявлены связи ВОВ с АДС, АДД и ЧСС. Связь ДПВ с ЧСС становится не значимой ( $r = -0.44$ ;  $p = 0.097$ ). Определенная связь ВОВ наблюдается с пульсовым давлением ( $r = 0.44$ ;  $p = 0.092$ ). Корреляционная связь ДПВ с МОК становится недостоверной ( $r = -0.44$ ;  $p = 0.095$ ). Усиливаются связи ДПВ с СИ ( $r = -0.72$ ;  $p = 0.002$ ). Усиливаются положительные связи ДПВ с ОПСС ( $r = 0.52$ ;  $p = 0.04$ ), ВИК ( $r = -0.55$ ;  $p = 0.033$ ). Более сильная связь ДПВ обнаружена с ЦПСС ( $r = 0.65$ ;  $p = 0.009$ ). Индекс жесткости и индекс отражения не имели достоверных связей с интегральными показателями гемодинамики.

Выявлены некоторые особенности корреляционных связей параметров пульсовой волны с интегральными показателями гемодинамики. У лиц женского пола выявлена значимая связь индекса восходящей волны (ИВВ) с удельным периферическим сосудистым сопротивлением (УПСС). Данное обстоятельство показывает, что эффективное движение крови у лиц женского пола обеспечивается не столько сократительной деятельностью сердца, сколько активностью сосудистого компонента индекса жесткости (ИЖ), который у лиц женского пола достоверно связан с длиной тела. С массой тела, в отличие от мужчин, такой достоверной связи у них не было. По-видимому, с увеличением длины тела увеличивается нагрузка как на сердце, так и на сосуды с последующим нарастанием тонуса сосудов и увеличением их жесткости. Это также подтверждается и установленной зависимостью длительности пульсовой волны с длиной тела. Длительность пульсовой волны (ДПВ) у лиц женского пола также была связана и с МОК. По-видимому,

увеличение длительности пульсовой волны при меньших значениях МОК связано с компенсаторным ростом общего периферического сопротивления сосудов и, соответственно, увеличением продолжительности изгнания крови.

Результаты проведенного исследования показали, что применение методики расчета САVI с помощью объемного сфигмографа VaSeraVS-1500N (FukudaDenshi) является простым, удобным и быстрым способом скрининговой оценки жесткости артерий. Ранее ряд авторов при изучении зависимости СРПВ от различных показателей выявил корреляции между СРПВ и возрастом [10, 11], СРПВ и уровнем АД [11], что соотносится с результатами, полученными в настоящем исследовании. Это свидетельствует о том, что данные параметры вносят значительный вклад в определение жесткости артерий. Выявление взаимосвязи между двумя ФР, входящими в шкалу SCORE, позволило сделать предположение о наличии корреляции между СРПВ и 10-летним риском смерти от БСК, вычисленным с помощью данной шкалы. Как следует из приведенных выше данных, эта гипотеза нашла свое подтверждение по результатам проведенного исследования (рисунок 3). По данным, имеющимся в доступной литературе, ранее подобная взаимосвязь не оценивалась. Полученные в работе корреляции носили умеренный характер, но были статистически достоверными, что свидетельствует о необходимости проведения крупных популяционных исследований, включающих в себя тысячи пациентов, результатом которых должно, в том числе, стать формирование новых шкал оценки риска БСК. Вместе с тем именно умеренная степень выявленных корреляций свидетельствует о том, что имеются другие, более значимые ФР, влияющие на жесткость сосудистой стенки, исследование которых предстоит в дальнейшем.

### **Выводы**

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что метод оценки такого показателя жесткости артерий, как САVI, является простым в применении, доступным, не требует специальной подготовки и может быть

применен в кабинетах (отделениях) медицинской профилактики в рамках углубленного профилактического консультирования. Выявлены достоверные средней силы корреляционные связи САVI с показателем шкалы SCORE, а также такими ее параметрами, как возраст и уровень САД, однако для оценки возможности включения САVI в прогностические модели требуются дальнейшие исследования.

### Список литературы

1. Nilsson P.M, Lurbe E. , Laurent S. The early life origins of vascular ageing and cardiovascular risk: the EVA syndrome [review] // *J Hypertens*. 2008; (26): 1049–1057.
2. Шальнова С. А., Конради А. О., Карпов Ю. А., Концевая А. В., Деев А. Д., Капустина А. В., Худяков М. Б., Шляхто Е. В., Бойцов С. А. Анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 12 регионах Российской Федерации, участвующих в исследовании «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России»// *Российский кардиологический журнал*. – 2012. – № 5 (97). – С. 6–11. [Shal'nova S. A., Konradi A. O., Karpov Yu. A., Kontsevaya A. V., Deev A. D., Kapustina A. V., Khudyakov M. B., Shlyakhto E. V., Boytsov S. A. Analiz smertnosti ot serdechno-sosudistyykh zabolevaniy v 12 regionakh Rossiyskoy Federatsii, uchastvuyushchikh v issledovanii «Epidemiologiya serdechno-sosudistyykh zabolevaniy v razlichnykh regionakh Rossii». *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal*. 2012;5 (97): 6–11 (In Russ).]
3. Nilsson P.M, Lurbe E. , Laurent S. The early life origins of vascular ageing and cardiovascular risk: the EVA syndrome [review] // *J Hypertens*. 2008; (26): 1049–1057.
4. Boutouyrie P., Tropeano A.I., Asmar R. Aortic stiffness is an independent predictor of primary coronary events in hypertensive patients. *Hypertension*. 2002; 39:10-15.
5. Oliver J. J., Webb D. J. Noninvasive assessment of arterial stiffness and risk of atherosclerotic events. *Arterioscler. Tromb. Vasc. Biol*. 2003; 23: 554-566
6. Vasan R.S., Levy D. Changes in arterial stiffness and wave reflection with advancing age in healthy men and women: the Framingham Heart Study. *Hypertension*. 2004; 43: 1239—1245.
7. Mitchell G.F., Guo C.Y., Benjamin E.J., Larson M.G., Keyes M.J., Vita J.A., Vasan R.S., Levy D. Cross-sectional correlates of increased aortic stiffness in the community: the Framingham Heart Study. *Circulation* 2007; 115: 2628—2636.
8. Cavalcante J.L., Lima J.A., Redheuil A., Al-Mallah M.H. Aortic stiffness: current understanding and future directions. *J Am Coll Cardiol* 2011; 57: 14: 1511—1522.

9. Laurent S., Boutouyrie P., Asmar R. et al. Aortic stiffness is an independent predictor of all-cause and cardiovascular mortality in hypertensive patients. *Hypertension* 2001; 37: 1236
10. Boutouyrie P., Tropeano A.I., Asmar R. Aortic stiffness is an independent predictor of primary coronary events in hypertensive patients. *Hypertension*. 2002; 39: 10-15.
11. Oliver J. J., Webb D. J. Noninvasive assessment of arterial stiffness and risk of atherosclerotic events. *Arterioscler. Tromb. Vasc. Biol.* 2003; 23: 554-566.
12. Arnett D. K., Evans G. W., Riley W. A. Arterial stiffness: a new cardiovascular risk factor? *Am J Epidemiol.* 1994;15: 669-682.
13. Laurent S., Cockcroft J., Van Bortel L. On behalf of the European Network of Non-invasive Investigation of large Arteries. Expert consensus document on arterial stiffness: methodological issues and clinical application. *Eur. Heart J.* 2006; 27:2588-2605

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОЛОГИЯ И ГИГИЕНА ЧЕЛОВЕКА,  
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ**

УДК 908 (470.347)

**УЕЗДНЫЙ ВРАЧ – ХИРУРГ П.О. НАРБЕКОВ**

Калиниченко В.П.

*ФГБОУ ВО «Вятская государственная сельскохозяйственная академия», Киров, Россия (610017 г. Киров, Октябрьский пр., 133),  
[kalin.ura@yandex.ru](mailto:kalin.ura@yandex.ru)*

Калиниченко А.М.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет  
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. Карла Маркса, 112)  
[toha\\_kalini4enko@mail.ru](mailto:toha_kalini4enko@mail.ru)*

В статье дается анализ деятельности прогрессивного врача–хирурга Павла Осиповича Нарбекова, выпускника медицинского факультета Московского университета. В 1831–1835 гг. он работал в уездном городе Котельнич Вятской губернии. Исследованием установлено, что П.О. Нарбеков первый в губернии успешно провел операцию при ущемленной паховой грыже. В 1835 г., по–видимому, первым в России сделал операцию перевязки наружной сонной артерии по поводу аневризмы. До конца жизни честно исполнял врачебный долг.

**Ключевые слова:** Вятская губерния, уездный врач, научные исследования, хирургия, операция.

**DISTRICT DOCTOR, SURGEON P.O. NARBEEKOV**

V. P. Kalinichenko

*Vyatka State Agricultural Academy, Kirov, Russia, (610017, Kirov, Oktyabrsky Ave., 133), [kalin.ura@yandex.ru](mailto:kalin.ura@yandex.ru)*

A. M. Kalinichenko

*Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marx Street, 112), [toha\\_kalini4enko@mail.ru](mailto:toha_kalini4enko@mail.ru)*

The article analyzes the activity of the progressive surgeon Pavel Osipovich Norbekov, a graduate of the medical faculty of Moscow State University. In 1831-1835 he worked in Kotelnich, the chief town of the district in Vyatka province. Narbekov P. O. was the first in the province to successfully perform a surgery for strangulated inguinal hernia. He seemed to be the first in Russia to perform ligation of the external carotid artery for aneurysm in 1835. Until the end of his life P. O. Narbekov honestly did his duty of care.

**Keywords:** Vyatka province, district doctor, scientific research, surgery, operation.

**Введение**

В статье анализируется профессиональная деятельность передового врача – хирурга Павла Осиповича Нарбекова, работавшего в уездном городе Котельнич в 30–ые гг. XIX в.

*Научная проблема*, рассматриваемая в статье, – становление хирургии донаркозного периода в России.

*Актуальность исследования.* Изучение и анализ практической деятельности П.О. Нарбекова в условиях уездной больницы дополняет недостаточно освещенный в литературе материал о работе хирургов I–ой половины XIX в.

*Целью настоящего исследования* является изучение и оценка практической и научно-исследовательской деятельности врача – хирурга П.О. Нарбекова, работавшего в условиях крайне низкого уровня практической медицины и всемерного контроля со стороны Вятской врачебной управы.

*Метод исследования.* Исследование проводилось проблемно–хронологическим методом изучения и анализа архивных документов, а также научных исторических изданий. Большинство документов впервые вводятся в научный оборот.

### **Основное содержание**

Документально подтвержденная история здравоохранения Вятской губернии началась со II–ой половины XVIII в. 10 мая 1773 г. указом Сената Российской империи г. Хлынов, центр края, был включен в список провинциальных городов, где признавалось необходимым «иметь лекаря». Но до создания Вятского наместничества в 1780 г. в губернии не было ни одного штатного врача. Судя по архивным документам, с 1782 по 1784 гг. на всю губернию был только один лекарь Иван Глейзберг, в 1785-1787 гг. – один врач Георгий Столберг. В 1797 г. с преобразованием наместничества в губернию «для лучшего устройства медицинской части» была утверждена губернская врачебная управа. В ее штате должны были состоять три члена. Фактически управа состояла только из одного человека – акушера Пфейлере. В губернии не было ни одной больницы [1, 228–299]. В 1805 г. вятским губернским врачебным инспектором являлся доктор Соломон Либошиц. При врачебной управе помимо врача Либошица состояло 8 лекарей и 13 лекарских учеников. В Вятке была открыта аптека<sup>1</sup>.

В первой половине XIX в. медицинским делом в уездах Российской империи ведали три административных органа: попечительский совет заведений общественного призрения (приказ общественного призрения),

---

<sup>1</sup> Кировское областное государственное казенное учреждение «Государственный архив Кировской области». г. Киров. (далее – КОГКУ «ГАКО») Ф. 582. Оп. 4. Д. 46. Л. 5-7, 14.

ведомство государственных имуществ и ведомство уделов. К обязательному открытию больниц во всех городах Вятской губернии приступили с 1811 г., после издания 2 июня положения о внутренней страже. Вятская губернская больница была открыта в 1811 г. на базе Вятской городской больницы. Находилась в ведении приказа общественного призрения. Губернская больница учреждалась на 60 человек. Из средств города на ее содержание было выделено 3320 рублей. В уездных городах больницы открывались на 15 человек каждая. Содержание уездных больниц было возложено на города, но вскоре эта обязанность была передана приказу общественного призрения. За лечение больных определено было взимать небольшую плату [2, 345]. По данным статистики, в Вятской губернии в 1813 году насчитывалось уже 10 больниц [2, 351] (рис. 1).



Рис. 1. Карта Вятской губернии, XIX в.

В 1755 г. по инициативе М.В. Ломоносова был открыт Московский университет, а в нем медицинский факультет. В 1798 г. основана Петербургская Медико-хирургическая академия (ныне Военно-медицинская академия), ставшая центром развития хирургии в России. В 1804 г. был открыт университет в Казани с медицинским факультетом. Их открытие повлияло на улучшение медицинского обслуживания населения Вятской губернии.

В истории отечественной медицины мало изучена деятельность практических врачей–хирургов периода становления хирургии в России, называемого «донаркозной эпохой». Ее изучение представляет немалый интерес. В архивных документах удалось обнаружить, что в 1835 г. в Котельничской уездной больнице Вятской губернии врачом Павлом Осиповичем Нарбековым была сделана в условиях уездного города, по-видимому, первая в России операция перевязки правой наружной сонной артерии по поводу аневризмы. В то время еще не были известны анестезирующие средства. Больница в Котельниче была открыта в 1812 г. Размещалась она в частном арендованном доме из трех комнат, одну из которых занимала аптека. В двух других находились больные. Не было ни перевязочной, ни операционной, ни необходимого оборудования и инструментов [3, 136].

Павел Осипович Нарбеков родился в 1806 г. в семье дьяка Вознесенской церкви г. Кинешма. Обучался в Костромской духовной семинарии, из которой был отчислен по состоянию здоровья. В 1826 г. П.О. Нарбеков поступил на медицинский факультет Московского университета. В 1830 г. окончил университет с хорошими успехами и был утвержден лекарем 2-го отделения<sup>2</sup>. Окончившие курс обучения при последнем испытании в зависимости от успеваемости относились к 1 – 2 или 3-ему отделению. Сохранился подлинный документ об окончании университета. На формирование врачебного материалистического мировоззрения П.О. Нарбекова

---

<sup>2</sup> КОГКУ «ГАКО». Ф. 633. Оп. 3. Д. 315. Л. 5

положительное влияние оказали ученые О.Е. Мухин, возглавлявший в то время в Московском университете кафедру анатомии и физиологии, М.Я. Мудров и И.Е. Дядьковский. После окончания университета П.О. Нарбеков «исправлял должность старшего врача» во время эпидемии холеры в Москве в 1830 г.<sup>3</sup> С 24 марта 1831 г. «по его прошению» направлен в уездный г. Котельнич Вятской губернии. Одновременно «исправлял» должность врача Яранского уезда<sup>4</sup>.

Приехав в Котельнич, Павел Осипович развил хирургическую деятельность. Опираясь на идеи своих учителей, углубленно изучал анатомию, проводил опыты на животных. Это позволило ему производить сложные для того времени хирургические операции. Он первым в губернии в 1834 г. успешно провел операцию при ущемленной паховой грыже [4, 3]. В 1834 г. Павел Осипович сдал экзамен в Казанском университете «во всех частях повивального искусства», где ему было присвоено звание акушера. Сохранился подлинный документ, подписанный выдающимся русским математиком «Ректором Императорского Казанского Университета Ординарным Профессором, Статским Советником и Кавалером» Н.И. Лобачевским<sup>5</sup>.

Хирургические операции в то время проводились только с разрешения врачебной управы. В ее распоряжении находились и хирургические инструменты, необходимые для операций. По требованиям врачей инструменты высылались в уездные больницы и сразу же возвращались обратно [5, 6].

В этой связи представляет интерес ответ Вятской губернской врачебной управы на просьбу П.О. Нарбекова выслать нужный инструмент для производства операции «прободения брюшной полости» у больного,

---

<sup>3</sup> Там же. Д. 300. Л. 5.

<sup>4</sup> Там же.

<sup>5</sup> КОГКУ «ГАКО». Ф. 633. Оп. 1. Д. 85. Л. 15.

страдающего «брюшной водяной болезнью»<sup>6</sup>. Получен ответ: «Приказали: для делания прободения брюшной полости господину лекару Нарбекову отослать при указе серебряный троакар и велеть ему по миновании надобности возвратить оный в управу сию немедленно, при чем напомнить ему, господину Нарбекову, дабы он при намерении сделать операцию руководствовался изданными правилами. Напомнить с тем вместе, что врачебная управа начинает удивляться столь частым занятиям его по части хирургии. Ибо никакой врач так много не затрудняет ее, как он, Нарбеков, хотя невозможно думать, чтобы кто-либо из врачей не мог иметь способности к деланию операции, а еще меньше возможно думать, чтобы в городе Котельниче было больше требующих помощи от руки оператора»<sup>7</sup>.

В газете «Друг здравия» за 1835 г. П.О. Нарбеков описал случай излечения больного с открытой травмой передней брюшной стенки с разрывом выпавшей кишки без ее сшивания. Он производил операции по поводу водянки яичка, пластические операции при заячьей губе, успешно оперировал при акушерской патологии и ряде других заболеваний [4, 4]. В то время хирурги вынуждены были всемерно сокращать продолжительность операции, что достигалось усовершенствованием оперативной техники, доходившей нередко до виртуозности. Операции, которые в середине XX в. производились за 30–40 минут, в I-ой половине XIX в. делались при отсутствии полноценного наркоза в течение 5–8 минут [6, 16]. Врачей – специалистов вятская деревня не знала. Развитие хирургической деятельности было обусловлено личной склонностью врача, его знаниями и смелостью.

3 февраля 1835 г. П.О. Нарбеков ставит в известность Вятскую врачебную управу, что в Котельничскую городскую больницу поступил больной с диагнозом аневризма правой наружной сонной артерии. Он сообщает врачебной управе, что «аневризма, представляющая собой почти необыкновенное патологическое явление, по причине значительной величины

---

<sup>6</sup> Там же. Д. 403. Л. 1.

<sup>7</sup> Там же. Д.403.Л. 4.

угрожает ныне больному опасностью жизни через разрыв, ибо постоянно сильным биением своим расстроила уже, как усмотрено мною, ключицу и ребра под нею находящиеся. Обязанность врача и долг человеколюбия заставляют иногда прибегать для спасения больного к таким мерам, кои и сами по себе подвергают его уже крайней опасности»<sup>8</sup>. Врачебная управа разрешила производство этой операции в присутствии врача Орловского уезда П.В. Малеева.

1 июня 1835г. была сделана перевязка правой наружной сонной артерии. Об этом П.О. Нарбеков написал в медицинскую газету, которая отозвалась о ней так: «Едва ль эта операция, одна из важнейших, не произведена в первый раз у нас в России в уездном городе»<sup>9</sup>. П.О. Нарбекова не останавливали трудности и препятствия. Он не замыкался в стенах больницы. Глубоко изучал имевшуюся в то время медицинскую литературу. В рапорте на имя Вятской врачебной управы П.О. Нарбеков писал: «Имея ныне в частной моей практике больной субъект, где правила науки требуют для уничтожения аневризмы сделать перевязывание артерии и находя нужным в сем случае для соображения способов производства операции, кроме имеющихся у меня по сему предмету сочинений, требуются еще новейшие издания и наставления. Я смею покорнейше просить Управу выслать на самое кратчайшее время хранящиеся в архиве оной «Анатомико–Хирургические таблицы» профессора Буяльского для перевязывания больших артерий, при чем строго обязуюсь возвратить оные обратно в Управу с первоотходящею почтою и в возможной целостности и сохранности»<sup>10</sup>. Таблицы были изданы в 1828 г.

Методично, последовательно и глубоко Павел Осипович изучал на трупах все детали проводившихся операций. Обобщал наблюдения. Им был придуман и сделан инструмент, предохранявший от сдавления «скитающий» (блуждающий) нерв и облегчавший операцию перевязки наружной сонной

---

<sup>8</sup> Там же. Оп. 3. Д. 300. Л. 15.

<sup>9</sup> Там же. Оп. 1. Д. 85. Л. 3.

<sup>10</sup> Там же. Оп. 3. Д. 300. Л. 16.

артерии, который подробно был описан при изложении хода операции. В то же время П.О. Нарбеков пишет работу «Рассуждение о черепосверлении», где подробно излагает показания, ход операции, указывает на возможные осложнения, способы их предупреждения, правила пользования трепаном, особенности трепанации черепа у детей, послеоперационное лечение. Во всех его суждениях лежало основное требование: прежде чем приступить к операции, обязательно необходимы «повторительные упражнения на трупах, без чего никакой важной операции на живом человеке производить не должно»<sup>11</sup>. Описывая операции на конечностях, он указывал: «Опыты мои исключительно над животными вполне удостоверили меня в чувствительности и возможности скручивания артерий у оных, которые по многократным моим упражнениям я почитаю лучшими, и операция при сем может быть проведена верно и скоро»<sup>12</sup>.

Преодолевая невежество и предрассудки населения, талантливый врач настойчиво внедрял достижения медицинской науки. Самоотверженным трудом на практике доказывал огромный вред, наносимый знахарями, показывал превосходство помощи врача, благородно служил делу «народного здоровья».

П.О. Нарбеков готовился к сдаче экзамена на получение звания медика–хирурга. К великому сожалению, в 1837 г. в возрасте 30 лет Павел Осипович скончался, не успев осуществить свои замыслы [4, 5]. Около 10 лет не дожил он до начала применения наркоза при операциях. Павел Осипович, работавший до начала деятельности гениального Н.И. Пирогова, остался незамеченным. О нем никто никогда не вспоминал. О П.О. Нарбекове стало известно благодаря обнаруженным архивным документам. Знакомство с его деятельностью представляет интерес и для врача нашего времени. Творческий, смелый хирургический опыт П.О. Нарбекова вызывает глубочайшее уважение и восхищение.

---

<sup>11</sup> Там же. Оп. 1. Д. 85. Л. 4.

<sup>12</sup> Там же.

## Список литературы

1. Куковьякин С.А. Прошлое вятской медицины // Энциклопедия земли Вятской: в 10–ти томах. Киров, 1995. Т. 4. История. С. 228–241. [Kukovyakin S. A. Proshloe vyatskoy meditsiny. In: *Entsiklopediya zemli Vyatskoy: in 10 volumes*. Kirov, 1995. Vol.4. History. p. 228-241. (in Russ)].
2. Столетие Вятской губернии. 1780–1880. // Сборник материалов к истории Вятского края. Вятка, 1880. Т.1. 506 с.[ *Stoletie Vyatskoy gubernii. 1780–1880*. In: *Sbornik materialov k istorii Vyatskogo kraja. Vyatka, 1780-1880*. Vol.1.(in Russ)].
3. Балыбердина А.А. Котельнич // Энциклопедия земли Вятской: в 10–ти томах. Киров, 1995. Т. 4. История. С. 134–144. [Balyberdina A. A. Kotelnich // In: *Entsiklopediya zemli Vyatskoy: in 10 volumes*. Kirov, 1995. Vol.4. History. p. 134-144. (in Russ)].
4. Потапенко В.Н. О хирургической деятельности в доземский период в Вятской губернии. // Материалы к научной конференции Кировской областной клинической больницы и Кировского научно–исследовательского института переливания крови. Киров, 1966. – С. 3–6.[ Potapenko V. N. O khirurgicheskoy deyatel'nosti v dozemskiy period v Vyatskoy gubernii. (Conference proceedigs) Nauchnaya konferentsiya Kirovskoy oblastnoy klinicheskoy bol'nitsy i Kirovskogo nauchno–issledovatel'skogo instituta perelivaniya krovi. Kirov, 1966. p. 3-6. (in Russ)].
5. Потапенко В.Н. Хирургическая помощь в Вятской губернии до Великой Октябрьской социалистической революции: автореф. дис. канд–та мед. наук. Горький, 1967. [Potapenko V. N. *Khirurgicheskaya pomoshch' v Vyatskoy gubernii do Velikoy Oktyabr'skoy sotsialisticheskoy revolyutsii*. [dissertation autoreferat], Gor'ky; 1967. (in Russ)].
6. Руфанов И.Г. Великий русский ученый Н.И. Пирогов. 1810–1881 гг. –М., 1952. [Rufanov I. G. *Velikiy russkiy uchenyy N.I. Pirogov. 1810-1881* . Moscow., 1952. (in Russ)].

УДК 159.9

**ВИДЕОИГРЫ КАК РЕСУРС ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ:  
АРГУМЕНТЫ ЗА И ПРОТИВ**

Коротков Н.В.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет  
Минздрава России (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112), kf10@kirovgma.ru*

Проводится сравнительный анализ аргументов «за» и «против» видеоигр как ресурса личностного развития человека. Осмысляются нейрофизиологические и социокультурные причины популярности видеоигр в современном обществе. Раскрываются коммуникативные, педагогические, психотерапевтические, гендерные и этические аспекты видеоигр и их воздействия на геймеров.

**Ключевые слова:** видеоигры, геймеры, эскапизм, насилие, сексуализация, зависимость.

**VIDEO GAMES AS A RESOURCE OF PERSONALITY  
DEVELOPMENT: PROS AND CONS**

Korotkov N.V.

*Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marx Street,  
112), kf10@kirovgma.ru*

The article presents a comparative analysis of pros and cons of video games as a resource of personality development. The neurophysiological and sociocultural reasons for video games popularity in modern society are discussed. The communicative, pedagogical, psychotherapeutic, gender and ethical aspects of video games and their impact on gamers are revealed.

**Keywords:** video games, gamers, escapism, violence, sexualization, addiction.

**Введение.** *Актуальность исследования.* Видеоигры занимают всё большее место в жизни современного человека, о чем красноречиво свидетельствует, в частности, интенсивная интеграция подобных развлечений в мировую экономику. Так, согласно в 2016 году суммарный доход индустрии видеоигр составил 91 млрд. долларов [1], в 2018 году – уже 137,9 млрд. долларов, а по прогнозам на 2021 год глобальный доход игровой индустрии превысит 180 млрд. долларов [2]. На этом фоне разворачиваются широкие дискуссии о характере влияния видеоигр на общество в целом и на отдельного человека в частности. Противники видеоигр, как правило, апеллируют к явлению психологической зависимости от видеоигр, представляя её как пандемию и одну из основных угроз психическому здоровью граждан постиндустриальных обществ. Так, в июне 2018 года Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) включила игровое расстройство в 11-й перечень международной классификации болезней (МКБ-11), который вступит в силу с 1 января 2022 года [3]. Защитники видеоигр акцентируют положительные аспекты широкого распространения и интенсивного развития видеоигр, позиционируя их как значимый фактор развития информационного общества и личностного становления его граждан.

*Целью данного исследования* является анализ аргументов за и против видеоигр как ресурса личностного развития человека.

Достижение поставленной цели предполагает решение следующих задач:

1. Рассмотрение причин популярности видеоигр среди широких слоев населения;
2. Анализ влияния видеоигр на социализацию геймеров;
3. Анализ корреляции между повышением/понижением уровня насилия в обществе и ростом/снижением насилия в видеоиграх;
4. Анализ влияния видеоигр на формирование у геймеров гендерных стереотипов;

5. Анализ влияния видеоигр на успеваемость/неуспеваемость геймеров в учёбе.

*Методы:* сравнительный анализ, контент- и дискурс-анализ, а также методологический принцип современной эпистемологии и социологии науки о несвободе науки от ценностей (этнических, классовых и т.п.). Это означает, кроме прочего, что в условиях коммерциализации науки главным, хотя и не всегда явным, спонсором научных исследований, способных повлиять на их оценку какого-либо феномена массовой культуры (в данном случае – видеоигр), часто является заинтересованная сторона, что негативным образом сказывается на объективности соответствующих исследований.

*Результаты исследования:* Нейрофизиологическую основу широкой популярности видеоигр в существенной мере прояснило исследование группы ученых Гентского университета (Бельгия, 2011 г.) [4]. В рамках эксперимента испытуемые подростки в возрасте до 14 лет были разделены на 2 подгруппы:

1. проводящие за видеоиграми 4 часа в неделю;
2. проводящие за видеоиграми более 21 часа в неделю.

154 здоровых исследуемых прошли МРТ-обследование во время прохождения миссий. В результате у подростков из второй подгруппы было обнаружено увеличение левого вентрального стриатума, где в нейронах происходит конвергенция импульсов систем мотивации и подкрепления, обеспечивая подкрепление когнитивных и двигательных реакций. Грубо говоря, мозг не видит разницы между решением той или иной задачи в реальной жизни и прохождением очередной миссии в видеоигре, то есть решением внутриигровой задачи. В обоих случаях происходит выработка «гормона удовольствия», дофамина. При этом наказания за проваленное в игре задание имеют гораздо менее травматический характер, чем последствия неудач в реальной жизни. В результате стычки с «гопником» можно попасть на больничную койку, в результате поражения от игрового босса – разве что в начало игрового уровня. Сочетание этих двух факторов способствует тому,

что геймеры всё больше уподобляются мышам из известного эксперимента, которые после вживления электрода в их «центр удовольствия», получили возможность напрямую стимулировать его нажатием на специальный рычаг. В результате такие мыши потеряли интерес к спариванию, еде и развлечениям, непрерывно давя на рычаг до полного истощения и смерти.

Вместе с тем, существует точка зрения, согласно которой масштаб патологической зависимости от видеоигр искусственно завышается за счет того, что для её определения используются те же критерии, что и для определения лудомании – патологической зависимости от азартных игр [5].

Критики расхожего представления о геймерах как асоциальных индивидах, замкнутых на себе и «оторванных от реальной жизни», приводят следующие контраргументы:

1. Проведение массовых геймерских фестивалей и выставок. К примеру, E3 2016 собрала 50 300 человек [6].

2. Многопользовательские игры требуют от игрока постоянного взаимодействия с напарником для прохождения миссий, при этом общение зачастую переходит в дружбу, а онлайн-встречи – в реальные.

3. Массовость онлайн-игр: на одном сервере может разместиться население подмосковного города Люберцы. Так, в 2013 году онлайн-игра «World of Tanks» одновременно собрала на своих серверах 190 тысяч пользователей, что было отмечено в книге рекордов Гиннеса [7].

На все эти три аргумента разом можно возразить, что дело не в количестве элементов, а в качестве связей между ними, то есть не в массовости игроков как таковой, а в сложности и многообразии отношений, в которые они вступают. Но отношения между участниками какой-либо онлайн-игры по определению имеют односторонний и упрощенный характер, связанный с решением внутриигровых задач. В конце концов, побег от реальности (эскапизм) вполне может быть и коллективным – как в случае с многочисленными религиозными сектами.

4. Кроме того, энтузиасты видеоигр утверждают, что игры с дополненной реальностью на современных смартфонах («Ingress», «Pokemon GO» и т.п.) побуждают геймеров к прогулкам по городу, взаимодействию с другими игроками. Иллюстрацией недюжинной двигательной активности геймеров служит, в частности, «мастер покемонов» Дж. Дерочер, который прошел со своим «зверьком» 828 километров с 5 по 20 сентября (по 55,2 км в день) [8].

На это можно ответить, что многим поклонникам «Pokemon GO» очень быстро надоело ходить по городу и наткаться на препятствия в виде домов и заборов (а также на грабителей, заманивающих геймеров в безлюдные места ложными сигналами о наличии там покемонов), в связи с чем «они синхронизировали телефон с ноутбуком и запустили управляемый беспилотник, с помощью которого и ловят дронов. Теперь, чтобы поиграть в видеоигры, можно снова не выходить из дома» [9].

Вместе с тем, нельзя согласиться и с популярным мнением, сводящим социальное и психологическое значение видеоигр к эскапизму. На мой взгляд, геймера, обеспечивающего своё существование, на заказ «прокачивая» эльфа или сдавая в аренду другим геймерам охотничьи уголья с фантастическими монстрами в онлайн-игре, можно назвать эскапистом на тех же правах, что и актёра, снимающегося в фантастическом блокбастере или автора обзоров на видеоигры. В конце концов, «побег от реальности» может оказаться расширением понятия «реальность», в духе высказывания Р. Музиля о том, что «ощущение возможной реальности надо ценить выше ощущения реальных возможностей».

Что же касается распространенного среди как обывателей, так и многих специалистов-психологов представления о том, что шутеры и прочие «кровавые» игры способствуют повышению агрессивности геймеров, то данные психологов по этому поводу неоднозначны. Согласно одним исследованиям, жестокие видеоигры делают геймеров менее восприимчивыми

к проявлениям агрессии, поскольку притупляют у них реакцию на сцены насилия [10]. Вместе с тем другие исследования показывают, что жестокие игры, скорее, способствуют снижению уровня насилия в обществе. В частности, Кристофер Фергюсон соотнёс данные из рейтингов самых жестоких сцен в видеоиграх 1996-2011 годов, составленных агентством Entertainment Software Ratings Board (ESRB), с информацией из федеральных источников о жестоком поведении подростков. В результате была обнаружена обратно пропорциональная зависимость между ростом насилия в видеоиграх и в отношениях между тинейджерами [11].

Вместе с тем вопрос о видеоиграх как о профилактике или, наоборот, «школе» жестокости выходит далеко за рамки детской преступности. Так, на мой взгляд, в условиях отсутствия универсальных критериев различения «виртуала» и «реала» единственным существенным критерием остается чисто технический – в виде монитора компьютера. Таким образом, например, в сознании бойца, наблюдающего свою живую мишень с экрана камеры беспилотника, стирается граница между такой «дистанционной» войной и видеоиграми «в войнушку», в которых уже сейчас достигнута почти документальная достоверность разыгрываемых событий.

Любители видеоигр часто отмечают, что те в известной мере способны снижать психическое напряжение, стресс, депрессию. Согласно международному исследованию ученых из Оксфордского, Кембриджского, Рурского и Каролинского университетов, видеоигры не позволяют мозгу человека, испытавшего стрессовую ситуацию, создавать посттравматический шаблон стрессового переживания, что благотворно сказывается на дальнейших столкновениях с раздражающим фактором [12]. Развивая эту мысль, можно сказать, что видеоигры позволяют человеку снова пережить травматический опыт, но уже с другими (положительными) эмоциями и впечатлениями. Например, помочь жертве уличного нападения не заикнуться

на пережитом негативном опыте может прохождении схожей ситуации в шутере – но уже с положительным исходом.

Любопытно также остановиться на феминистской критике индустрии видеоигр, отмечающей нарочитую «сексуализацию» женских игровых персонажей. Так, в исследовании Карен Е. Дилл и Кэтрин П. Тилл (США, 2007) сравнивались персонажи женского и мужского пола в видеоиграх, оказалось, что 60% женских образов сексуализированные, тогда как по мужским образам этот показатель оказался всего 1% [13]. На взгляд некоторых активисток феминистского движения, такая подача женских образов в видеоиграх приводит к более сдержанному восприятию насилия над женщинами, поскольку геймеры-мужчины становятся склонны к поддержанию мифа о том, что «жертва сама виновата». Вместе с тем, более позднее исследование (Кёльнский университет, 2015) показывает, что подобное воздействие прослеживается лишь в краткосрочной перспективе и только у молодых людей пубертатного периода, а также у мужчин, имеющих уровень образования ниже среднего. Иначе говоря, сексизм в видеоиграх не делает сексистов из геймеров [14]. Распространенный аргумент против видеоигр, согласно которому они негативно влияют на успеваемость геймеров, представляется весьма логичным и резонным, хотя бы потому, что видеоигры отнимают у учащихся бесценное время, а также могут неблагоприятно влиять на качество их сна.

Вместе с тем, другое международное исследование, 2014 года, охватившее 22 страны и задействовавшее 192 000 студентов [15], показало, что видеоигры либо не влияют на успеваемость, либо влияют в незначительной степени.

**Выводы.** На мой взгляд, вопрос о влиянии видеоигр на обучение может отпасть сам собой в недалеком будущем, когда давняя тенденция увеличения

игрового элемента в образовании («геймификация учебного процесса») естественным образом приведет к адаптации наработок, созданных в индустрии видеоигр, под задачи школьного и вузовского образования.

Кроме того, можно согласиться, хотя и не без существенных оговорок, что для детей дошкольного и младшего школьного возраста видеоигры – доступный интерактивный ответ на многие «почему» и «как», получение которого способствует развитию когнитивных функций.

### Список литературы

1. Семенов А. Super Data: игровая индустрия заработала за год \$91 млрд. [Semenov A. *Super Data: igrovaya industriya zarabotala za god \$91 mlrd.* (In Russ.)] Доступно по: <http://app2top.ru/industry/superdata-igrovaya-industriya-zarabotala-za-god-91-mlrd-92370.html> Ссылка активна на 03.11.2019.
2. Глобальный обзор игровой индустрии: тренды, инсайты и прогнозы на 2021 год. [*Global'nyj obzor igrovoj industrii: trendy, insajty i prognozy na 2021 god.* (In Russ.)] Доступно по: <https://adindex.ru/news/researches/2019/01/25/230750.phtml>. Ссылка активна на 03.11.2019.
3. Галадей А. ВОЗ официально признала игровую зависимость болезнью. [Galadej A. *VOZ oficial'no priznala igrovuyu zavisimost' boleznyu.* (In Russ.)]. Доступно по: [https://www.igromania.ru/news/83114/VOZ\\_oficialno\\_priznala\\_igrovuyu\\_zavisimost\\_boleznyu.html](https://www.igromania.ru/news/83114/VOZ_oficialno_priznala_igrovuyu_zavisimost_boleznyu.html) Ссылка активна на 04.11.2019.
4. Banaschewski T., Barbot A., Kuhn S., Romanowski A., Schilling C., Lorenz R., Morsen C., Seiferth N., Barker G.J., Buchel C., Conrod P.J., Dalley J.W., Flor H., Garavan H., Ittermann B., Mann K., Martinot J-L., Paus T., Rietschel M., Smolka M.N., Strohle A., Walaszek B., Schumann G., Heinz A., Gallinat J. THE NEURAL BASIS OF VIDEO GAMING . [Internet]. *Translational Psychiatry*. 1. – 2011;1. Doi: 10.1038/tp.2011.53 [cited 2011 November 3]. Available from: <http://www.nature.com/tp/journal/v1/n11/full/tp201153a.html>
5. Ferguson C.J. Coulson M., Barnett J. A meta-analysis of pathological gaming prevalence and comorbidity with mental health, academic and social problems. [Internet]. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.09.005. [cited 2011 November 3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21925683> .
6. E3 2016: By the Numbers. [Internet]. [cited 2011 November 3]. Available from: <http://www.theesa.com/article/e3-2016-by-the-numbers> .

7. Most players online simultaneously on one MOG server. [Internet]. [cited 2011 November 3]. Available from: <https://guinnessworldrecords.com/world-records/most-players-online-simultaneously-on-one-mog-server>
8. Pokémon Go Austin (and friends). [Internet]. [cited 2011 November 3]. Available from: <https://www.facebook.com/groups/1123843404326008/permalink/1179023368808011>
9. Стрепетиллов А. Pokémon Go: как дополненная реальность за неделю изменила мир. [Strepetilov A. *Pokémon Go: kak dopolnennaya real'nost' za nedelyu izmenila mir.* (In Russ.)] Доступно по: <https://www.mirf.ru/games/pokemon-go-kak-dopolnennaya-realnost-izmenila-mir> Ссылка активна на 03.11.2019.
10. Resolution on Violence in Video Games and Interactive Media. [Internet]. [cited 2011 November 3]. Available from: <http://www.apa.org/about/policy/interactive-media.pdf>
11. Christopher J. Ferguson. No link between movie, video game violence and societal violence? More violent video game consumption, less youth violence [Internet]. *Journal of Communication*. 2015;1;(65):193-212 Doi: 10.1111/jcom.12142 [cited 2011 November 3]. Available from: <https://www.sciencedaily.com/releases/2014/11/141105084828.htm>
12. Tetris used to prevent post-traumatic stress symptoms. [Internet]. [cited 2011 November 3]. Available from: <http://www.ox.ac.uk/news/2017-03-28-tetris-used-prevent-post-traumatic-stress-symptoms>
13. Karen E. Dill, Kathryn P. Thill. Video Game Characters and the Socialization of Gender Roles: Young People's Perceptions Mirror Sexist Media Depictions [Internet]. *Sex Roles: A Journal of Research*. 2007; (57):851-864. Doi:10.1007/s11199-007-9278-1. [cited 2011 November 3]. Available from: <https://drive.google.com/file/d/0B6OylzQoo56GMko4b0dJU1MxSWc/view>
14. Breuer J., Kowert R., Festl R., Quandt T. Sexist games=sexist gamers? A longitudinal study on the relationship between video game use and sexist attitudes [Internet]. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*. 2015 Apr;18(4):197-202. Doi: 10.1089/cyber.2014.0492 [cited 2011 November 3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25844719>
15. Drummond A., Sauer J.D. Video-Games Do Not Negatively Impact Adolescent Academic Performance in Science, Mathematics or Reading. Doi: 10.1371/journal.pone.0087943. [Internet]. [cited 2011 November 3]. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0087943>

УДК: 159.923.2

**ВЗАИМОСВЯЗЬ Я-КОНЦЕПЦИИ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ЛИЦ,  
СКЛОННЫХ К САМОРАЗРУШАЮЩЕМУ ПОВЕДЕНИЮ**

Санникова Ю.П., Новгородцева И.В., Бельтюкова О.В., Вахнина Р.А.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет  
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. Карла Маркса, 112),  
[kf29@kirovgma.ru](mailto:kf29@kirovgma.ru);*

В данной статье представлены результаты исследования взаимосвязи Я-концепции и жизнестойкости у лиц, склонных к саморазрушающему поведению (с алкогольной, наркотической зависимостью).

**Ключевые слова:** Я-концепция, жизнестойкость, саморазрушающее поведение.

**RELATIONSHIP OF I-CONCEPT AND LIFE-RESISTANCE  
IN PERSONS INCREASED TO SELF-DESTRUCTING BEHAVIOUR**

Sannikova Yu.P., Novgorodtseva I.V., Beltyukova O.V., Vakhnina R.A.

*Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marx  
Street, 112), [kf29@kirovgma.ru](mailto:kf29@kirovgma.ru);*

The article presents the results of the study of relationship between self-construction and viability in individuals with self-defeating habits (alcohol and drug addiction).

**Key words:** self-construction, viability, self-defeating behaviours

**Введение**

Жизнестойкость личности – это система убеждений о себе, о мире и об отношениях с миром, позволяющая человеку выдержать и преодолеть стрессовые ситуации. В одной и той же ситуации у человека с высокой жизнестойкостью стресс возникает реже и он лучше с ним справляется. Вместе с тем жизнестойкость не только играет определяющую роль в

стрессовой ситуации, но и является одним из главных параметров индивидуальной способности к зрелым и сложным формам саморегуляции, одним из основных составляющих личностного потенциала. Таким образом, жизнестойкость – это не просто психологический феномен, а необходимый внутренний ресурс, который человек может осознать и изменить, чтобы поддержать свое физическое, психическое и социальное здоровье; это то, что придает человеческой жизни ценность и смысл при любых ситуациях, с другой стороны – это внутренняя черта личности, состояние, который стимулирует к самореализации, к гармонизации с самим собой и окружающей средой [2, 5].

У зависимых лиц присутствует стандартный набор признаков, который их характеризует, что непосредственно влияет на Я-концепцию и на уровень жизнестойкости [3, 10, 11]. Жизнестойкость лиц, склонных к саморазрушающему поведению с алкогольной и наркотической зависимостью, находится на низком уровне в плане того, что такие личности уходят от проблем с помощью употребления психоактивных веществ, перекладывают ответственность на других и не решают жизненные трудности. С этой точки зрения важно посмотреть, какие особенности Я-концепции и жизнестойкости и их взаимосвязь имеют лица, склонные к саморазрушающему поведению, в частности с алкогольной и наркотической зависимостью.

### **Основное содержание**

Ядерным механизмом в личности является Я-концепция, которая влияет на процесс развития личности и на преодоление жизненных ситуаций. Значимость Я-концепции раскрывается через разные понятия: образ - Я, самоотношение, оценочная часть личности.

С учетом особенности Я-концепции и жизнестойкости у данных групп и их взаимосвязи мы можем прогнозировать поведенческие, эмоциональные и когнитивные процессы. Степень научной проблемы обусловлена недостаточной разработанностью вопросов взаимодействия Я-концепции с ее

составляющими и жизнестойкости у лиц, склонных к саморазрушающему поведению, а именно с алкогольной, наркотической зависимостью.

Объектом исследования является Я-концепция и жизнестойкость у лиц, склонных к саморазрушающему поведению.

Предмет исследования - взаимосвязь Я-концепции и жизнестойкости у лиц, склонных к саморазрушающему поведению.

Целью статьи является изучение взаимосвязи Я-концепции и жизнестойкости у лиц, склонных к саморазрушающему поведению.

Гипотеза: мы исходим из предположения о том, что существует взаимосвязь Я-концепции и жизнестойкости у лиц, склонных к саморазрушающему поведению (с алкогольной, наркотической зависимостью).

Теоретико-методологические основы исследования опираются на труды и теории экзистенциализма С. Мадди, символического интеракционизма М. Куна, В.В. Столина, прагматизма и функционализма У. Джеймса, позитивной психологии Д.А. Леонтьева, психология девиантного поведения В.Д. Менделевича [8,9].

Методы исследования представлены теоретическим анализом литературы по проблеме исследования; психодиагностическими и статистическими методами. Психодиагностический инструментарий включает тест жизнестойкости С. Мадди (модификация Е.Н. Осина и Е.И. Рассказовой); тест «Кто-Я?» М. Куна, Т. Макпартленда (модификация Т.В. Румянцевой); тест - опросник самоотношения В.В. Столина, С.Р. Пантелеева; методику измерения самооценки Дембо-Рубинштейн (модификация А.М. Прихожан); методику изучения уровня самооценки личности С.А. Будасси. В процессе исследования использовался коэффициент корреляции Пирсона (r-Пирсона).

Экспериментальной базой для исследования стал КОГБУЗ «Кировский областной наркологический диспансер», отделение реабилитации.

Характеристика исследуемой группы (респонденты): обследовано 60 человек, склонных к саморазрушающему поведению (из них 30 человек с алкогольной зависимостью, 30 человек с наркотической зависимостью), состоящие на учете у нарколога, проходящие реабилитацию в наркологическом диспансере. Возраст от 20-65±0,5 лет. Средний возраст: 34±0,5 года. Стаж употребления: 4-20 лет. Средний стаж употребления: 10 лет. Ремиссия на момент исследования от месяца до 5 лет.

Обратимся к тому, как были решены поставленные задачи. Теоретический анализ литературы позволил нам рассматривать Я-концепцию как иерархически организованную структуру, разворачивающуюся от глубинного самоощущения до вербализованных концептуальных представлений о себе самом и со стороны окружающих людей (оценка себя, самоотношение) [1, 4, 6, 7]. Второе составляющее нашего исследования является понятие жизнестойкость. Это тот фактор или внутренний ресурс, который помогает человеку справиться с внешними обстоятельствами проблемной ситуации, стресса, с другой стороны это внутренняя черта личности, стимулирующая к самореализации, к гармонизации с самим собой и окружающей средой [2, 5]. Жизнестойкость как личностный конструкт (*hardiness*) включает в структуру три относительно автономных компонента: «вовлеченность», «контроль» и «принятие риска» [9]. «Вовлеченность» определяется как убежденность в том, что включенность в происходящее, в различные жизненные события дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное в жизни; это получение удовольствия от процесса любой деятельности и ее результатов. Это обеспечивает возможность чувствовать себя значимым и достаточно ценным. В противоположность этому, отсутствие подобной убежденности порождает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни. «Контроль» представляет собой убежденность человека в том, что борьба позволяет повлиять ему на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован. Данный компонент

жизнестойкости побуждает человека к поиску путей влияния на результаты стрессогенных изменений. Противоположность этому – ощущение собственной беспомощности. Человек с сильно развитым компонентом контроля понимает, что сам выбирает собственную деятельность, свой жизненный путь. «Принятие риска» – убежденность человека в том, что все то, что с ним случается в жизни, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, – неважно, позитивного или негативного, что помогает человеку оставаться открытым окружающей среде и обществу. Принятие риска состоит в восприятии личностью нового жизненного события как вызова и испытания себя.

Третье понятие, раскрывающееся в нашем исследовании, это саморазрушающее поведение. Под ним подразумевают активность личности, направленную на осознанное или неосознанное саморазрушение с помощью изменения состояния психики психоактивными веществами [3, 10, 11]. К данной группе относятся лица с алкогольной и наркотической зависимостью. Лица с зависимостью имеют общие и отличительные характеристики личности, такие как: патологическая скука, выстраивание внешнего фасада благополучия, отрицание проблем, не могут ставить перед собой цели, сужение круга общения, поляризованная самооценка, уход от реальности, избегание проблем, синдром выученной беспомощности, триангуляция, алекситимия, ангедония, недостаток волевых качеств, узость и избирательность сознания, анозогнозия, полярность суждений, преобладание негативных чувств.

*Результаты исследования.* Перейдем к полученным результатам. Сначала между показателями жизнестойкости и характеристиками идентичности личности были рассчитаны коэффициенты корреляции Пирсона ( $r$ -Пирсона). Наглядно результаты представлены в таблице 1.

Производя анализ результатов, следует отметить, что общая жизнестойкость, вовлеченность, контроль, принятие риска не имеют связь с

характеристиками идентичности личности ( $p \geq 0,05$ ). Отсутствие связей показывает, что характеристика собственной идентичности и восприятие человеком самого себя, с образом «Я» по данным показателям, не взаимодействует с жизнестойкостью и не влияет на нее, т.к. обобщенные компоненты идентичности не ярко выражены в данной группе, то респондентам трудно идентифицировать себя с той или иной сферой жизнедеятельности.

Однако присутствует отрицательная связь между показателями общей жизнестойкости, вовлеченности, контроля, принятия риска и «Перспективным Я» ( $p \leq 0,05$ ). Чем меньше зависимые личности идентифицируют себя с перспективой в различных сферах, тем выше показатель общей жизнестойкости и ее компонентов и наоборот. Эту связь можно объяснить тем, что для лиц, склонных к саморазрушающему поведению, свойственно фантазировать и мечтать о прекрасном, уходить в иллюзии, однако на деле отсутствует продвижение к своей цели, не берется ответственность за их реализацию, присутствуют изменения в сознании и оторванность от реальности.

Таблица 1

Взаимосвязь жизнестойкости и идентичности у респондентов,  
склонных к саморазрушающему поведению

Шкалы идентичности	Показатели жизнестойкости			
	Общая жизнестойкость	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска
«Социальное Я»	$r = - 0.081$	$r = 0.04178$	$r = 0.1486$	$r = 0.09404$
«Коммуникативное Я»	$r = 0.007557$	$r = 0.08051$	$r = 0.01545$	$r = 0.1052$
«Материальное Я»	$r = 0.1115$	$r = 0.03064$	$r = 0.1582$	$r = - 0.06718$
«Физическое Я»	$r = 0.00113$	$r = 0.02862$	$r = - 0.06119$	$r = 0.05356$
«Деятельное Я»	$r = 0.117$	$r = 0.08522$	$r = 0.09729$	$r = 0.1053$
«Перспективное Я»	$r = - 0.2911^*$	$r = - 0.2741^*$	$r = - 0.305^*$	$r = - 0.2724^*$
«Рефлексивное Я»	$r = 0.08639$	$r = 0.07209$	$r = 0.09679$	$r = 0.07285$
Проблемная идентичность	$r = 0.006649$	$r = 0.006385$	$r = 0.04329$	$r = - 0.05759$
Ситуативное состояние	$r = 0.09192$	$r = 0.07744$	$r = 0.04123$	$r = 0.09265$

*Примечание:* \* обозначены достоверные различия при  $p < 0,05$

Далее осуществлялся подсчет корреляционной связи Пирсона ( $r$ -Пирсона) между самоотношением и жизнестойкостью. Наглядно результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2

Взаимосвязь жизнестойкости и самоотношения у респондентов, склонных к саморазрушающему поведению

Шкалы самоотношения	Показатели жизнестойкости			
	Общая жизнестойкость	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска
Интегральная	$r = 0.7849^{***}$	$r = 0.7934^{***}$	$r = 0.7947^{***}$	$r = 0.6959^{***}$
Самоуважения	$r = 0.836^{***}$	$r = 0.8358^{***}$	$r = 0.8124^{***}$	$r = 0.7412^{***}$
Аутосимпатии	$r = 0.5292^{***}$	$r = 0.5892^{***}$	$r = 0.4654^{***}$	$r = 0.5326^{***}$
Ожидаемое отношение от других	$r = 0.5343^{***}$	$r = 0.5807^{***}$	$r = 0.5137^{***}$	$r = 0.5567^{***}$
Самоинтерес	$r = 0.414^{**}$	$r = 0.4363^{***}$	$r = 0.4164^{**}$	$r = 0.3602^{**}$
Самоуверенности	$r = 0.5648^{***}$	$r = 0.6641^{***}$	$r = 0.6348^{***}$	$r = 0.6123^{***}$
Отношение других	$r = 0.4689^{***}$	$r = 0.5741^{***}$	$r = 0.5253^{***}$	$r = 0.4838^{***}$
Самопринятия	$r = 0.5743^{***}$	$r = 0.5993^{***}$	$r = 0.5558^{***}$	$r = 0.5095^{***}$
Самопоследовательности (саморуководства)	$r = 0.6162^{***}$	$r = 0.4968^{***}$	$r = 0.5558^{***}$	$r = 0.4968^{***}$
Самообвинения	$r = -0.3159^{*}$	$r = -0.3547^{*}$	$r = -0.2684^{*}$	$r = -0.2639^{*}$
Самоинтереса	$r = 0.314^{**}$	$r = 0.3246^{**}$	$r = 0.3321^{**}$	$r = 0.3287^{**}$
Самопонимания	$r = 0.4785^{***}$	$r = 0.4973^{***}$	$r = 0.4799^{***}$	$r = 0.4356^{***}$

*Примечание:* \*\*\* - обозначены достоверные различия при  $p < 0,001$ ;

\*\* - обозначены достоверные различия при  $p < 0,01$ ;

\* - обозначены достоверные различия при  $p < 0,05$

Следует отметить, что «общая жизнестойкость» имеет сильную связь со шкалами: «самоуважения», «интегральной», «самопоследовательности (саморуководства)» «самопринятия», «самоуверенности», «ожидаемое отношение от других», «аутосимпатии», «самопонимания», «отношение других» ( $p \leq 0,001$ ). Насколько значимо человек себя оценивает, свои силы, возможности, отношение к себе, тем выше уровень общей жизнестойкости, то есть его внутренний ресурс для преодоления трудностей при различных жизненных ситуациях.

Умеренная связь обнаруживается между шкалами: «общая жизнестойкость» и «самоинтерес», «самоинтереса» ( $p \leq 0,01$ ). Данные показатели взаимодействуют с общей жизнестойкостью, т.к. она служит отражением жизненной силы, позволяющая человеку взаимодействовать со средой и способствует возникновению субъективного внутреннего интереса к себе. Например, шкала «ожидаемое отношение от других» для зависимых личностей не выражено. Чем ниже результат ожидаемого отношения от других, тем выше будет показатель жизнестойкости и его компонентов и наоборот. Объяснить это можно следующим образом: личность с саморазрушающим поведением находится в зависимости от значимого человека, окружения, которые изначально в нем сформировали в процессе воспитания эти характеристики аддиктивного поведения.

Компонент жизнестойкости – «вовлеченность» имеет сильную статистическую значимость со шкалами: «интегральной», «самоуважения», «самоуверенности», «самопринятия», «аутосимпатии», «ожидаемое отношение от других» и «отношение других», «самоинтереса», «самопоследовательности (саморуководства)» ( $p \leq 0,001$ ). Умеренная связь присутствует между шкалами «вовлеченность» и «самоинтереса» ( $p \leq 0,01$ ). Взаимосвязь шкал показывает, что она является важной характеристикой в отношении себя, окружающего мира и характера взаимодействия между ними, которая дает силы и мотивирует человека к реализации поставленных задач.

Шкала «контроль» имеет высокую статистическую значимость с показателями самоотношения: «интегральной», «самоуважения», «самоуверенности», «самопринятия», «самопоследовательности (саморуководства)», «отношение других», «ожидаемое отношение от других», «самопонимания», «аутосимпатии» ( $p \leq 0,001$ ). Умеренная связь обнаруживается между шкалами: «контроль» и «самоинтерес», «самоинтереса» ( $p \leq 0,01$ ). «Контроль» позволяет человеку с саморазрушающим поведением, по его мнению, повлиять на результат происходящего, пусть даже

влияние не абсолютно и успех не гарантирован. Побуждают человека внутренние убеждения на решение проблемы.

Шкала «принятия риска» имеет сильную связь со шкалами «самоуважения», «интегральной», «самоуверенности», «ожидаемое отношение от других», «аутосимпатии», «самопринятия», «самопоследовательности (саморуководства)», «отношение других», «самопонимания» ( $p \leq 0,001$ ). Умеренная связь обнаруживается между шкалами: «принятие риска» и «самоинтерес», «самоинтереса» ( $p \leq 0,01$ ). Взаимосвязь с данными показателями присутствует, т.к. принятие риска подталкивает личность действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, при этом ожидая одобрение или похвалу со стороны окружающих, что повысит у них уверенность и самоотношение к себе и подтолкнет к решению ситуации.

Также обнаружена отрицательная связь шкалы «общей жизнестойкости», «вовлеченности», «контроля», «принятие риска» между шкалой «самообвинения» ( $p \leq 0,05$ ). Это говорит о том, что чем меньше самообвинения присутствует у группы респондентов с саморазрушающим поведением, тем выше жизнестойкость и ее компоненты и наоборот. Можно объяснить тем, что зависимым личностям свойственно уходить в полярные состояния от отрицания проблемы как таковой до ярко выраженного чувства вины, которое в свою очередь оказывается разрушительным для них. Поэтому чем меньше самообвинения, тем выше жизнестойкость, ответственность за ситуацию может быть разделена между ним, например, и Богом, который послал ему такую сложную жизненную ситуацию, испытание, искушение в виде зависимости.

Далее осуществлялся подсчет статистической значимости между шкалами самооценки и жизнестойкостью. Наглядно результаты представлены в таблице 3.

Взаимосвязь жизнестойкости и самооценки у респондентов,  
склонных к саморазрушающему поведению

Шкалы самооценки	Показатели жизнестойкости			
	Общая жизнестойкость	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска
Ум, способности	$r = 0.3087^*$	$r = 0.2971^*$	$r = 0.2889^*$	$r = 0.2522^*$
Характер	$r = 0.426^{***}$	$r = 0.3087^*$	$r = 0.3938^{**}$	$r = 0.3666^{**}$
Авторитет	$r = 0.3927^{**}$	$r = 0.4506^{***}$	$r = 0.438^{***}$	$r = 0.1886^*$
Умение делать своими руками	$r = 0.3888^{**}$	$r = 0.3689^{**}$	$r = 0.2891^*$	$r = 0.3248^*$
Внешность	$r = 0.3789^{**}$	$r = 0.3125^*$	$r = 0.348^{**}$	$r = 0.4005^{**}$
Уверенность в себе	$r = 0.5853^{***}$	$r = 0.5418^{***}$	$r = 0.6132^{***}$	$r = 0.5342^{***}$

*Примечание:* \*\*\* - обозначены достоверные различия при  $p < 0,001$ ;

\*\* - обозначены достоверные различия при  $p < 0,01$ ;

\* - обозначены достоверные различия при  $p < 0,05$

Производя анализ особенности взаимосвязи полученных результатов по психодиагностическим методикам у респондентов в общей выборке с алкогольной и наркотической зависимостью следует отметить, что «общая жизнестойкость» имеет сильную статистическую связь со шкалами самооценки «уверенность в себе» и «характер» ( $p \leq 0,001$ ).

Умеренная связь присутствует со шкалами самооценки: «авторитет», «умение делать своими руками», «внешность» ( $p \leq 0,01$ ). Слабая связь присутствует между шкалами «общая жизнестойкость» и «ум, способности» ( $p \leq 0,05$ ). Связь между данными шкалами существует в связи с тем, что оценка уверенности в себе, своего характера, деятельности, физических особенностей и авторитета у окружающих воздействует на процесс жизнестойкости, при адекватном уровне данных характеристик самооценки позволяет человеку эффективно взаимодействовать со средой, анализировать, оценивать и изменять ее.

Шкала «вовлеченность» имеет сильную корреляционную связь со шкалами самооценки «авторитет», «уверенность в себе» ( $p \leq 0,001$ ). Чем выше оценка уверенности в себе и авторитета, тем выше показатель «вовлеченность» и наоборот, т.е. включенность в происходящее, которая дает

силы и мотивирует человека к реализации, достигается с помощью уверенности в себе и авторитета у окружающих. Умеренная связь обнаружена со шкалами самооценки: «умение делать своими руками» ( $p \leq 0,01$ ). Слабая связь присутствует между шкалами «вовлеченность» и «ум, способности», «внешность», «характер» ( $p \leq 0,05$ ).

Шкала «контроль» имеет значимую статистическую связь со шкалой самооценки «авторитет», «уверенность в себе» ( $p \leq 0,001$ ). Чем выше оценка уверенности в себе и авторитета, тем выше показатель «контроля» и наоборот, т.е. контроль побуждает человека к поиску путей решения, достигается с помощью уверенности в себе и авторитета у окружающих. Умеренная связь присутствует со шкалами самооценки: «характер», «внешность» ( $p \leq 0,01$ ). Слабая статистическая связь со шкалами «умение делать своими руками», «ум, способности» ( $p \leq 0,05$ ).

Шкала «принятие риска» имеет сильную статистическую связь со шкалой самооценки «уверенность в себе» ( $p \leq 0,001$ ). Чем выше оценка уверенности в себе, тем выше показатель «принятия риска» и наоборот, т.е. принятие риска основывается на активном усвоении знаний из опыта, и последующее ее использование побуждает человека к поиску путей решения, достигается с помощью уверенности в себе. Умеренная связь имеется со шкалами самооценки: «характер», «внешность» ( $p \leq 0,01$ ). Слабая корреляционная связь между шкалами «принятие риска» и «авторитет», «умение делать своими руками», «ум, способности» ( $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, шкала самооценки «уверенность в себе», «характер» и «авторитет» имеет сильную связь со шкалой «общая жизнестойкость» и ее компонентами, как видно по таблице. Это объясняется тем, что данные показатели, по представлениям респондентов, помогают справляться с трудностями, являются ресурсом для достижения цели и, таким образом, повышают общую жизнестойкость и ее компоненты.

Далее осуществлялся подсчет корреляционной статистической связи между самоотношением и жизнестойкостью. Наглядно результаты представлены в таблице 4.

Таблица 4

Взаимосвязь жизнестойкости и уровня притязаний у респондентов, склонных к саморазрушающему поведению

Шкалы уровня притязаний	Показатели жизнестойкости			
	Общая жизнестойкость	Вовлеченность	Контроль	Принятие риска
Ум, способности	r = 0.08027	r = 0.08275	r = 0.08265	r = 0.1139
Характер	r = 0.2126	r = 0.1998	r = 0.2684*	r = 0.09453
Авторитет	r = 0.1877	r = 0.2056	r = 0.2446	r = 0.1093
Умение делать своими руками	r = 0.06016	r = - 0.006598	r = 0.0756	r = 0.08734
Внешность	r = 0.2087	r = 0.1825	r = 0.2788*	r = 0.1409
Уверенность в себе	r = 0.3169*	r = 0.3315*	r = 0.3313*	r = 0.2627*

Примечание: \* - обозначены достоверные различия при  $p < 0,05$

Особенности взаимосвязи полученных результатов по психодиагностическим методикам у респондентов в общей выборке показывают, что «общая жизнестойкость», «вовлеченность», «контроль», «принятие риска» имеют слабую связь со шкалой уровня притязаний «уверенность в себе» ( $p \leq 0,05$ ). А так же шкала «контроль» имеет слабую связь со шкалами «характер» и «внешность».

### Выводы

На основании анализа взаимосвязи значений показателей можно дать оценку, что стремление к достижению цели через уверенность в себе, характер и внешность имеет умеренную связь с отражением жизненной силы, позволяющая взаимодействовать со средой и способствует возникновению субъективного чувства личного благополучия, а также искать пути решения, контролировать ситуацию.

## Список литературы

1. Агапов В.С. Сущностная характеристика Я-концепции // Психология Я-концепции: методология, теория, структура: Хрестоматия. - М.: МТС А, 2012. [Agarov, V. C. Sushchnostnaya kharakteristika Ya-kontseptsii. In: *Psikhologiya Ya-kontseptsii: metodologiya, teoriya, struktura: Khrestomatiya*. Moscow, 2012. (In Russ.)].
2. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии - М.: Смысл, 2012. [Aleksandrova, L. A. *K kontseptsii zhiznestoykosti v psikhologii*. - Moscow: Smysl, 2012. (In Russ.)]. Доступно по: <http://institut.smysl.ru/article/alekseeva.php15/> Ссылка активна на 09.10.2018.
3. Аминов Х. А., Имамов Ш.А., Дусов А. Некоторые данные о связи между личностными особенностями больных хроническим алкоголизмом и характером суицидальных действий // Суицидология. - 2010. - № 1. - С. 27-28. [Aminov, Kh. A., Imamov, Sh.A., Dusov A. Nekotorye dannye o svyazi mezhdu lichnostnymi osobennostyami bol'nykh khronicheskim alkogolizmom i kharakterom suitsidal'nykh deystviy. *Suicidologiya*. 2010; 1: 27-28 (In Russ.)].
4. Бернс Р. Что такое Я-концепция. В кн.: Психология самосознания: хрестоматия. - Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2009. [Burns, R. Chto takoe Ya-kontseptsiya. In: *Psikhologiya samosoznaniya: khrestomatiya*. Samara: Publishing House «Bahrah-M», 2009. (In Russ.)].
5. Богомаз С.А. Жизнестойкость человека как личностный ресурс совладания со стрессами и достижения высокого уровня здоровья // Материалы научно-практических конгрессов Третьего Всероссийского форума «Здоровье нации - основа процветания России». - М., 2010. - С. 23-25 [Bogomaz, S.A. Zhiznestoykost' cheloveka kak lichnostnyy resurs sovladaniya so stressami i dostizheniya vysokogo urovnya zdorov'ya (Conference proceedigs) Nauchno-prakticheskie kongressy Tret'ego Vserossiyskogo foruma «Zdorov'e natsii - osnova protsvetaniya Rossii». Moscow, 2010. - pp. 23-25 (In Russ.)].
6. Бодалев А.Н. О психологическом понимании Я человека // Мир психологии, 2012. - №2 (30). - С.12-17 [Bodalev, A.N. O psikhologicheskom ponimanii Ya cheloveka. *Mir psikhologii*. 2012;2 (30):12-17 (In Russ.)].
7. Иващенко А.В. Проблемы Я-концепции личности в отечественной психологии // Мир психологии. -2012. - № 10. - С. 17-29 [Ivashchenko, A.V. Problemy Ya-kontseptsii lichnosti v otechestvennoy psikhologii. *Mir psikhologii*. 2012;10:17-29 (In Russ.)].
8. Леонтьев Д.А., Мандрикова Е.Ю., Осин Е.Н. и др. Опыт структурной диагностики личностного потенциала // Психологическая диагностика. -2007. - № 1. - С. 8-31 [Leontiev,

D.A., Mandrikova, E.Yu., Osin, E.N. et al. Opyt strukturnoy diagnostiki lichnostnogo potentsiala. *Psikhologicheskaya diagnostika*. 2007;1:8-31 (In Russ.).

9. Мадди С. Смыслообразование в процессах принятия решения // Психологический журнал. - 2015. - Т. 26. - № 6. - С. 85–111 [Muddy, S. Smysloobrazovanie v processah prinyatiya resheniya. *Psihologicheskii zhurnal*, 2015; 6(26):85–111(In Russ.)].

10. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. – СПб. : Речь, 2009. [Mendelevich, V.D. *Psikhologiya deviantnogo povedeniya*. St. Petersburg: R'ech, 2009 . (In Russ.)].

11. Трафимчик Ж. И. Феномен Я-концепции в ракурсе аддиктивного поведения личности. В кн.: Проблемы здоровья и экологии. - Гомель: Гомельский государственный медицинский университет, 2012. - С. 50-55 [Trafimchik, Zh. I. Fenomen Ya kontseptsii v rakurse addiktivnogo povedeniya lichnosti. In: *Problemy zdorovya i ekologii*. Gomel: Gomelskiy gosudarstvennyy meditsinskiy universitet, 2012. - pp. 50-55 (In Russ.)].

12. Хусаинова Н.Ю. Реальность «Я» и концепция «Я» при исследовании Я-концепции человека. В кн.: Ученые записки казанского государственного университета. Том 149, кн. 1. Гуманитарные науки, 2017. - С. 201 [Khusainova, N.Yu. Realnost Ya i kontseptsiya Ya pri issledovanii Ya- kontseptsii cheloveka . In: *Uchenye zapiski kazanskogo gosudarstvennogo universiteta*. Volume 149, part. 1. Gumanitarnye nauki, 2017. - p.201 (In Russ.)].

УДК 1.159.96.

**СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО  
СКРИНИНГ-АНКЕТИРОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ С ДАННЫМИ,  
ПОЛУЧЕННЫМИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИАГНОСТИКИ  
СТАНДАРТИЗИРОВАННЫМИ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИМИ  
ТЕСТАМИ НА ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОЖНОСТИ**

Семакина Н.В.<sup>1</sup>, Злоказова М.В.<sup>1</sup>, Смирнова Е.А.<sup>1</sup>, Ланских Ю.В.<sup>2</sup>,  
Наумкина Е.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет  
Минздрава России, (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112)*

<sup>2</sup> *ФГБОУ ВО Вятский государственный университет, (610000, г. Киров,  
ул. Московская, 36)*

Целью исследования являлось определение надежности психодиагностического скрининг-анкетирования (ПСА) подростков при сравнении результатов с данными, полученными при проведении диагностики стандартизированными психодиагностическими тестами на исследование депрессии и тревожности. Материалы и методы: обследовано 85 учащихся 9-11 классов ( $16,3 \pm 0,86$  лет) при помощи ПСА (Злоказова М.В., Семакина Н.В., 2017) и стандартизированных тестов для исследования тревожности у старших подростков (Ч. Спилбергер) и депрессии (М. Ковач). Результаты: выявлены достоверные (при  $p \leq 0,01$ ) корреляционные связи ( $r_s$ ) между результатами тревожности и депрессии, полученными с использованием ПСА и стандартизированных тестов. Таким образом, ПСА может быть использован как надежный психодиагностический инструмент для скрининга психического состояния подростков, выделения групп риска с целью дальнейшего обследования и проведения психопрофилактической и медико-психологической реабилитационной работы.

**Ключевые слова:** психическое здоровье, психодиагностическое скрининг-анкетирование, подростки.

**COMPARISON OF THE RESULTS OF THE PSYCHODIAGNOSTIC  
SCREENING QUESTIONNAIRE AND STANDARDIZED  
PSYCHODIAGNOSTIC TESTS OF DEPRESSION AND ANXIETY  
IN TEENAGERS**

Semakina N.V.<sup>1</sup>, Zlokazova M.V.<sup>1</sup>, Smirnova E.A.<sup>1</sup>, Lansky Yu.V.<sup>2</sup>,  
Naumkina E.S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Kirov State Medical University (610027, Kirov, K. Marx street, 112)*

<sup>2</sup> *Vyatka State University, (610000, Kirov, Moskovskaya street, 36)*

The study is aimed at determination of psychodiagnostic screening questionnaires (PSA) reliability in comparison with the data obtained during standardized psychodiagnostic tests of depression and anxiety in adolescents. Materials and methods: 85 pupils of grades 9-11 ( $16.3 \pm 0.86$  years) have been examined using PSA (Zlokazova M.V., Semakina N.V., 2017) and standardized tests of anxiety (Ch. Spielberger) and depression (M. Kovach) in older adolescents. Results: reliable (at  $p \leq 0.01$ ) correlation relationships (rs) between the results of the study obtained using PSA and standardized tests have been revealed. Thus, PSA can be used as a reliable psycho-diagnostic tool for screening adolescents' mental state, identifying risk groups for further examination and psychoprophylactic activities and medical and psychological rehabilitation.

**Key words:** mental health, psychodiagnostic screening, adolescents.

### **Введение**

Психическое здоровье молодого поколения в современном мире находится под постоянным воздействием социально-экономических, информационных стрессов, которые зачастую неблагоприятно отражаются на психике формирующейся личности. В связи с этим мониторинг психического здоровья несовершеннолетних, психопрофилактические мероприятия, психогигиеническое образование подрастающего поколения, их родственников и педагогов является перспективным экологическим направлением медицины.

Основной задачей превентивной психиатрии является раннее выявление доклинических (донозологических, преморбидных) форм психических расстройств и групп риска.

В подростковом возрасте предболезненные психопатологические состояния длительное время могут иметь скрытый малосимптомный характер и проявляться в виде субклинических форм тревоги, субдепрессии и/или дезадаптивных форм поведения (аутоагрессивным, аддиктивным, оппозиционно-протестным, криминальным), что затрудняет их раннее выявление.

Игнорирование родителями и педагогами отклоняющихся форм поведения и психоэмоционального дискомфорта у подростков впоследствии в неблагоприятном психологическом климате и социальной обстановке приводит к формированию клиники аффективных, невротических, личностных и поведенческих расстройств, требующих длительной медикаментозной и психотерапевтической коррекции.

Донозологические психопатологические состояния в подростковом возрасте имеют малосимптомные проявления аффективных, невротических, психосоматических, личностных расстройств, часто маскирующиеся поведенческими девиациями в виде аутоагрессивного поведения, аддикций (химических и нехимических) и делинквентности [6].

Для ранней диагностики психопатологических состояний необходимо проводить мониторинг психического состояния с использованием скрининг-анкетирования, позволяющего выделять группы риска подростков и проводить с ними дальнейшие психопрофилактические и реабилитационные мероприятия [7].

### **Основное содержание**

*Цель исследования* – для определения надежности психодиагностического скрининг-анкетирования (ПСА) подростков сравнение результатов ПСА с данными, полученными при проведении диагностики стандартизированными психодиагностическими тестами на исследование депрессии и тревожности.

### *Материал и методы*

Обследовано 85 учащихся 9-11 классов Яранской общеобразовательной школы, средний возраст  $16,3 \pm 0,86$  лет, в соотношении девочек и мальчиков 1,1:1 (девочки – 44 чел., мальчики – 41 чел.). Критерием исключения являлся отказ от обследования.

Психодиагностический метод включал психодиагностическое скрининг-анкетирование (ПСА), направленное на выявление психологических особенностей и донозологических признаков психических расстройств у подростков. Анкета разработана сотрудниками кафедры психиатрии им. профессора В.И. Багаева Кировского государственного медицинского университета М.В. Злоказовой и Н.В. Семакиной (2017). В анкету включены группы вопросов, направленные на выявление тревожности (10 вопросов); агрессивности (34 вопроса для определения раздражения, физической и вербальной агрессии); депрессии (26 вопросов для диагностики негативного настроения, ангедонии, межличностных проблем, негативной самооценки, школьной неэффективности). Вопросы анкеты составлялись на основании стандартизированных тестов, которые и были в дальнейшем использованы для сравнительного психодиагностического исследования: тест на определение тревожности у старших подростков (Ч.Д. Спилбергера, адаптирован А.Д.

Андреевой, 1988); депрессии (М. Ковач, адаптирован А. Подольским и П. Хейманс, 1993-1994).

Содержание ПСА получило экспертную оценку специалистом Института развития образования Кировской области, внештатным психологом Кировской области, к.п.н. М.В. Прозоровой.

Исследование подростков с использованием ПСА и стандартизированных тестов проводилось с интервалом в один день.

Для обработки результатов ПСА и тестов применялась компьютерная программа, разработанная под руководством к.т.н. Ю.В. Ланских, исполнитель Е.С. Наумкина (Вятский государственный университет).

Для статистической обработки использовалась программа Microsoft Office Excel, описательная статистика, критерий корреляции Спирмена ( $r_s$ ).

### *Результаты и обсуждение*

Исследование показало сильную корреляционную связь ( $r_s = 0,661$ , при  $p \leq 0,01$ ) показателей тревожности по результатам ПСА.

Сильная корреляция установлена между показателями депрессии ( $r_s = 0,725$ , при  $p \leq 0,01$ ), выявленными по результатам ПСА.

### **Выводы**

Таким образом, полученные данные подтверждают надежность использования психодиагностического скрининг-анкетирования (ПСА) для выявления подростков групп риска по тревожности и депрессивным расстройствам.

Полученные результаты могут быть использованы для мониторинга психического состояния подростков общеобразовательных учреждений при проведении профилактических медицинских осмотров (в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 10.08.2017 г. N 514н) в качестве подготовительного этапа перед клиническим осмотром психиатра.

В настоящее время нами внедряется проект межведомственного взаимодействия медицинских и образовательных организаций города Кирова

по профилактике психических расстройств и нарушений поведения у подростков. Планируется массовое проведение программированного ПСА учащихся старших классов в школах с последующим использованием результатов для обследования подростков группы риска психологами школ и психиатрами при проведении профилактического осмотра. Для подростков, нуждающихся в специализированной (психиатрической, психотерапевтической и психологической) помощи разработаны программы маршрутизации с преемственной работой специалистов (психиатров, психотерапевтов, психологов) медицинских и образовательных организаций для повышения эффективности психопрофилактических и медико-психологических реабилитационных мероприятий.

### Список литературы

1. Макушкин Е. В., Чибисова И. А. Дети и подростки в ситуациях социального дистресса // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – Т. 117. – № 11-12. – С. 3-12. [Makushkin E. V., Chibisova I. A. Deti i podrostki v situatsiyakh sotsialnogo distressa. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im S S Korsakova*. 2017;1-12(117): 3-12(In Russ.)]
2. Корнилова Т. В., Григоренко Е. Л., Смирнов С. Д. Подростки групп риска. – СПб.: Питер, 2005. [Kornilova T. V. Grigorenko E. L. Smirnov S. D. *Podrostki grupp riska*. St.Petersburg: Piter, 2005 (In Russ.)]
3. Александровский Ю. А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. – М.: Литтерра, 2010. [Aleksandrovskiy Yu. A. *Predbolezennyye sostoyaniya i pogranichnyye psikhicheskie rasstroystva*. Moscow: Litterra 2010 (In Russ.)]
4. Коцюбинский А. П., Шейнина Н. С. Психопатологический диатез (предвестники психических заболеваний). Пособие для врачей и медицинских психологов. – СПб: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. [Kotsyubinskiy A. P., Sheynina N. S. *Psikhopatologicheskiy diatez predvestniki psikhicheskikh zabolevaniy Posobie dlya vrachey i meditsinskikh psikhologov*. St.Petersburg: NIPNI im. V. M. Bekhtereva, 2011 (In Russ.)]
5. Палатов С. Ю., Лебедев М. А., Кувшинов К. Э., Работкин О. С. Влияние внешних и внутренних факторов на возникновение пограничных расстройств у подростков-школьников и студентов // Психическое здоровье. –2009. –Т. 7. – № 12 (43). – С. 62-64. [Palatov S. Yu., Lebedev M. A. Kuvshinov K. E., Rabotkin O. S. *Vliyanie vneshnikh i*

vnutrennikh faktorov na vzniknovenie pogranichnykh rasstroystv u podrostkov shkolnikov i studentov. *Psikhicheskoe zdorov'e*. 2009;7(12): 62-64 (In Russ.)]

6. Лебедев М. А., Палатов С. Ю. Распространенность, структура и динамика предболезненных пограничных состояний у лиц подросткового и молодого возраста // Психическое здоровье. – 2010. – Т. 8. – № 6 (49). – С. 68-83. [Lebedev M. A., Palatov S. Yu. Rasprostranennost struktura i dinamika predboleznennykh pogranichnykh sostoyaniy u lits podrostkovogo i molodogo vozrasta. *Psikhicheskoe zdorov'e*. 2010; 8 (6):68-83 (In Russ.)]

7. Семакина Н. В., Злоказова М. В. О необходимости разработки скрининг-тестов для выявления донозологических форм психических и аддиктивных расстройств у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017. – №2(17). – С. 216-217. [Semakina N. V., Zlokazova M. V. O neobkhodimosti razrabotki skrining testov dlya vyyavleniya donozologicheskikh form psikhicheskikh i addiktivnykh rasstroystv u podrostkov. *Voprosy psikhicheskogo zdorovya detey i podrostkov* 2017; 2:216-217 (In Russ.)]

**ПЕДАГОГИКА, ИСТОРИЯ ПЕДАГОГИКИ**

УДК 614.23

**О ПРОБЛЕМАХ (ТРУДНОСТЯХ), ВОЗНИКАЮЩИХ  
У СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА  
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА В ПЕРИОД ПРОХОЖДЕНИЯ  
ЛЕТНЕЙ ПРАКТИКИ  
В КАЧЕСТВЕ ПОМОЩНИКОВ ПОСТОВЫХ МЕДСЕСТЕР**

Походенько И.В., Мухачева Е.А., Шипицына В.В., Вовк Н.В,  
Романовская С.В.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет  
Минздрава России, Киров, Россия (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112)  
statkbb7iv@mail.ru.*

Статья посвящена изучению проблем (трудностей), возникающих у студентов лечебного факультета медицинского вуза в период прохождения летней практики в качестве помощников постовых медсестер. В статье рассматривается перечень и ранг возникающих у практикантов проблем, их структура и частота. Данные получены путем анкетирования 117 студентов лечебного факультета после прохождения ими летней практики в качестве помощников постовых медсестер по анкете, разработанной сотрудниками кафедры сестринского дела Кировского ГМУ. Выявлены частота встречаемости и ранг основных возникающих проблем, проведен их анализ.

**Ключевые слова:** студенты, медицинский вуз, летняя практика, помощник постовой медсестры, анкетирование, проблемы, ранг, частота.

**HOSPITAL INTERNSHIP ISSUES OF THE INTERNAL MEDICINE  
DEPARTMENT STUDENTS TRAINING AS DESK NURSES DURING  
SUMMER MONTHS**

Pokhodenko I.V., Mukhacheva E.A., Shipitsyna V.V., Vovk N.V.,  
Romanovskaya S.V.

*Kirov State Medical University, Kirov, Russia (610027, Kirov, K. Marx Street,  
112), statkbb7iv@mail.ru.*

Students of the Internal Medicine Department at the medical university work as assistant nurses during their summer internship. The article studies certain problems they had during this period, discusses the list and rank of problems trainees might have, their classification and frequency.

The data were obtained by questioning 117 students of the Internal Medicine Department after their summer hospital internship as assistant nurses. The questionnaire was developed by the teaching staff of the Department of Nursing at Kirov State Medical University. The frequency of occurrence and the rank of the most common problems were identified, their analysis was carried out.

**Key words:** students, medical university, summer hospital internship, assistant nurse, questionnaire, problems, rank, frequency.

**Введение**

*Актуальность.* В настоящее время в процессе подготовки молодых специалистов все более важную роль играет уровень получения практических навыков. В этих условиях летняя производственная практика является одним из основных средств профессионального развития студентов медицинского вуза, начиная с самого первого курса обучения [1].

В современных условиях повышение качества прохождения клинической практики должно способствовать закреплению полученных студентами

теоретических знаний. Если после первого курса летние практики студентов педиатрического и лечебного факультетов во многом были схожи (помощники младшего медицинского персонала), то после второго курса их различие становится уже более значительным. В результате совершенствования процесса прохождения летней практики конкурентоспособность молодых специалистов должна становиться выше, что должно привести в дальнейшем к повышению качества оказания медицинской помощи населению [2, 3].

Поэтому практической подготовке будущих врачей уже с начальных курсов должно уделяться максимальное внимание. Но в процессе практики студенты неизбежно сталкиваются с различными проблемами (трудностями), которые порой являются значительным препятствием для студентов в период получения ими профессиональных компетенций.

*Цель:* выявить проблемы, возникающие в процессе прохождения практики у студентов лечебного факультета после второго курса в качестве помощников постовых медсестер.

*Материалы и методы.* Для решения поставленных задач было проведено анкетирование 117 студентов лечебного факультета после летней практики второго курса (получено 585 ответов) в период 2018-2019 гг. В опросе была использована модифицированная анкета, разработанная для выпускных квалификационных работ на кафедре социологии Вятского ГПедУ в 2013 г. (автор – д.м.н. Походенько И.В.).

Средний возраст проходивших практику студентов составил  $19,5 \pm 0,4$  года; женского пола – 83 человека (70,9%), мужского – 34 человека (29,1%). При этом 61 студент проходил практику в учреждениях здравоохранения г. Киров (52,1%), 40 – в районах Кировской области (34,2%), 13 – за пределами Кировской области (Нижегородская, Костромская, Вологодская, Архангельская области, Республики Марий Эл и Татарстан – 13,7%). По сравнению с практикой после первого курса наблюдалось резкое снижение доли первой группы на 24,7% и увеличение второй на 17,7%.

*Результаты и обсуждение*

По итогам практики оценку «отлично» получили 56 человек (47,9%), «хорошо» – 61 человек (52,1%). Соотношение оценок «отлично» и «хорошо» составило – 10:11. По сравнению с оценками за практику после первого курса наблюдалось резкое снижение доли «пятерок» (на 23,4%, или в 1,5 раза), т.к. соотношение «пятерок» и «четверок» после первого курса было – 5:2.

В разработанной (по анкете) таблице возможных ответов по возникающим проблемам было предложено 24, из которых не было использовано ни разу 3 ответа, или 12,5% («завышенная самооценка перед практикой», «завышенные требования со стороны медсестер» и «подвело состояние здоровья»). Также предлагался вариант ответа – «другое (вписать)», но им не воспользовался никто из студентов.

Результаты ответов по возникшим на практике проблемам представлены в таблице 1 (по рангу, порядку вопросов, структуре и частоте ответов). В ходе проведения анкетирования было выявлено, что 12 человек из анкетированной группы (10,3%) не были удовлетворены прохождением учебной практики.

Для сравнения, после первого курса лечебного факультета таких студентов было только 5,6%, а на педиатрическом факультете «недовольных практикой» не было вовсе.

Таблица 1

**Проблемы (трудности), возникшие в процессе летней практики у студентов второго курса лечебного факультета Кировского ГМУ (в качестве помощников постовых медсестер)**

Ранг	Проблемы (трудности)	Порядок вопроса в анкете	Число ответов	Структура (%)	Частота ответов
<b>1</b>	Недостаточно практических умений и навыков	2	71	12,1	<b>61</b>
<b>2</b>	Отсутствие навыков заполнения документации	17	59	10,1	<b>50</b>
3	Недостаток практики по	9	54	9,2	46

## Медицинское образование сегодня, 1(9). 2020

	алгоритмам манипуляций				
4	Неуверенность в практических навыках	12	48	8,2	41
5	Недостаток теоретических знаний	1	44	7,5	38
6	Недостаток знаний по действующим нормативным актам	8	39	6,7	34
7	Недостаток знаний для общения с пациентами	5	37	6,3	32
8	Недостаточный объем (срок) практики	13	32	5,5	27
9	Некорректное поведение пациентов	10	31	5,3	26
10	Недостаток знаний по санитарно-эпидемиологическим режимам	7	29	5,0	25
11	Незнание современных применяемых программ ЭВМ в здравоохранении	19	27	4,6	23
12	Неуверенность в полученных знаниях	11	18	3,1	15
13	Отсутствие условий для соблюдения санитарно-эпидемиологического режима	14	17	2,9	14
14	Недостаток знаний по применяемым в работе средствам	16	16	2,7	13
15	Недостаток знаний для общения с коллегами	6	15	2,6	12
16	Неудовлетворенность данной практикой	21	12	2,1	10
17	Недостаточное владение компьютером	18	11	1,9	9
18	Недостаток знаний в соблюдении субординации	4	10	1,7	8
19	Несоблюдение лечебно-охранительного режима в отделении	15	6	1,0	5
20	Недостаток знаний деонтологических норм и правил	3	5	0,9	4
21	Отсутствие помощи со стороны младшего медперсонала	20	4	0,6	3
	Итого	21	585	100,0 %	на 100 студентов

В таблице также представлены данные о том, что в анкете вопросы стояли в одном порядке (графа «Порядок вопросов»), а ранги студенты ставили независимо от представленной последовательности (к примеру, 17-й по анкете вопрос стоит у студентов на втором месте по рангу).

Далее все выявленные проблемы для анализа были разделены на группы - по частоте встречаемых ответов. Таких групп было выделено 6.

В первую группу вошли всего 2 проблемы, на которые студенты ответили с частотой более 50 на 100 человек, т.е. каждый второй. Это были проблемы: «Недостаточно практических умений и навыков» и «Отсутствие навыков заполнения документации» (с частотой соответственно 61 и 50 на 100 студентов).

При дальнейшем изучении причин этих трудностей было выявлено, что студентам на втором курсе хотелось бы иметь еще больше времени для отработки практических навыков в симуляционном центре, а навыкам заполнения документации не все преподаватели уделяли должное внимание.

Во вторую группу вошли проблемы с частотой ответов более 33, т.е. положительно ответил каждый третий из участвовавших в анкетировании.

Это были 4 проблемы:

«Недостаток практики по алгоритмам манипуляций» (с частотой 46 на 100 ответов), «Неуверенность в практических навыках» (41 на 100), «Недостаток теоретических знаний» (38 на 100) и «Недостаток знаний по действующим нормативным актам» (34 из 100). В данной группе студенты как раз указали некоторые причины неудовлетворенности тем, что было «недостаточно практических умений и навыков». Четвертый вариант ответа в этой группе требует отдельного внимания, т.к. он еще чаще встречался у студентов первого курса (43 на 100).

В частности, неуверенность в практических навыках может объясняться как недостаточным количеством часов для отработки навыков в АСО, так и

«внутренними преградами (страхами) студентов» (как объективного, так и субъективного характера).

В третью группу (с частотой ответов более 25 на 100, т.е. чаще, чем каждый четвертый ответ) вошли также 4 проблемы (трудности). Это: «Недостаток знаний для общения с пациентами» (с частотой 32 на 100 ответов), «Недостаточный объем (срок) практики» (27 на 100), «Некорректное поведение пациентов» (26 на 100) и «Недостаток знаний по санитарно-эпидемическим режимам» (25 на 100).

В четвертую группу (с частотой более 20 на 100, т.е. чаще, чем каждый пятый ответ) вошла всего одна проблема – «Незнание современных программ ЭВМ, применяемых в здравоохранении» (23 на 100).

В группе с частотой более каждого шестого ответа не оказалось ни одной проблемы.

В пятую группу (с частотой более 14 на 100, или каждый седьмой ответ) вошла одна проблема – «Неуверенность в полученных знаниях» (15 на 100).

В шестую группу мы включили оставшиеся 9 трудностей (встретившихся у студентов с частотой 14 и менее на 100, или каждый восьмой ответ и реже).

Это: «Отсутствие условий для соблюдения санитарно-эпидемиологического режима» (14 на 100), «Недостаток знаний по применяемым в работе средствам» (13 на 100), «Недостаток знаний для общения с коллегами» (12 на 100), «Неудовлетворенность данной практикой» (10 на 100), «Недостаточное владение компьютером (9 на 100), «Недостаток знаний в соблюдении субординации» (8 на 100), «Несоблюдение лечебно-охранительного режима в отделении» (5 на 100), «Недостаток знаний по деонтологическим нормам и правилам» (4 на 100) и «Отсутствие помощи со стороны младшего медперсонала» (3 на 100).

В таблице можно отметить такой показатель, как «частота ответов выше среднестатистической».

Эта величина в нашем случае составила 27,9 (результат деления 585 ответов на 21 использованную в ответах проблему). В этот раздел вошли 7 из перечисленных проблем, или полностью первая и вторая представленные нами группы, а также первая проблема из третьей группы.

Не менее важными явились проблемы, связанные с недостаточным объемом (сроком) практики (7,3% – 42 ответа), с недостатком теоретических знаний (7,1% – 41 ответ), недостатком знаний по применяемым санитарно-эпидемическим режимам (6,8 % – 39 ответов), с некорректным поведением пациентов (5,9 % – 34 ответа).

Последующие проблемы встречались с частотой, меньшей среднестатистической величины (менее 29 ответов).

### **Выводы**

1. Клиническая практика для студентов медицинского вуза является важным этапом в становлении личности студента и развитии в нем будущего профессионала; она позволяет применять и совершенствовать навыки и умения, полученные в симуляционном центре, а также на теоретических занятиях.

2. Были выявлены 7 приоритетных проблем у студентов второго курса (с частотой больше среднестатистической величины), а именно:

- недостаток практических умений и навыков,
- отсутствие навыков заполнения документации,
- недостаток практики по алгоритмам манипуляций,
- неуверенность в практических навыках,
- недостаток теоретических знаний,
- недостаток знаний по действующим нормативным актам,
- недостаток знаний для полноценного общения с пациентами.

3. Изучение проблем студентов, а также (в дальнейшем) их предложений по устранению этих трудностей, позволит повысить качество и уровень образования в медицинском вузе.

## Список литературы

1. Овсянникова В.В., Плотникова И.Е., Свиридова Т.Н. Производственная практика как средство профессионального развития студентов медицинского вуза // Личность, семья и общество: сб. матер. XXXIX Междунар. конференции. - № 4. – Новосибирск: СибАК, 2014. - С.149-153. [Ovsyannikova V.V., Plotnikova I.E., Sviridova T.N. Proizvodstvennaya praktika kak sredstvo professional'nogo razvitiya studentov meditsinskogo vuza. (Conference proceedigs) .XXXIX Mezhdunarodnaya konferentsiya "Lichnost', sem'ya i obshchestvo". Vol. 4. – Novosibirsk: SibAK, 2014. - pp.149-153.(In Russ.)]
2. Мухачева Е.А., Походенько И.В., Маркова Г.А., Чаганова Е.В. О трудностях, возникающих у студентов педиатрического факультета медицинского вуза в период прохождения ими летней практики по направлению «Помощник младшего медицинского персонала» // Инновационные процессы в науке и образовании: сборник статей Международной научно-практической конференции. В 2 ч. Ч. 1. – Пенза: МЦНС «Наука и Просвещение». – 2019. – С. 198-201. [Mukhacheva E.A., Pokhoden'ko I.V., Markova G.A., Chaganova E.V. O trudnastyakh, vznikayushchikh u studentov pediatricheskogo fakul'teta meditsinskogo vuza v period prokhozhdeniya imi letney praktiki po napravleniyu «Pomoshchnik mladshogo meditsinskogo personala». (Conference proceedigs) Mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya "Innovatsionnye protsessy v nauke i obrazovanii": sbornik statey Mezhdunarodnoy konferentsii. Vol.1 . Penza: MTSNS «Nauka i Prosveshchenie». 2019. pp. 198-201(In Russ.)].
3. Чонтян Д.А., Головенкин Г.Д., Маркова Г.А., Походенько И.В. О трудностях, возникающих у студентов лечебного факультета медицинского вуза в период прохождения ими летней практики в качестве помощников младшего медицинского персонала // Научные достижения и открытия современной молодежи: сборник статей VI Международной научно-практической конференции. – Пенза: МЦНС «Наука и Просвещение». – 2019. – С. 288-291. [Chontyan D.A., Golovenkin G.D., Markova G.A., Pokhoden'ko I.V. O trudnastyakh, vznikayushchikh u studentov lechebnogo fakul'teta meditsinskogo vuza v period prokhozhdeniya imi letney praktiki v kachestve pomoshchnikov mladshogo meditsinskogo personala. (Conference proceedigs). VI Mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya " Nauchnye dostizheniya I otkrytiya sovremennoy molodezhi". Penza: MTSNS «Nauka i Prosveshchenie». 2019. pp. 288-291(In Russ.)].

**ОРГАНИЗАЦИЯ ГРАЖДАНСКО-ПАТРИОТИЧЕСКОГО  
ВОСПИТАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ  
В РАМКАХ ГОДА ПАМЯТИ И СЛАВЫ**

Сахарова Л.Г.

*ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет  
Минздрава России, (610027, г. Киров, ул. К. Маркса, 112) [slg75@rambler.ru](mailto:slg75@rambler.ru)*

Сахаров В.А.

*ФГБОУ ВО Вятский государственный университет, (610000, г. Киров,  
ул. Московская, 36) [vas701@rambler.ru](mailto:vas701@rambler.ru)*

В статье рассматриваются перспективные направления патриотического воспитания у обучающихся медицинских вузов в Российской Федерации.

**Ключевые слова:** медицинский вуз, воспитание, патриотизм, нравственные чувства, эмоциональный фактор

**PATRIOTIC EDUCATION  
OF MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS  
DURING THE YEAR OF MEMORIAL GLORY**

Sakharova L.G.

*Kirov State Medical University (610027, Kirov, K. Marx street, 112)  
[slg75@rambler.ru](mailto:slg75@rambler.ru)*

Sakharov V.A.

*Vyatka State University, (610000, Kirov, Moskovskaya street, 36)  
[vas701@rambler.ru](mailto:vas701@rambler.ru)*

The article discusses prominent areas of patriotic education at medical universities in the Russian Federation

**Keywords:** medical university, education, patriotism, morality, emotional factor

### **Введение**

Патриотизм – одна из главных основ существования и развития любых наций и государственности. Президент Российской Федерации В.В. Путин (03.02.2016) главной объединяющей идеей определяет именно патриотизм: «не может быть никакой иной объединяющей идеи кроме патриотизма» [2].

В начале XXI века в рамках Концепции патриотического воспитания граждан Российской Федерации были актуализированы основные критерии патриотического поведения: любовь и служение Отечеству, обеспечение целостности и суверенитета России, ее национальная безопасность, устойчивое развитие, долг и ответственность, предполагающие приоритет общественных и государственных начал над индивидуальными интересами и устремлениями и выступающие как высший смысл жизни и деятельности личности, всех социальных групп и слоев общества [1].

На современном этапе изучения проблемы формирования патриотизма особое внимание уделяется поиску корреляции между решением задач патриотического воспитания и поликультурным, духовно-нравственным, этическим воспитанием обучающихся (А.Ю. Белогуров, Р.С. Бозиев, А.С. Гаязов, А.Я. Данилюк, О.Н. Малова и др.) и развития теории становления и развития образовательной среды (Н.М. Борытко, О.В. Лебедева, Л.И. Новикова и др.).

### **Основное содержание**

Целью данной статьи является анализ основных направлений воспитания патриотизма у обучающихся высших учебных заведений в контексте политических и педагогических идей Года памяти и славы.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации «в целях сохранения исторической памяти и в ознаменование 75-летия Победы в Великой Отечественной войне 1941–1945 годов» 2020 год объявлен Годом

памяти и славы [5]. Данный указ, прежде всего, способствует реализации патриотического направления воспитания детей и молодежи в Российской Федерации. В высших учебных заведениях именно патриотическому воспитанию планируется уделить наибольшее внимание.

Особую значимость приобретает ориентированность высших учебных заведений на формирование гражданско-патриотической позиции, ответственности, патриотизма обучающихся, развитие их патриотических чувств, убеждений, преданности Отечеству и гордости за него. Для обучающихся медицинских учебных заведений это особенно важно, так как выполнение своего профессионального долга врачами в период Великой Отечественной войны и подвиги врачей на фронте и в тылу являются примером патриотического служения своей Родине. Поэтому чрезвычайно важно оптимизировать образовательную среду медицинских вузов, которая является одним из определяющих факторов формирования патриотизма и создающей условия, возможности, потребности для реализации комплексных программ по патриотическому воспитанию.

В связи с этим важно особое внимание уделить подготовительному этапу. Накануне празднования 75-ой годовщины Победы в Великой Отечественной войне мы провели анкетирование среди обучающихся в ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России. Результаты анкетирования показали, что не все обучающиеся понимают суть содержания понятия «патриотизм» и ориентированы на развитие патриотических качеств. Большинство респондентов знают о подвигах своих дедов и прадедов, но у них недостаточно сформированы знания и представления об истории Великой Отечественной войны, подвигах врачей и медицинских сестер, развитии медицины в годы Великой Отечественной войны. Результаты анкетирования актуализируют необходимость усиления внимания к изучению истории Великой Отечественной войны в рамках изучения дисциплины «История» и разработке комплексного плана мероприятий Года памяти и славы по

формированию патриотизма, что совпадает с главной задачей Года памяти и славы – сохранение исторической памяти.

Не менее важной задачей является развитие чувства патриотизма у обучающихся в контексте общего развития их нравственных чувств. Необходимым условием этого является овладение педагогами высшей школы инновационными, эмоционально-насыщенными формами, методами и приемами воспитания.

В психологии общепризнанным является тот факт, что развитие нравственных чувств в педагогической практике может происходить двояко: путем опосредованного влияния на эмоциональную сферу (через воздействие на личность в целом) и путем непосредственного воздействия на эмоциональную сферу (Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн, П.М. Якобсон).

Последнее осуществляется с помощью эмоциональных стимулов – педагогических средств, актуализирующих эмоциональную сферу личности. В педагогике они определяются как «внешние эмоционально-ценностные побудители, воздействующие, прежде всего, на чувства и вызывающие у воспитуемых адекватный эмоциональный отклик, нравственное сопереживание» [4]. Под актуализацией эмоциональной сферы следует понимать процесс, в результате которого моральные нормы становятся актуальными, личностно-значимыми для индивида, не только на рациональном, но и на эмоционально-ценностном уровне. Актуализировать эмоциональную сферу – значит создать обстоятельства, при которых обостряется восприятие нравственно-ценной идеи или поступка.

Большинство исследователей к эмоциональным стимулам относит игру, романтику, соревнования (Н.П. Анисеева, О.С. Газман, Б.Т. Леухин, Б.Т. Лихачев, З.И. Равкин, К.Д. Юрьева, С.А. Шмаков, Г.А. Шпона, М.Г. Яновская). Ряд авторов предлагает включить в группу эмоциональных стимулов средства искусства (З.И. Равкин, Г.И. Щукина, М.В. Юрьева). М.Г. Яновская относит к эмоциональным стимулам также проблемно-поисковые

ситуации и эмоционально-образные средства (средства искусства, художественную литературу, творчество и др.). Таким образом, к эмоциональным стимулам относится все то, что в наибольшей степени способствует привнесению в жизнь и деятельность обучающихся творческого начала и эмоциональному обогащению воспитательного процесса.

Эмоциональные стимулы как педагогические средства актуализации эмоциональной сферы позволяют практически реализовать принцип единства знаний, чувств и поведения, причем чувства являются стимулирующим и цементирующим началом, активно способствующим формированию и нравственного сознания, и положительных форм поведения. Благодаря эмоциональным стимулам происходит их интериоризация – превращение внешних стимулов во внутренние. А внутренние стимулы способствуют развитию нравственных чувств: от переживания через сознание – к поступку. Отличительным признаком эмоционального стимула, его основной педагогической функцией как внешнего побудителя является вызываемая им реакция в форме нравственного чувства, могущего стать мотивом поведения личности. Поэтому эмоциональное стимулирование, как педагогическая система, наиболее эффективно может быть использовано в процессе развития нравственных чувств личности [3].

Можно утверждать, что эмоциональное стимулирование как наиболее эффективная методика развития нравственных чувств личности представляет собой в настоящее время большой научный и практический интерес и должна систематически изучаться, творчески развиваться и использоваться в системе патриотического воспитания в современных высших учебных заведениях.

### **Выводы**

В связи с этим медицинские вузы должны обратить внимание на обновление содержания воспитательного процесса, а именно включить в план работы следующие виды воспитательных мероприятий:

- реализация туристско-краеведческих программ по истории Великой Отечественной войны и изучение подвига врачей;
- активизация поисковой работы, направленной на изучение истории медицины периода Великой Отечественной войны, деятельности выдающихся врачей, медицинских сестер на фронте и в тылу;
- дальнейшее развитие многопрофильных музеев и выставок;
- содействие деятельности поисковых отрядов;
- организация и расширение всех видов педагогической деятельности, включая подготовку авторских программ по элективным курсам патриотической направленности, участие научно-педагогических работников и обучающихся в научно-практических конференциях, героико-патриотических акциях;
- активное отражение в средствах массовой информации патриотических акций и мероприятий.

Реализацию данного комплекса мероприятий следует сочетать со стимулированием мотивов, нравственных и смысловых установок обучающихся, развивать навыки патриотического поведения на коллективном и индивидуальном уровнях.

### Список литературы

1. Концепция патриотического воспитания граждан Российской Федерации//Одобрена на заседании Правительственной комиссии по социальным вопросам военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей (протокол № 2(12)-П4 от 21 мая 2003 г.) [*Kontseptsiya patrioticheskogo vospitaniya grazhdan Rossiyskoy Federatsii//Odobrena na zasedanii Pravitel'stvennoy komissii po sotsial'nym voprosam voennosluzhashchikh, grazhdan, uvolennykh s voennoy sluzhby, i chlenov ikh semey (protokol № 2(12)-P4 ot 21 maya 2003 g.)* (InRuss)] Доступно по: <https://base.garant.ru/6148105/> Ссылка активна на 20.01.2020
2. Путин В.В. Патриотизм - национальная идея России [*Putin V.V. Patriotizm - natsional'naya ideya Rossii* (InRuss)] Доступно по: <https://tass.ru/politika/2636647> Ссылка активна на 20.01.2020

3. Сахаров В.А., Сахарова Л.Г. Взаимосвязь духовно-нравственного и поликультурного воспитания студенческой молодежи // Среднее профессиональное образование –2011. – № 11. –С.11–12[Sakharov V.A., Sakharova L.G. Vzaimosvyaz' dukhovno-nravstvennogo i polikul'turnogo vospitaniya studencheskoy molodezhi. *Srednee professional'noe obrazovanie*. 2011;(11):11–12 (In Russ).]

4. Сахаров В.А., Сахарова Л.Г., Сапожникова А.Г. Духовно-нравственное воспитание современной молодежи в контексте реализации государственной национальной политики// Среднее профессиональное образование. –2013. –№ 11. –С.14– 15[Sakharov V.A., Sakharova L.G., Sapozhnikova A.G. Dukhovno-nravstvennoe vospitanie sovremennoy molodezhi v kontekste realizatsii gosudarstvennoy natsional'noy politiki *Srednee professional'noe obrazovanie*. 2013; (11):14–15 (In Russ).]

5. Указ Президента Российской Федерации «О проведении в Российской Федерации Года памяти и славы» [*Ukaz Prezidenta Rossiyskoy Federatsii «Oprovedenii v Rossiyskoy Federatsii Goda pamyati i slavy»* (InRuss)] Доступно по: <http://www.kremlin.ru/acts/news/60954> Ссылка активна на 20.01.2020

## ОБЗОРЫ

УДК 6.61.614.614.3.614.31

### КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА ТОВАРОВ КОМПАНИИ «ЭВАЛАР»

Белоусова О.В.<sup>1</sup>, Белоусов Е.А.<sup>1</sup>, Карасёв М.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», (308015, г. Белгород, ул. Победы, 85).  
[belousovaov31@mail.ru](mailto:belousovaov31@mail.ru)

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева» (302026, г. Орёл, ул. Комсомольская, 95). [mikhailkarasev@yandex.ru](mailto:mikhailkarasev@yandex.ru)

В данной статье представлены результаты комплексного исследования ассортимента биологически активных добавок (БАД) российской фармацевтической компании ЗАО «Эвалар».

В ходе исследования сформирован массив БАД компании «Эвалар». Проведен комплексный анализ товаров компании. Сформированы рекомендации аптечным организациям по оптимизации ассортимента товаров фармацевтической компании ЗАО «Эвалар».

**Ключевые слова:** биологически активные добавки, ЗАО «Эвалар», производитель, форма выпуска.

### **COMPREHENSIVE RESEARCH OF THE PRODUCT RANGE OF THE COMPANY“EVALAR”**

Belousova O.V. <sup>1</sup>, Belousov E.A. <sup>1</sup>, Karasev M.M. <sup>2</sup>

*1 Belgorod State University, (308015 Belgorod, st. Pobedy, 85 ).  
belousovaov31@mail.ru*

*3Orel State University named after I.S. Turgenev (302026, Orel, st. Komsomolskaya, 95). [mikhailkarasev@yandex.ru](mailto:mikhailkarasev@yandex.ru)*

This article presents the results of a comprehensive study of the range of dietary supplements produced by the Russian pharmaceutical company “ZAO Evalar”.

During the study an array of dietary supplements of the company was formed. A comprehensive analysis of the products is described. Recommendations for pharmacies on optimizing the assortment of goods of the pharmaceutical company ZAO "Evalar" are given.

**Key words:** biologically active additives, ZAO "Evalar", manufacturer, form of release.

**Введение.** По данным ВОЗ, значительная часть человечества страдает от нехватки качественной пищи, витаминных и минеральных комплексов. В данной ситуации на первое место выходит поиск решения проблемы, связанной с коррекцией и оптимизацией пищевого рациона, то есть введение в рацион питания человека биологически активных добавок [1, 4, 5]. Сегодня одной из крупнейших в России фармацевтических компаний, занимающейся разработкой и выпуском натуральных лекарственных средств и биологически активных добавок, является компания ЗАО «Эвалар».

На сегодняшний день нет достоверных данных, позволяющих точно оценить объем мирового рынка БАД. По некоторым источникам, эта цифра варьируется в пределах 50-70 млрд. долл. Первое место по производству биодобавок принадлежит США, которые выпускают 35% всего мирового объема БАД. Прирост американского рынка БАД составляет 10-14% в год. Вторым крупнейшим мировым производителем является Европа, на долю которой приходится 32% мирового объема биодобавок. Среди основных европейских производителей БАД — Германия, Франция, Великобритания [1,2].

Третье место занимает Япония – 18% мирового объема БАД. По потреблению биодобавок лидируют: Япония (до 90% населения), США (80%), Европа (50%). В России этот показатель значительно ниже: примерно 7–15% населения регулярно потребляют БАД [1, 3].

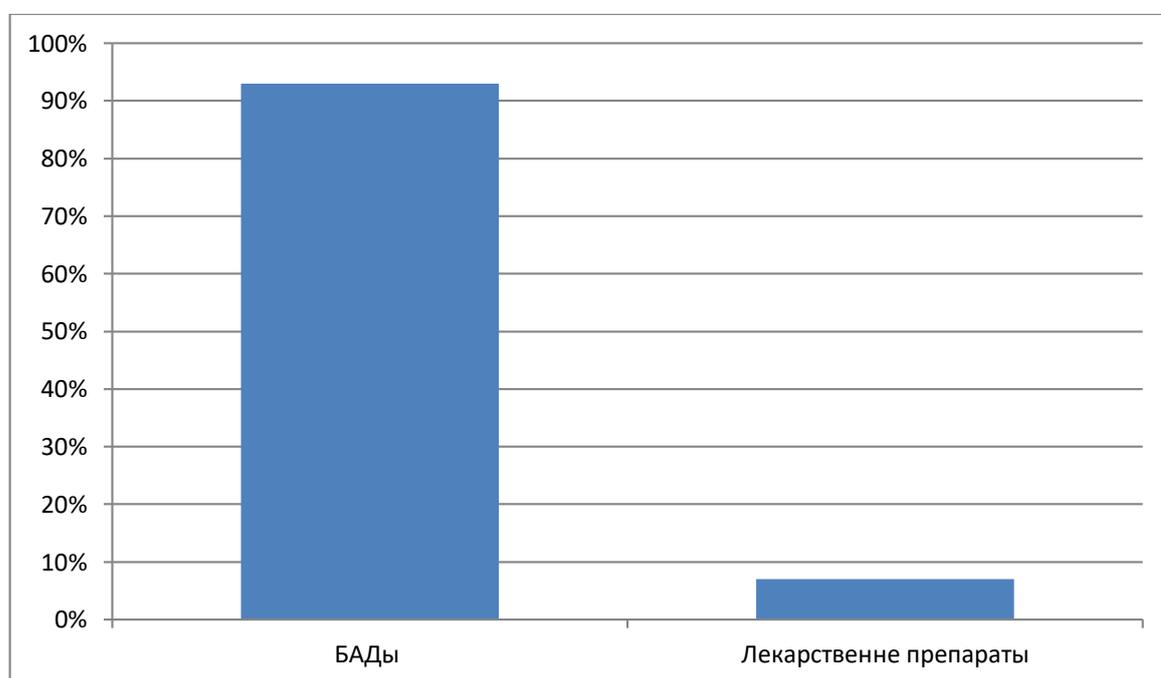
Если рассматривать российский рынок БАД в целом, с учетом «теневого» сегмента, то на рынке преобладают БАД импортного происхождения. Это связано с тем, что «теневой» сектор рынка в большей степени предлагает препараты импортного производства. По различным оценкам, неапатечный сегмент рынка БАД составляет от 0,8-1,5 млрд. долл. и в основном представлен продуктами зарубежного производства (63-65% рынка в стоимостном выражении). Через российские аптеки было реализовано более 300 млн. упаковок БАД [1, 2, 3],

Компания ЗАО «Эвалар» – одна из крупнейших в России фармацевтических компаний, абсолютный лидер в стране по объему выпуска натуральных препаратов для сохранения и укрепления здоровья.

*Объект исследования:* комплексное исследование товаров аптечного ассортимента ЗАО «Эвалар».

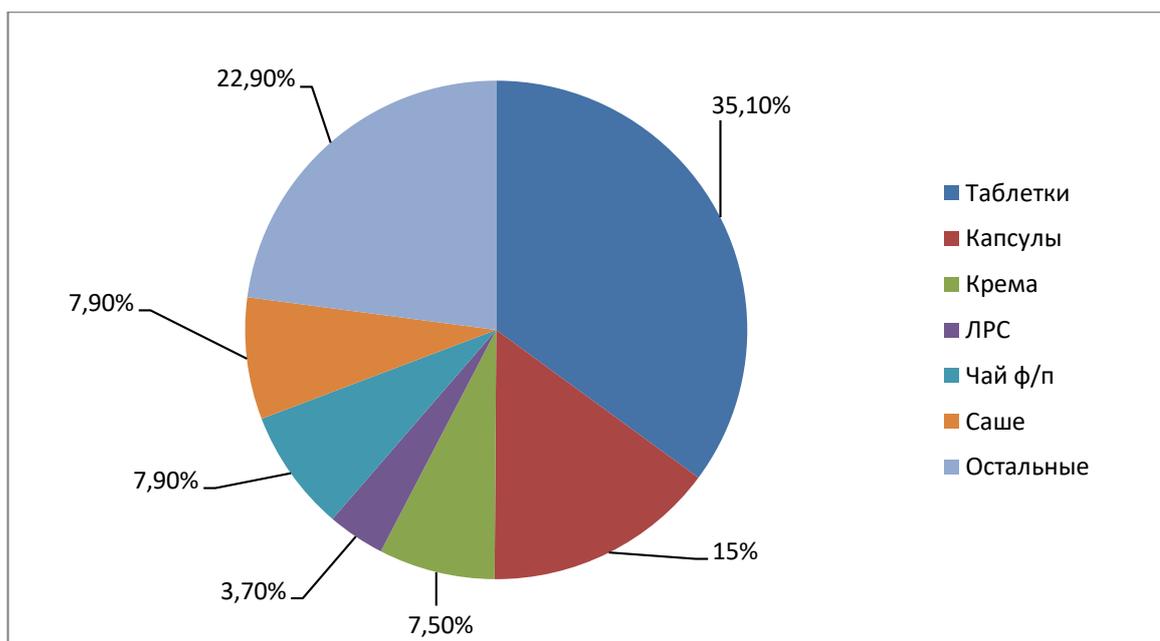
*Методы исследования:* структурный анализ, контент-анализ, АВС-анализ, графический, аналитический.

*Результаты и их обсуждение.* На основании данных номенклатурных данных ЗАО «Эвалар» проанализирован ассортимент данной структуры, который представлен 253 наименованиями, из них БАД – 232, являются лекарственными препаратами – 21.



*Рис. 1. Структура ассортимента товаров, производимых ЗАО «Эвалар», %*

На следующем этапе сегментирован ассортимент по лекарственным формам в исследуемой группе, которые представлены на рис. 2.



*Рис. 2. Сегментация ассортимента товаров ЗАО «Эвалар» по видам лекарственных форм, %*

Выявлено, что данные товары представлены твердыми (капсулы, таблетки, саше), жидкими (сиропы, соки, настойки и др.), мягкими (кремы, гели, мази и др.) лекарственными формами. Самыми распространенными лекарственными формами, производимыми ЗАО «Эвалар», являются: таблетки, капсулы и саше.

Базой исследования стала аптечная сеть ООО «Фарма» г. Шебекино Белгородской области.

Информационный массив представлен 77 наименованиями, из них в аптеке за данный период реализовано 34 наименования.

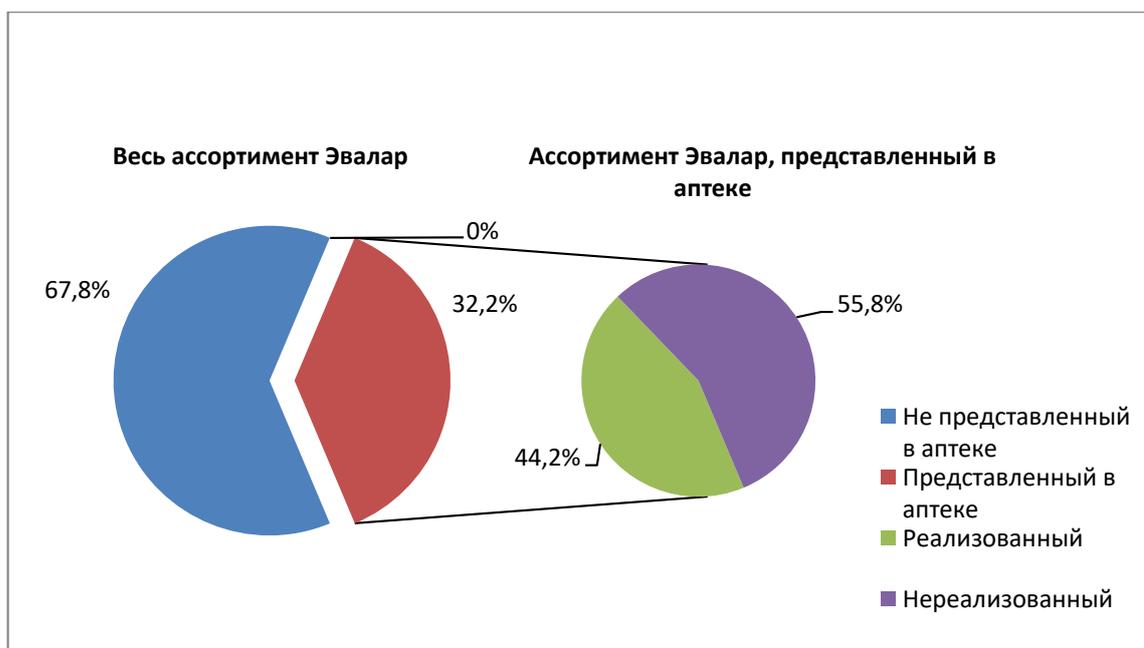


Рис. 3. Градация ассортимента товаров ЗАО «Эвалар», реализованных в аптеке «Аптека+», %

Установлено, что ассортимент товаров ЗАО «Эвалар» представлен 32,2%. Из данного ассортимента полностью реализовано 44,2% товара.

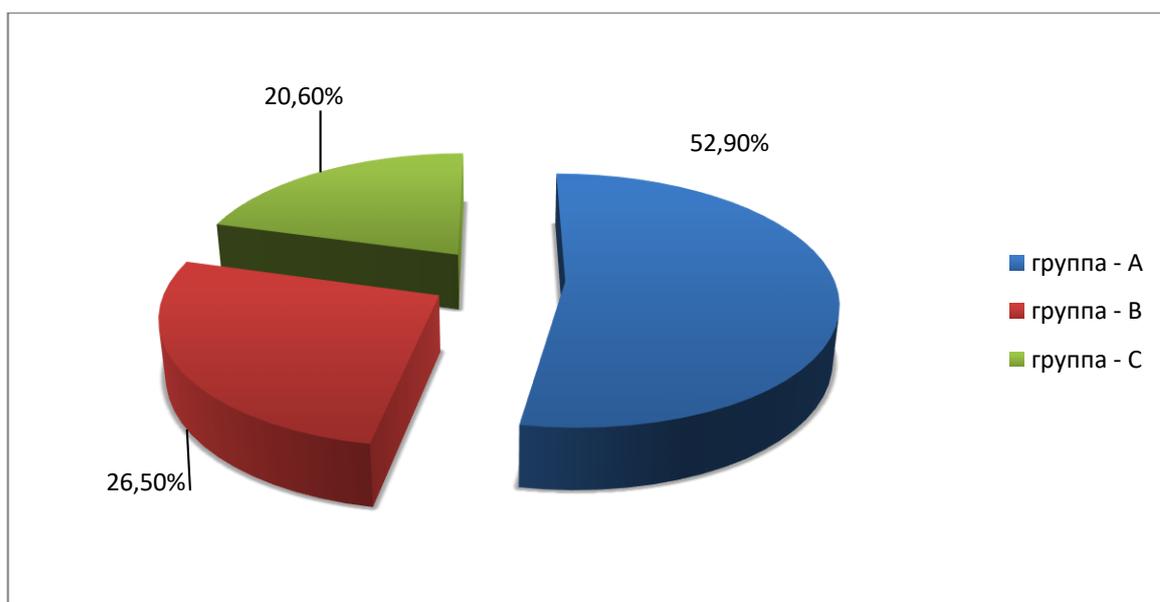
В ходе исследования проанализированы отчеты по движению товара за ноябрь 2018 года, для проведения ABC-анализа из документов изъяты данные об объеме продаж биологически активных добавок и ЛП ЗАО «Эвалар».

С помощью электронной таблицы Microsoft Office Excel рассчитаны данные по основным показателям прибыльности товаров.

Параметр, по которому проводилось сегментирование на группы А, В, С – количество проданных упаковок и объем продаж в рублях.

Результаты: общее количество товаров ЗАО «Эвалар», реализованных аптекой в ноябре 2018 года, составляет 34 наименования, из них группа А представлена 18 наименованиями, группа В включает 9 наименований и группа С включает 7 наименований.

Полученная структура ассортимента товаров ЗАО «Эвалар», реализованных аптекой «Аптека+» в период за ноябрь 2018 года, по группам ABC представлена на рис. 4.



*Рис. 4. Результаты анализа ассортимента товаров ЗАО «Эвалар», %*

Выяснено, что товары ЗАО «Эвалар» группы А составляют 52,9%, группы В – 20,6% и группы С – 26,5%.

Далее подробно рассмотрена каждая группа относительно общего ассортимента.

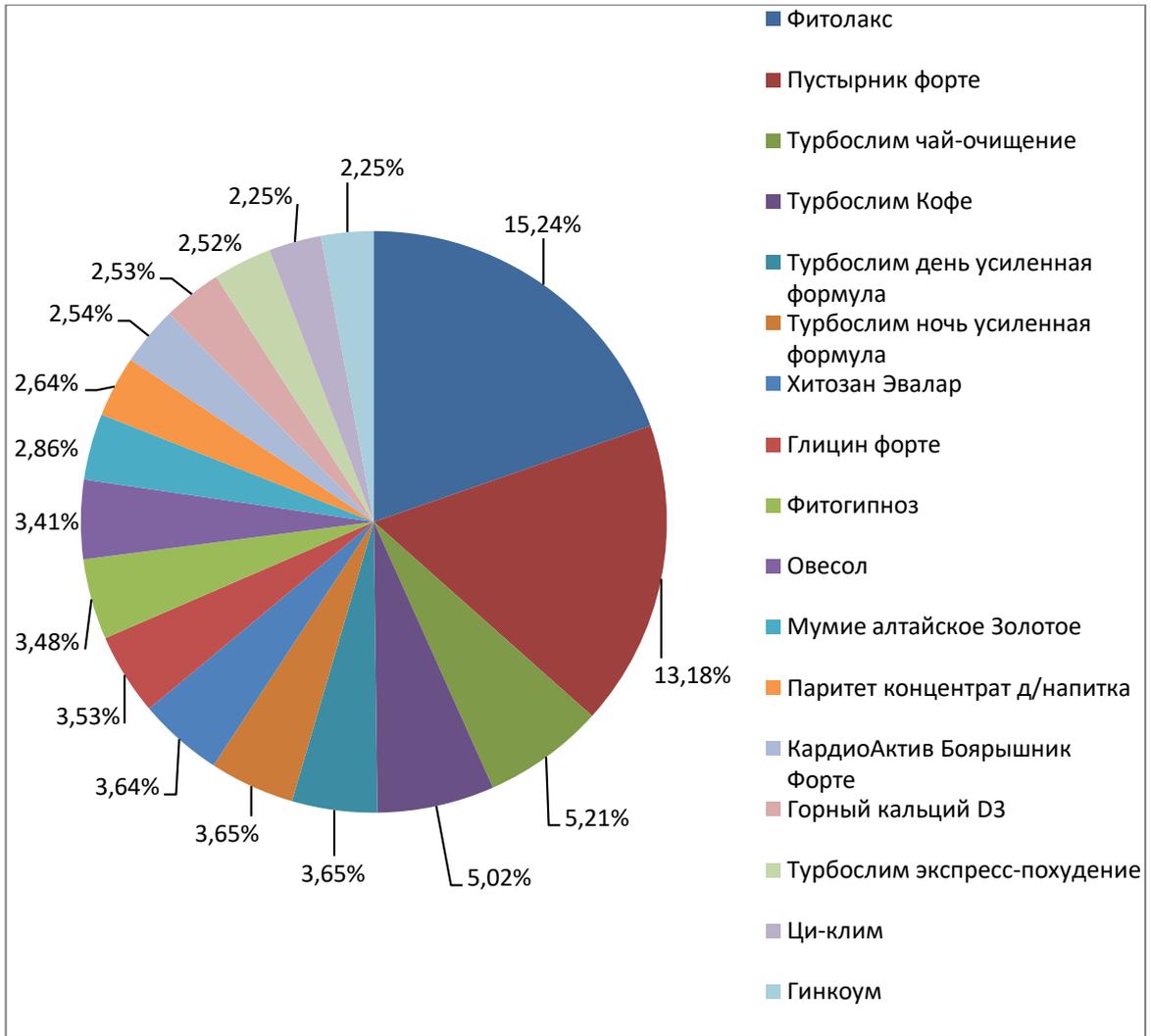


Рис. 5. Градация ассортимента группы А в объеме продаж, %

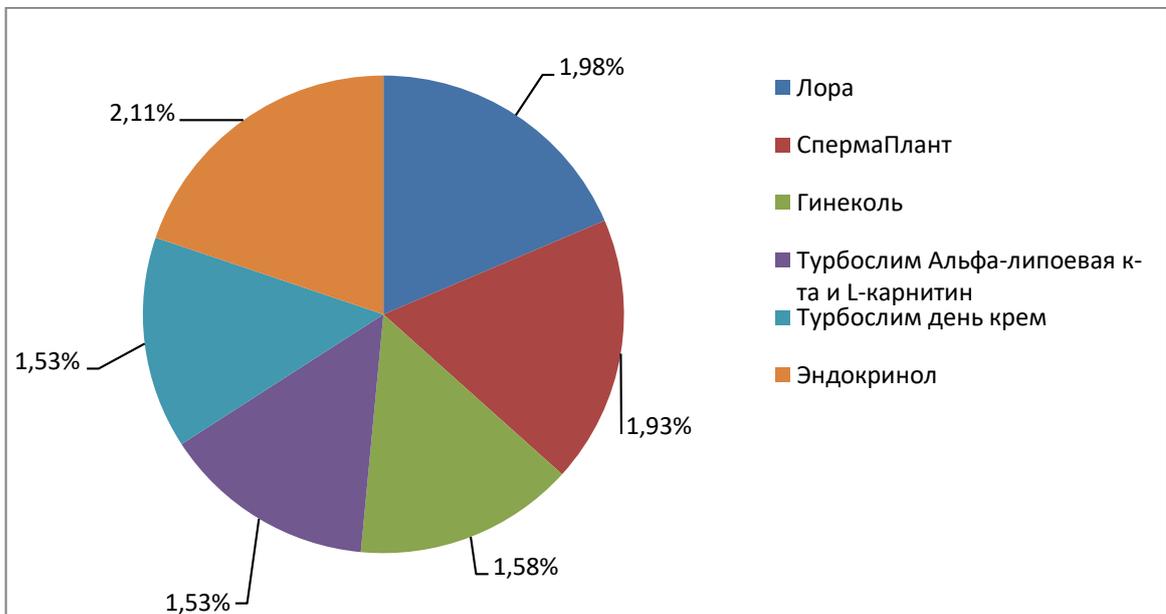


Рис. 6. Сегментация ассортимента товаров группы В %

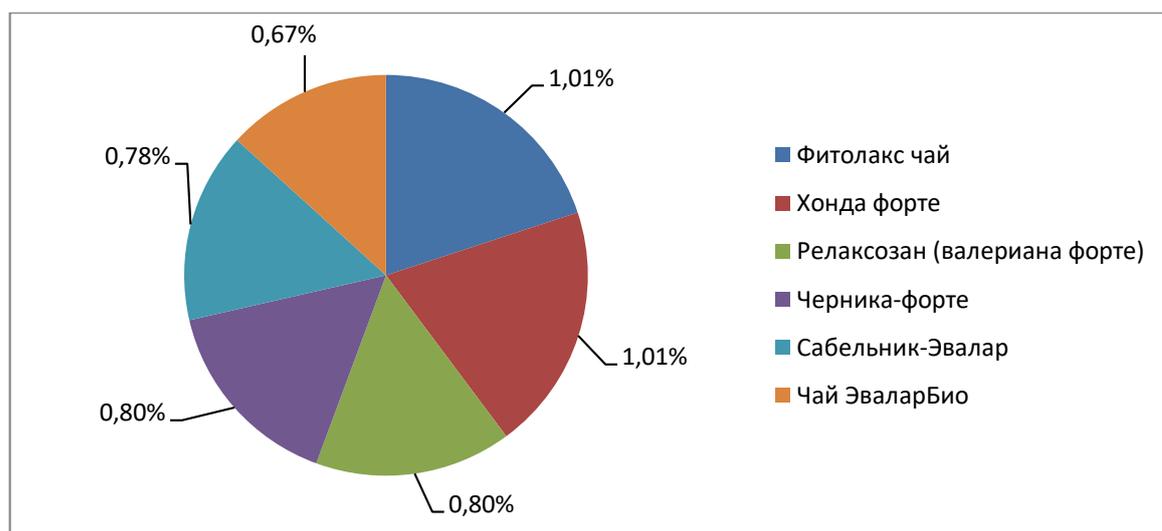


Рис. 7. Градация ассортимента товаров группы С в объеме продаж, %

Согласно данным ABC-анализа, наиболее продаваемыми и приносящими максимальную прибыль являются средства группы А: Фитолак таб. жеват. 0,5г №20, Пустырник форте таб. №40, Турбослим чай-очищение ф/пак. 2г №20, Турбослим Кофе Капучино пак. саше №10, Турбослим день усиленная формула капс. №30, Турбослим ночь усиленная формула капс. №30, Хитозан Эвалар таб. 0,5 №100, Глицин форте таб. №20 Фитогипноз таб. №20, Овесол таб. №40, Мумие алтайское Золотое таб. 200мг №20, Паритет концентрат д/напитка д/муж. 100мл, КардиоАктив Боярышник Форте таб. 0,5бг №40, Горный кальций D3 таб. №80, Турбослим экспресс-похудение капс. №18 +саше №3, Циклим таб. п/о №60.

Группа В составляет 26,5% от всего ассортимента и дает 15% прибыли организации. Это товары: Эндокринол крем-гель туба 50мл, Лора таб. п/о №36, СпермаПлант саше 3,5г №20, Гинеколь таб. п/о №40, ТурбослимАльфа-липоевая к-та и L-карнитин таб. №60, Турбослим день крем д/коррекции фигуры 100мл, Черника-форте таб. 0,25г №150 с витаминами и цинком, Формула сна таб. п/о №40, Омега форте капс. №30.

Группа С составляет 20,6% наименований товаров и приносит 5% от общей прибыли. К этой группе относятся: Фитолак чай ф/п 2,1 г №20, Хонда

форте таб. №36, Релаксозан (валериана форте) таб. №20, Черника-форте таб. 0,25г №50 с лютеином, Сабельник - Эвалар таб. №60, Чай ЭваларБио д/очищения организма ф/п 1,5 №20, Шалфей таб. №20.

### **Выводы**

На основании литературных источников дана характеристика биологически активных добавок, определена роль биологических активных добавок в рационе питания человека. БАДы классифицированы по источникам получения, по действию на организм человека.

Установлено, что рынок БАД показывает значительный уровень привлекательности для всех участников логистической цепочки от производителя до покупателя. Рынок интенсивно растет и показывает значительную рентабельность, демонстрируя прирост более чем на 10% в год. Одним из крупнейших производителей биологически активных добавок в РФ является фармацевтическая компания ЗАО «Эвалар».

В ходе фармакоэкономического исследования проведен ABC-анализ ассортимента товаров ЗАО «Эвалар» на примере аптеки «Аптека+» за период ноябрь 2018 года, состоящий из 77 наименований товаров, из которых в аптеке за данный период реализовано 34 наименования.

Согласно данным ABC-анализа максимальную прибыль приносят следующие товары: Фитолакс таб. жеват. 0,5г №20, Пустырник форте таб. №40, Турбослим чай-очищение ф/пак. 2г №20, Турбослим Кофе Капучино пак. саше №10 и др.

Группа В составляет 26,5% от всего ассортимента и дает 15% прибыли организации. Это товары: Эндокринол крем-гель туба 50мл, Лора таб. п/о №36 и др.

Таким образом, исследование ассортимента товаров ЗАО «Эвалар», поможет внести корректировки в аптечный ассортимент для более качественного фармацевтического сопровождения во время продажи как биологически активных добавок, так и лекарственных препаратов.

### Список литературы

1. Григорьев Д.А. Анализ рынка биологически активных добавок.// "Бизнес медицина". – 2005. – № 8. – С.10-14. [Grigor'ev D.A. Analiz rynka biologicheskii aktivnykh dobavok. *Biznes meditsina*. 2005;8:10-14. (In Russ.)]
2. Гичев. Ю.Ю. Руководство по микронутриентологии. Роль и значение биологически активных добавок к пище. – М.: Триада-Х, 2006. [Gichev.Yu.Yu. *Rukovodstvo po mikronutrientologii. Rol' i znachenie biologicheskii aktivnykh dobavok k pische*. Moscow: Triada-X, 2006. (In Russ.)]
3. Спичак И.В., Белоусов Е.А., Белоусова О.В., Карасев М.М. Фармакоэкономическое исследование ассортимента биологически активных добавок аптечной организации.// Научный результат. –2015. –№3. –С.21-27.[Spichak I.V., Belousov E.A., Belousova O.V., Karasev M.M. Farmako`ekonomicheskoe issledovanie assortimenta biologicheskii aktivnykh dobavok aptechnoj organizatsii. *Nauchnyj rezul'tat*. 2015;3:21-27. (In Russ.)]
4. Гуковский И.С. Устранять причину, а не следствие.// Фармацевтический вестник. – №13 (376), –2005 –С. 29-30. [Gukovskij I. S. Ustranjat' prichinu, anesledstvie. *Farmatsevticheskij vestnik* . 2005;13 (376):29-30. (In Russ.)]
5. Орлов А.С. Современные методы ценового анализа лекарственных средств и их применение в зарубежной практике. // Маркетинг в России и за рубежом. – 2005. – № 2. –С. 21 - 32. [Orlov A.C. Sovremennye metody tsenovogo analiza lekarstvennykh sredstv i ih primenenie v zarubezhnoj praktike. *Marketing v Rossii i zarubezhom*. 2005;2:21 - 32. (In Russ.)]

УДК 6.61.614.614.3.614.31

**АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ,  
ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА  
В АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Белоусов Е.А.<sup>1</sup>, Карасёв М.М.<sup>2</sup>, Белоусова О.В.<sup>1</sup>, Белоусов П.Е.<sup>3</sup>,  
Косинов И.В.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», (308015, г. Белгород, ул. Победы, 85).  
[belousovea@mail.ru](mailto:belousovea@mail.ru), [belousovaov31@mail.ru](mailto:belousovaov31@mail.ru)

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева» (302026, г. Орёл, ул. Комсомольская, 95). [mikhailkarasev@yandex.ru](mailto:mikhailkarasev@yandex.ru)

<sup>3</sup>ГАОУЗ «Брянская областная больница №1», (241028, г. Брянск, пр. Станке Димитрова, 86). [st.pasha031@mail.ru](mailto:st.pasha031@mail.ru)

<sup>4</sup>ФГБУЗ "Медико-санитарная часть № 125 Федерального медико-биологического агентства", (307251, Курская область, г. Курчатов, пр-т. Коммунистический, д. 38). [msch125@mail.ru](mailto:msch125@mail.ru)

В данной статье представлены результаты маркетингового исследования ассортимента лекарственных средств, применяемых для лечения псориаза.

В ходе исследования сформирован массив лекарственных средств, применяемых для лечения псориаза. Проведен анализ лекарственных средств (ЛС) на российском и локальном фармацевтическом рынках по АТХ-классификации, странам производителям, составу, форме выпуска, датам регистрации. Сделаны выводы.

**Ключевые слова:** псориаз, информационный массив, местное применение, фармацевтический рынок.

**ANALYSIS OF MEDICINES OFFERED BY PHARMACIES  
FOR TREATING PSORIASIS**

Belousov E.A.<sup>1</sup>, Karasev M.M.<sup>2</sup>, Belousova O.V.<sup>1</sup>, Belousov P.E.<sup>3</sup>, Kosinov I.V.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>*Belgorod State University, (308015 Belgorod, st. Pobedy, 85 ).  
[belousovea@mail.ru](mailto:belousovea@mail.ru), [belousovaov31@mail.ru](mailto:belousovaov31@mail.ru)*

<sup>2</sup>*Orel State University named after I.S. Turgenev (302026, Orel, st. Komsomolskaya, 95). [mikhailkarasev@yandex.ru](mailto:mikhailkarasev@yandex.ru)*

<sup>3</sup>*Bryansk Regional Hospital No. 1, (241028, Bryansk, ave. Stanke Dimitrova, 86). [st.pasha031@mail.ru](mailto:st.pasha031@mail.ru)*

<sup>4</sup>*Medical unit No. 125 of the Federal Medical and Biological Agency, (307251, Kursk region, Kurchatov, ave. Communist, 38). [msch125@mail.ru](mailto:msch125@mail.ru)*

This article presents the results of a marketing study of the range of drugs used for treating psoriasis.

During the study, an array of drugs used for treating psoriasis was formed. The analysis of medicines (drugs) in the Russian and local pharmaceutical markets has been completed according to ATX classification, countries of manufacture, composition, form of release, dates of registration. Conclusions are drawn.

**Key words:** psoriasis, information database, local application, pharmaceutical market.

### **Введение**

В последние годы во многих странах, особенно с развитой промышленностью, отмечается увеличение числа больных различными дерматозами. Одно из ведущих мест кожной патологии занимает псориаз, которым в среднем страдают 3,5% жителей нашей планеты. По статистике, псориазом болеет каждый 25-й человек [1, 6].

Псориаз встречается с одинаковой частотой как у мужчин, так и у

женщин. Он может возникнуть в любом возрасте, чаще всего возникает в третьей декаде жизни [2, 3].

Считается, что данное заболевание имеет отчетливо выраженную генетическую предрасположенность. Псориаз не передается половым путем, воздушно-капельным, через общие предметы быта и прикосновения к коже. Очаги заболевания чаще возникают на локтях, коленях, спине и волосистой части головы. На 2017 г. в России было зарегистрировано почти четыреста тысяч больных псориазом, а распространенность составила порядка двухсот сорока человек на 100 тыс. населения [1, 5, 6].

### Основное содержание

Сформированный информационный массив ЛС, применяемых для лечения псориаза в «ООО Новая Аптека 2+» г. Орел показал, что ассортимент представляют 116 торговых наименований (ТН) лекарственных средств из 34 АТХ групп и 33 международных непатентованных названий (МНН) [4].

Проведен структурный анализ ассортимента ЛС, применяемых для лечения псориаза, по АТХ-классификации.

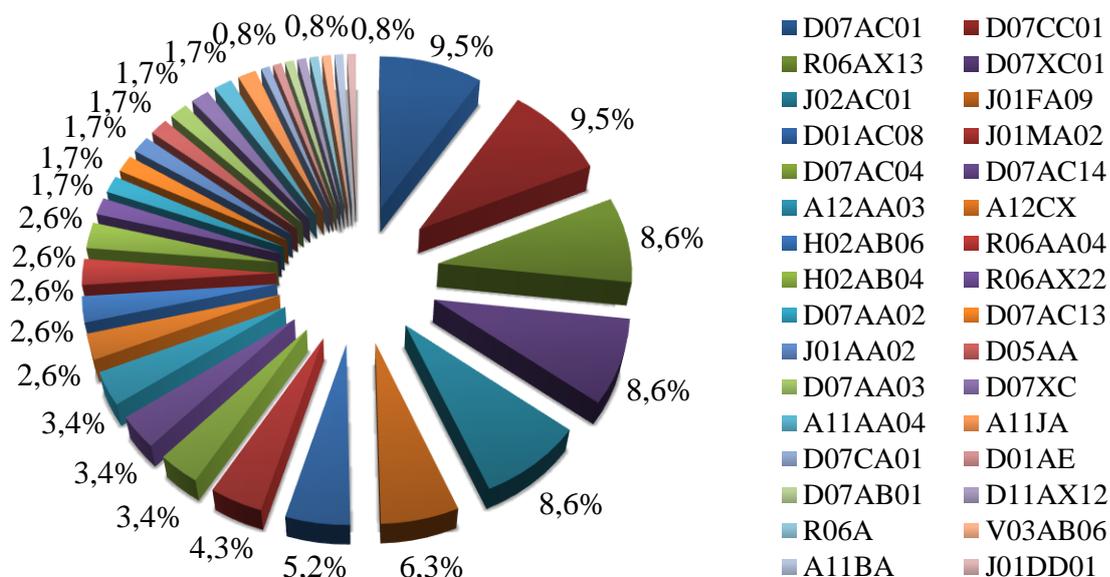
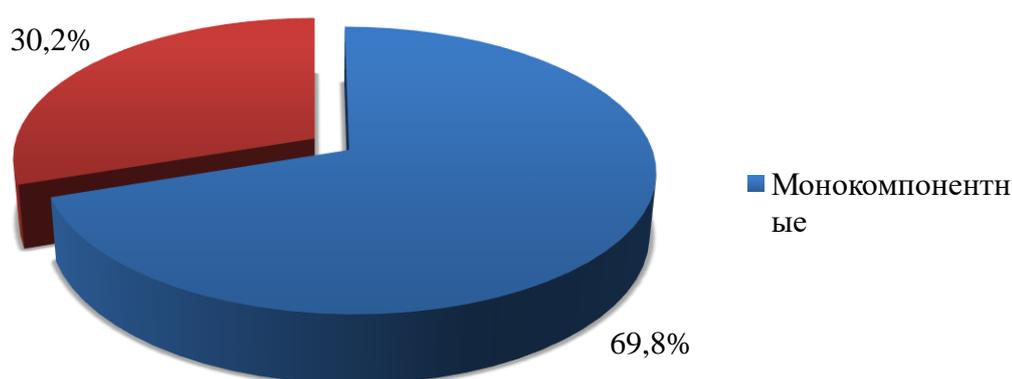


Рис. 1. Сегментация лекарственных средств по АТХ-классификации, %

Выявлено, что D07AC01 «Глюкокортикоиды для местного лечения заболеваний кожи» – 9,5% (Белодерм 30,0, Акридерм 15,0, Целестодерм-В 30,0), D07CC01 «Глюкокортикоиды в комбинации с антибиотиком для местного лечения заболеваний кожи» – 9,5% (Белогент 15,0; Акридерм ГЕНТА 30,0), R06AX13 «Антигистаминные препараты системного действия» – 8,6% (Лоратадин-Акрихин 10,0 №30, Кларисенс 10,0 №10).

Проведен структурный анализ ассортимента ЛС, применяемых для лечения псориаза по составу.



*Рис. 2. Сегментация лекарственных средств по составу, %*

Установлено, что монокомпонентными ЛС являются 69,8% (Белодерм 30,0, Элоком 0,1% 15,0, Дермовейт 0,05% 25,0), комбинированными - 30,2% (Пимафукур 15,0, Тридерм 15,0, Аспаркам №20).

Проанализирован ассортимент ЛС, применяемых для лечения псориаза по происхождению.

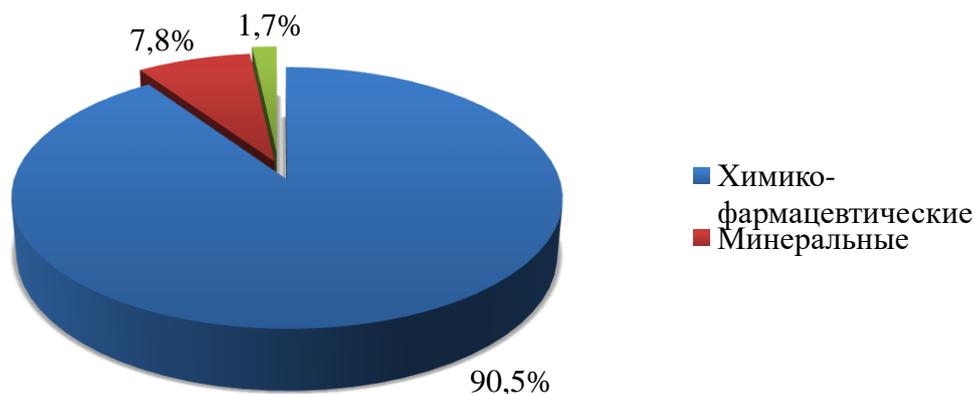


Рис. 3. Сегментация лекарственных средств по происхождению, %

Выяснено, что химико-фармацевтические ЛС составляют 90,5% (Гидрокортизон 1%-15,0, Низорал 2%-60мл), минеральные – 7,8% (Кальция глюконат 0,5 №10, Аспаркам №20), растительного происхождения – 1,28% (Берестин 100,0).

Изучен ассортимент ЛС, применяемых для лечения псориаза, по производителю.

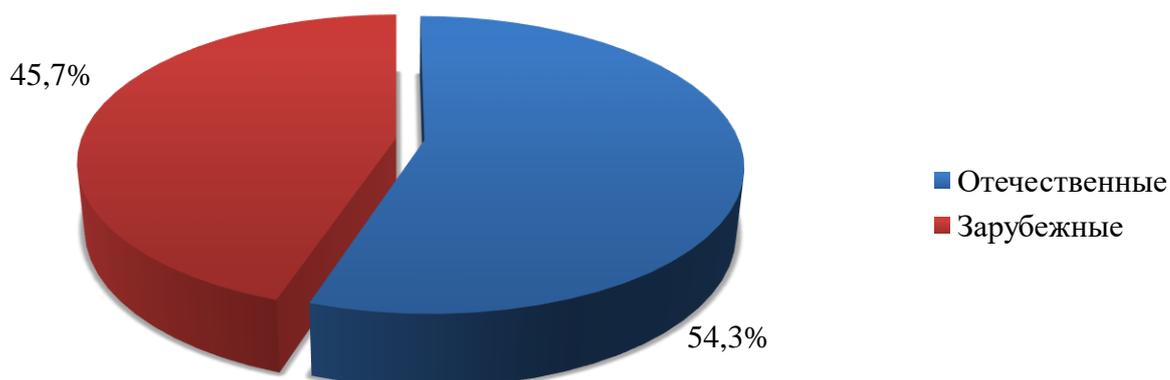


Рис. 4. Сегментация лекарственных средств по производителю, %

Установлено, что ЛС отечественного производства составляет 54,3% (Синафлан 0,025% – 10,0, Акридерм ГЕНТА – 15,0), зарубежного – 45,7% (Элоком 0,1% – 15,0, Тридерм – 15,0).

Исследован ассортимент ЛС, применяемых для лечения псориаза, по лекарственным формам.

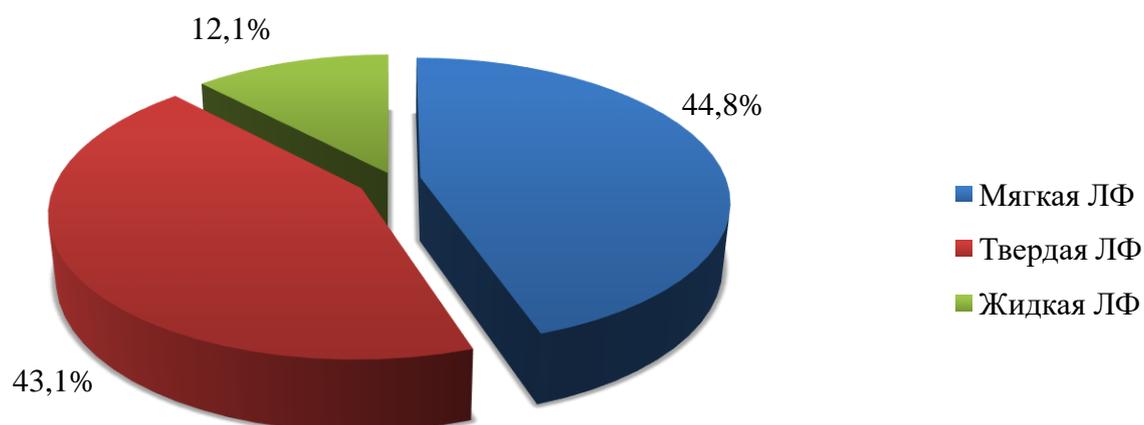


Рис. 5. Сегментация лекарственных средств по лекарственным формам, %

Выявлено, что среди ассортимента ЛС занимают мягкие ЛФ – 44,8% (Белосалик – 30,0, Адвантан 0,1% – 15,0), твердые – 43,1% (Юнидок Соллютаб 100,0 №40, Аевит 0,2 №20), жидкие – 12,1% (Белосалик 60мл, Скин-кап 1% 150мл, Кларитин 60мл).

Проанализирован ассортимент лекарственных препаратов, применяемых для лечения псориаза по видам мягких ЛФ.

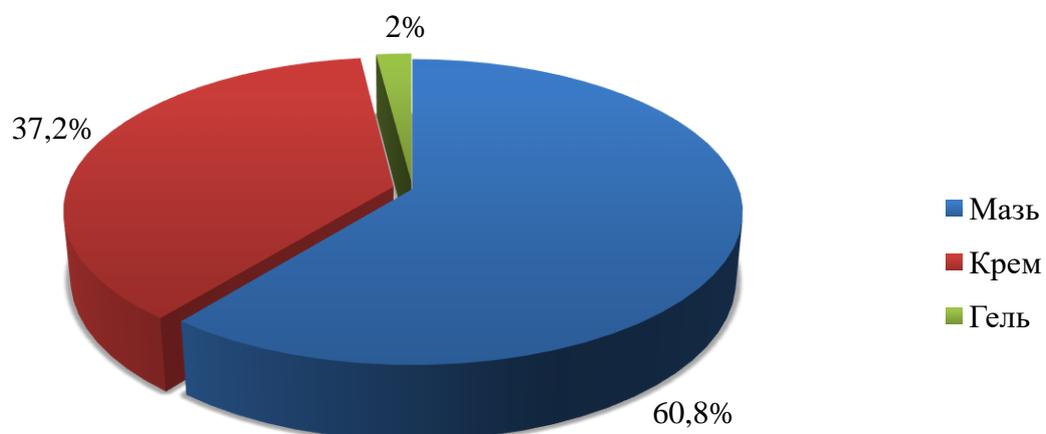


Рис. 6. Анализ мягких лекарственных форм, %

Выяснено, что мази представлены 60,8% (Элоком 0,1% – 15,0, Синафлан 0,025% – 10,0), кремы – 37,2% (Пимафукорт – 15,0, Акридерм – ГЕНТА 15,0), гели – 2% (Флуцинар 0,025% – 15,0).

Исследован ассортимент ЛС, применяемых для лечения псориаза по отпуску из аптек.

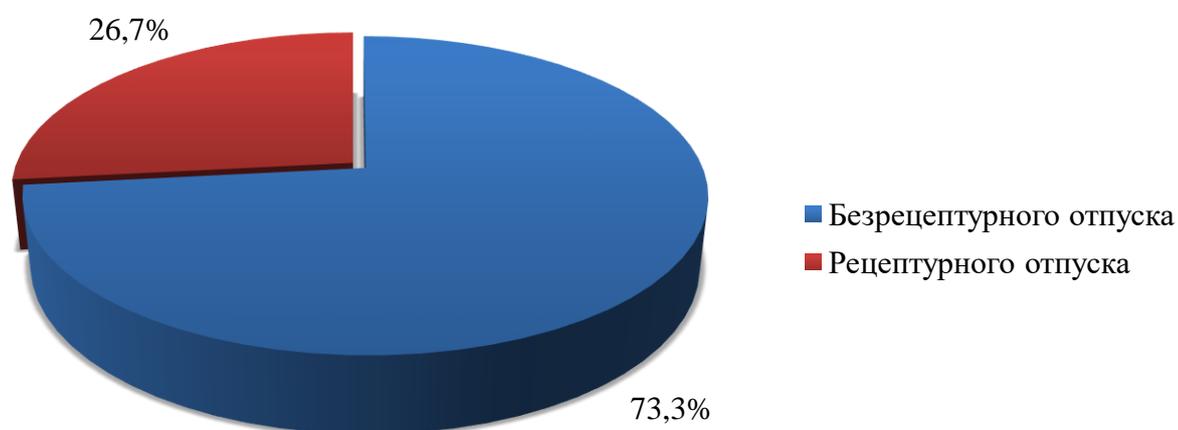


Рис. 7. Сегментация лекарственных средств по отпуску из аптек, %

Установлено, ЛС безрецептурного отпуска – 73,3% (Фенкарол 0,025 №20, Себозол 100мл), рецептурного отпуска – 26,7% (Дермовейт 0,05% – 15,0, Целестодерм-В+Гентамицин 30,0).

Проведен структурный анализ ассортимента ЛС, применяемых для лечения псориаза по дате регистрации.

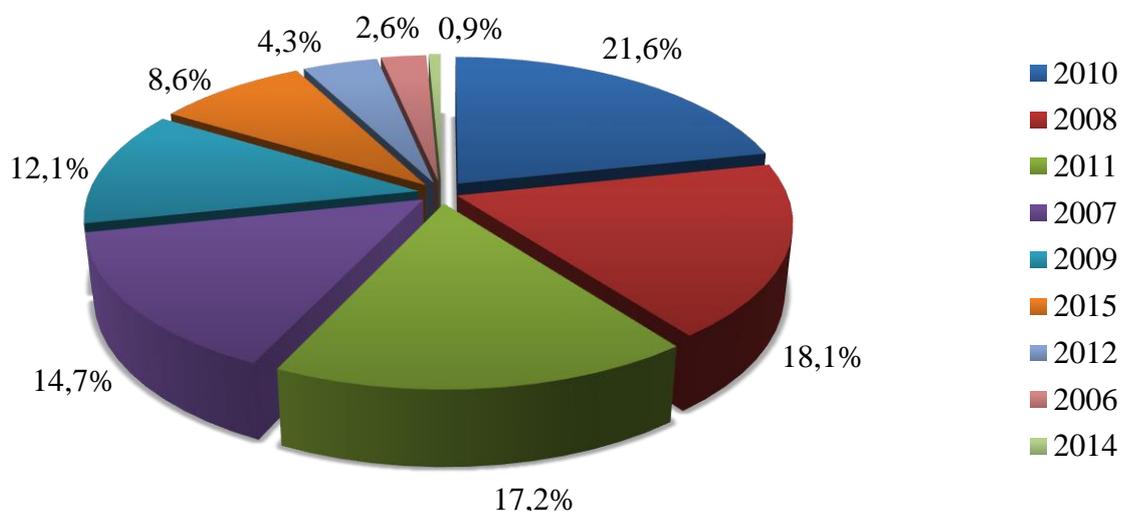


Рис. 8. Сегментация лекарственных средств по дате регистрации, %

Установлено, что наибольшее количество препаратов в РФ зарегистрировано в 2010 году – 21,6% (Белосалик 50мл, Акридерм ГЕНТА 30,0), 2008 год – 18,1% и (Тридерм – 15,0, Преднизолон 0,5% – 10,0), 2011 год – 17,2% (Целестодерм-В – 15,0, Низорал 2% 120мл).

### **Выводы**

Проведен маркетинговый анализа ассортимента ЛС, установлено, что информационный массив представлен 116 ТН и 33 МНН. Выявлено, что ЛС групп D07AC01 «Глюкокортикоиды для местного лечения заболеваний кожи» (Белодерм 30,0, Акридерм 15,0, Целестодерм-В 30,0) и D07CC01 «Глюкокортикоиды в комбинации с антибиотиком для местного лечения заболеваний кожи» (Белогент 15,0, Акридерм ГЕНТА) составляют по 9,5% соответственно; монокомпонентные ЛС – 69,8% (Белодерм – 30,0, Элоком 0,1% – 15,0, Дермовейт 0,05% – 25,0); химико-фармацевтические ЛС – 90,5% (Гидрокортизон 1% – 15,0, Низорал 2% 60мл); лекарства отечественного производства – 54,3% (Синафлан 0,025% – 10,0, Акридерм ГЕНТА – 15,0); мягкие ЛФ – 44,8% (Белосалик – 30,0, Адвантан 0,1% – 15,0); мази – 60,8% (Элоком 0,1% – 15,0, Синафлан 0,025% – 10,0); ЛС безрецептурного отпуска – 73,3% (Фенкарол 0,025 №20, Себозол 100мл); зарегистрированные в 2010 году – 24,6% (Белосалик 50мл, Акридерм Гента – 30,0).

### **Список литературы**

1. Кубанова А. А., Кубанов А. А., Мелехина Л. Е., Богданова Е. В. Анализ состояния заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации за период 2003–2016 гг. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2017 – № 6. – С.22–33. [Kubanova A.A., Kubanov A.A., Melekhina L.E., Bogdanova E.V. Analiz sostoyaniya zabolevaemosti boleznyami kozhi i podkozhnoy kletchatki v Rossiyskoy Federatsii za period 2003–2016 gg. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2017;6:22-33(in Russ.)].
2. Довжанский С.И. Псориаз. – Саратов: Изд-во Саратовского ун-та, 2016. [Dovzhanskiy S.I. *Psoriasis*. Saratov.: Izdatei'stvo Saratovskogo un-ta, 2016. (in Russ.)].
3. Родионов А.Н. Дерматокосметология. Поражение кожи лица и слизистых/

А.Н. Родионов. - СПб: Наука и Техника, 2013. [RodionovA.N. *Dermatocosmetologiya. Porazheniekozhilitsaislizistykh*St.Petersburg:: Nauka iTekhnika, 2013. (in Russ.)].

4. Государственный реестр лекарственных средств, 2018. [Gosudarstvennyyreestrlekarstvennykhsredstv, 2018. (inRuss.)]. Доступно по: <http://www.grls.rosminzdrav.ru/default.aspx> Ссылка активна на 03.11.2019.

5. Знаменская Л.Ф., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В., Минеева А.А. Заболеваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации.// Вестник дерматологии и венерологии –2012. – № 5. –С.20-29. [ZnamenskayaL.F., MelekhinaL.E., BogdanovaE.V., MineevaA.A. Zabolevaemost' irasprostranennost' psoriazavRossiyskoyFederatsii. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2012;(5):20-29.(in Russ.)].

6. Мишина О.С. Тенденции заболеваемости псориазом в России в 2009-2013г. //Вестник новых медицинских технологий. – 2015. – № 1(41). –С.25-28. [Mishina O.S. Tendentsii zabolevaemosti psoriazom v Rossii v 2009-2013g. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy*. 2015;1(41):25-28(In Russ.)]

УДК 6.61.614.614.3.614.31

**АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ  
НА ЛОКАЛЬНОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ,  
ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ПРОСТУДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Белоусова О.В.<sup>1</sup>, Петухова Е.П.<sup>2</sup>, Белоусов Е.А.<sup>1</sup>, Карасёв М.М.<sup>3</sup>,  
Белоусов П.Е.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», (308015, г. Белгород, ул. Победы, 85). [belousovea@mail.ru](mailto:belousovea@mail.ru)

<sup>2</sup>Брянский областной казачий институт технологий и управления (филиал) ФГБОУ ВО «Московский государственный университет технологий и управления имени К.Г. Разумовского (Первый казачий университет)» (243302, Брянская область, г. Унеча, ул. Комсомольская, 3А). [ppesp@yandex.ru](mailto:ppesp@yandex.ru)

<sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева» (302026, г. Орёл, ул. Комсомольская, 95). [mikhailkarasev@yandex.ru](mailto:mikhailkarasev@yandex.ru)

<sup>4</sup>ГАЗУЗ «Брянская областная больница №1», (241028, г. Брянск, пр. Станке Димитрова, 86). [st.pasha031@mail.ru](mailto:st.pasha031@mail.ru)

В статье представлены результаты маркетингового исследования ассортимента лекарственных средств, применяемых для лечения и профилактики острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). Сформирован информационный массив лекарственных средств, применяемых для профилактики и лечения ОРВИ. Проведен анализ ЛС на локальном фармацевтическом рынке по АТХ-классификации, странам производителям, производственной принадлежности, форме выпуска, датам регистрации.

**Ключевые слова:** острые респираторные вирусные инфекции, страна производитель, локальный рынок, частота заболеваний.

**ANALYSIS OF THE RANGE OF MEDICINES ON THE LOCAL  
PHARMACEUTICAL MARKET APPLICABLE IN TREATING COLD  
INFECTIONS**

Belousova O.V.<sup>1</sup>, Petuchova E.P.<sup>2</sup>, Belousov E.A.<sup>1</sup>, Karasev M.M.<sup>3</sup>,  
Belousov P.E.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> *Belgorod State University, (308015 Belgorod, st. Pobedy, 85 ).*

*belousovaov31@mail.ru*

<sup>2</sup> *Bryansk Regional Cossack Institute of Technology and Management  
(branch) Moscow State University of Technology and Management named after  
K.G. Razumovsky (243302, Bryansk region, Unecha, st. Komsomolskaya , 3A).*

*[ppesp@yandex.ru](mailto:ppesp@yandex.ru)*

<sup>3</sup> *Orel State University named after I.S. Turgenev (302026, Orel, st.  
Komsomolskaya, 95). [mikhailkarasev@yandex.ru](mailto:mikhailkarasev@yandex.ru)*

<sup>4</sup> *GAUZ "Bryansk Regional Hospital №1", (241028, Bryansk, ave. Stanke  
Dimitrova, 86). [st.pasha031@mail.ru](mailto:st.pasha031@mail.ru)*

This article presents the results of a marketing study of the range of drugs used for treating and preventing acute respiratory viral infections.

During the study, an information array of drugs used for the prevention and treatment for acute respiratory viral infections was formed. The analysis of drugs on the local pharmaceutical market has been completed according to ATX classification, countries of manufacture, manufacturing equipment, form of release, dates of registration. The conclusions are made.

**Key words:** acute respiratory viral infections, country of origin, local market, disease frequency.

### **Введение**

В настоящее время ОРВИ занимают не самое последнее место в структуре сезонных заболеваний и требуют к себе повышенного внимания как медицинских, так и фармацевтических организаций из-за высокой скорости передачи воздушно-капельным путём и значительного процента возможных осложнений [1, 2, 4]. С приходом отрицательных температур заболеваемость ОРВИ увеличивается в значительной степени в местах скопления людской массы, это школы, детские сады, промышленные предприятия, творческие коллективы и др. В первую очередь сильно страдают люди детского и преклонного возраста [3, 6]. Первые из-за не до конца сформировавшейся иммунной системы, а вторые из-за невозможности адекватно со стороны макроорганизма в силу перенесенных ранее заболеваний адекватно среагировать на инфекцию. В эти периоды наблюдается повышенная обращаемость данных категорий граждан в медицинские и фармацевтические организации. Многие, особенно пожилые люди, часто вынуждены прибегать к услугам больничных стационаров. В это время наблюдается всплеск потребления лекарственных препаратов для профилактики и лечения острых респираторных вирусных заболеваний, а также возможных последствий перенесенных заболеваний [3, 5, 7].

За прошедший год зарегистрировано более 250 тысяч случаев заболевания острыми респираторными инфекциями, что составляет более 85% от всех заболевших вирусными инфекциями, и количество случаев заражения остаётся стабильным. Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости гриппом и ОРВИ в целом не выходит за рамки статистических отклонений в целом и характеризует уровень заболевания у населения всех групп и возрастов как стабильный [4, 6].

На современном этапе для лечения и профилактики ОРВИ существует целый комплекс лекарственных препаратов. В связи с этим актуальным является изучение ассортимента лекарственных препаратов для лечения и

профилактики острых респираторных вирусных инфекций, так как их своевременное и рациональное использование позволит снизить риск и частоту распространения этого заболевания [1, 2, 7].

### Основное содержание

*Объектами исследования являются:* Прайс-листы аптечной организации ООО «Аптека 2+» г. Брянск.

*Методы исследования:* структурный, графический, контент-анализ.

*Результаты и обсуждения.* На первом этапе сформирован информационный массив, состоящий из 183 торговых наименований.

Далее проведен анализ по АТХ-классификации.

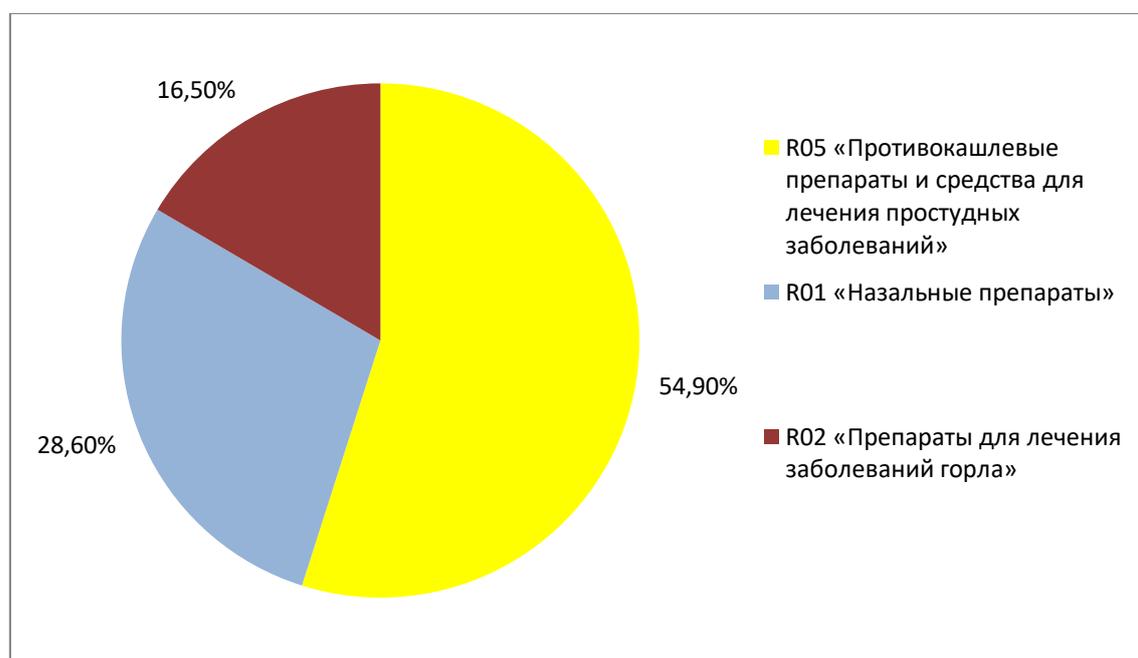


Рис. 1. Сегментация ассортимента по АТХ - классификации, %

Установлено, что препараты группы R05 «Противокашлевые препараты и средства для лечения простудных заболеваний» представлены 54,9% ассортимента, препараты группы R01 «Назальные препараты» – 28,6%, R02 «Препараты для лечения заболеваний горла» – 16,5%.

Проведен анализ по производственному признаку.

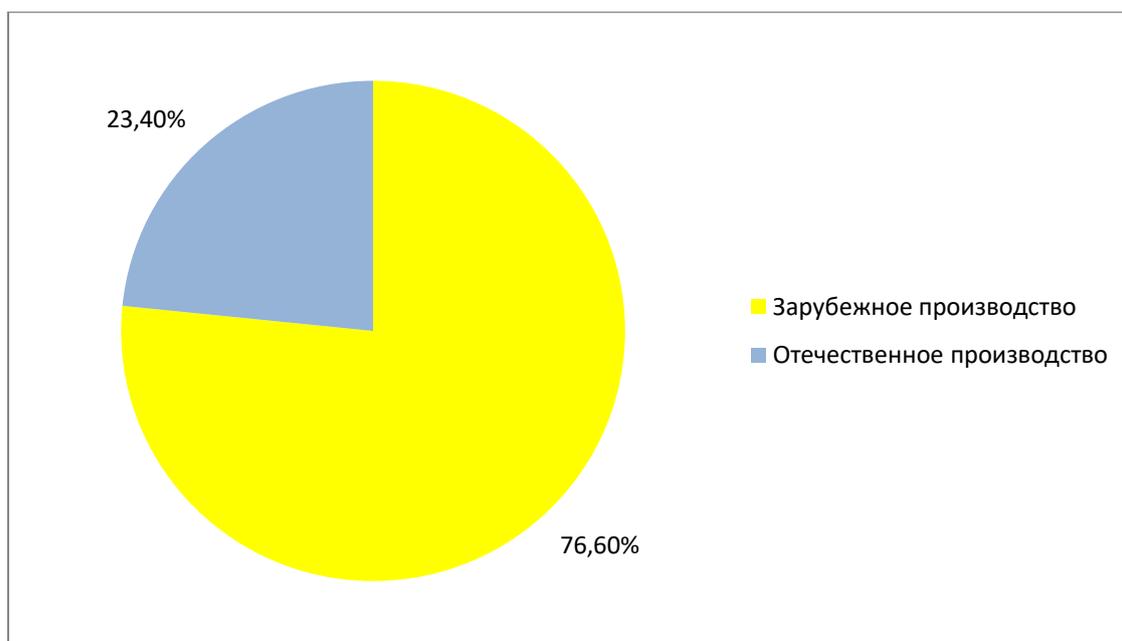


Рис. 2. Сегментация ассортимента по производственному признаку, %

Установлено, что доля зарубежных производителей составляет 76,6%, что соответствует 140 торговым наименованиям.

Проведен анализ лекарственных средств для лечения и профилактики ОРВИ по странам-производителям.

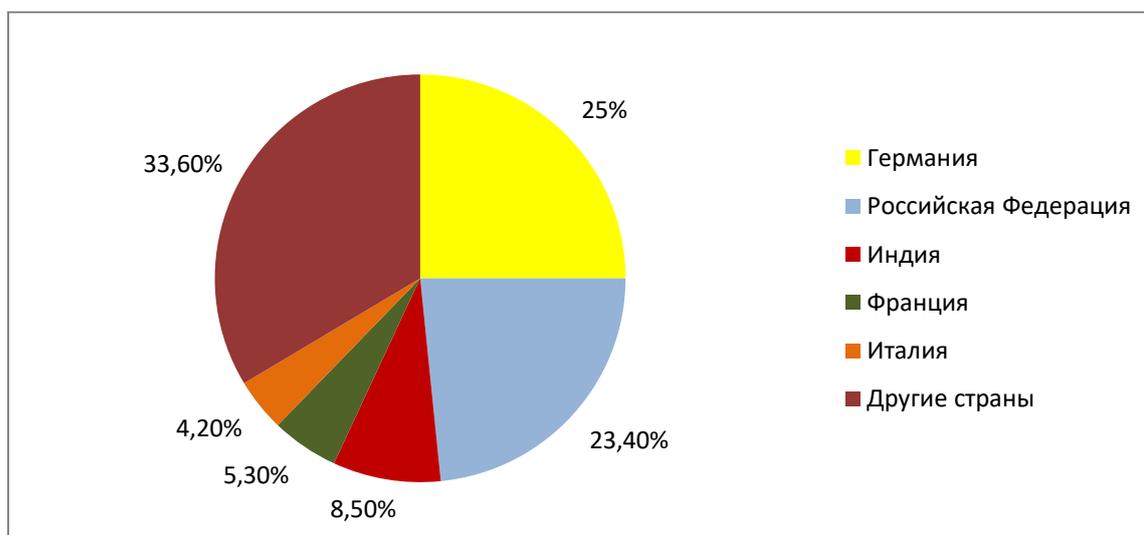
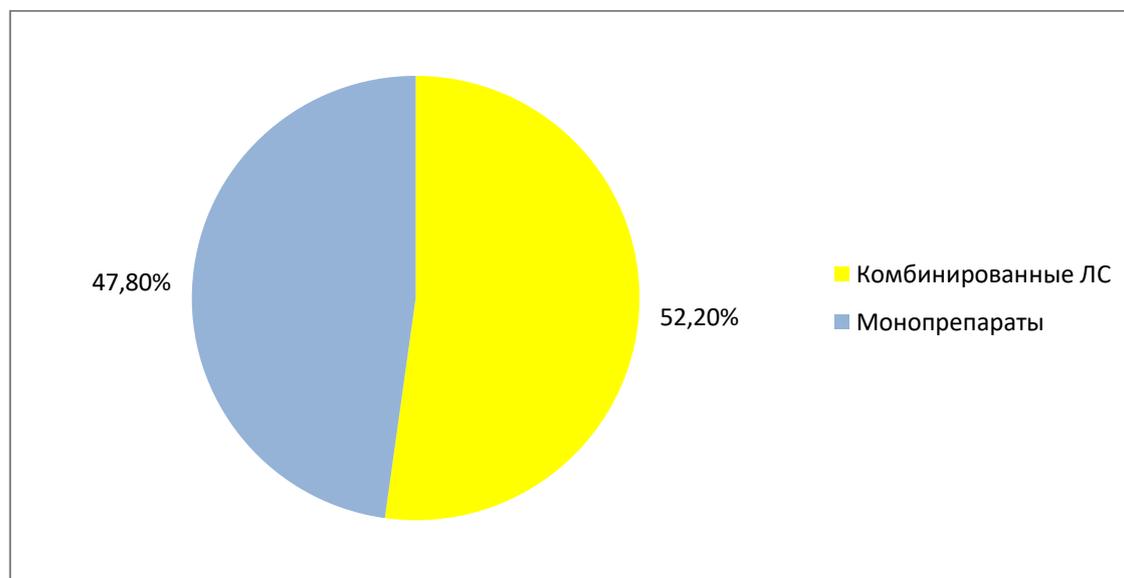


Рис. 3. Сегментация ассортимента по странам-производителям, %

Выявлено, что представленные на локальном рынке ЛС произведены 30 странами-производителями. Установлено, что Германия представила 46 препаратов (25%), Российская Федерация – 43 препарата (23,4%), Индия – 16 (8,5%), Франция – 10 (5,3%), Италия – 8 (4,2%). На все остальные страны:

Словения, Швейцария, Хорватия, Чехия, Болгария, Украина, Канада, США, Великобритания, Сербия, Нидерланды, Эстония, Венгрия, Румыния, Израиль, Латвия и другие – приходится 60 (33,6%).

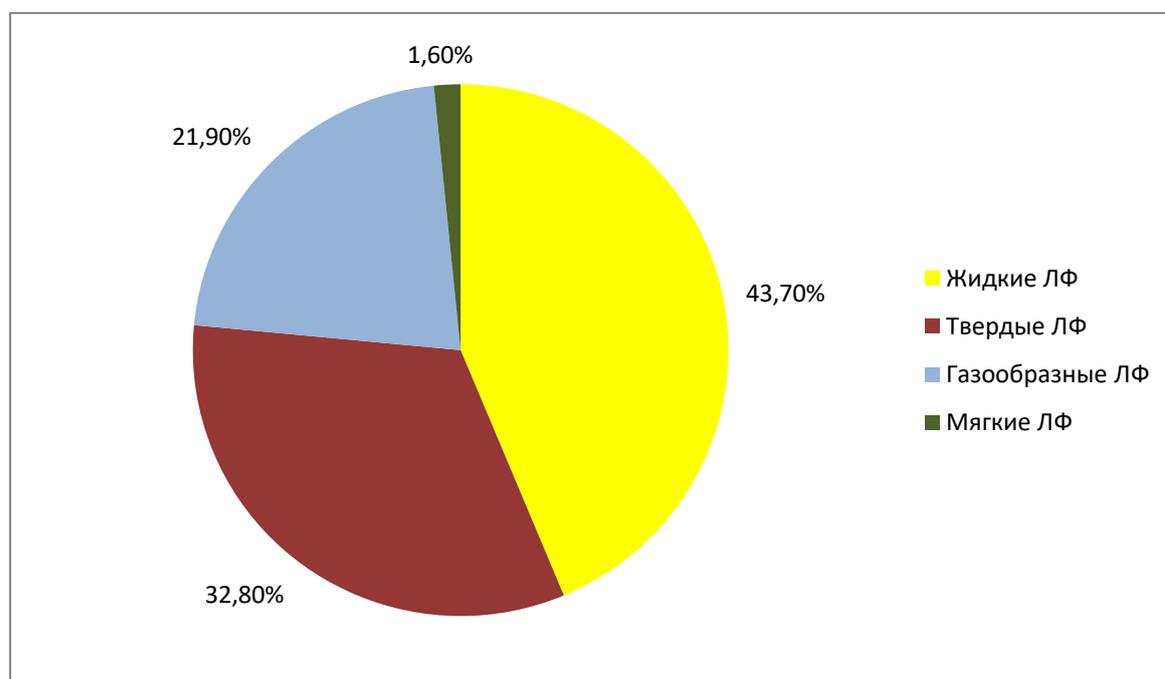
Проанализирован ассортимент по составу.



*Рис. 4. Сегментация ассортимента по составу, %*

Выявлено, что комбинированные ЛС занимают 52,2%, монопрепараты – 47,8%.

Проведена сегментация ассортимента по лекарственным формам.



*Рис. 5. Сегментация ассортимента по формам выпуска, %*

Анализ ассортимента ЛС по формам выпуска показал, что жидкие лекарственные формы составляют 43,7%, твердые – 32,8%, газообразные лекарственные формы – 21,9%, мягкие лекарственные формы – 1,6%.

Далее проанализирован ассортимент жидких лекарственных форм.

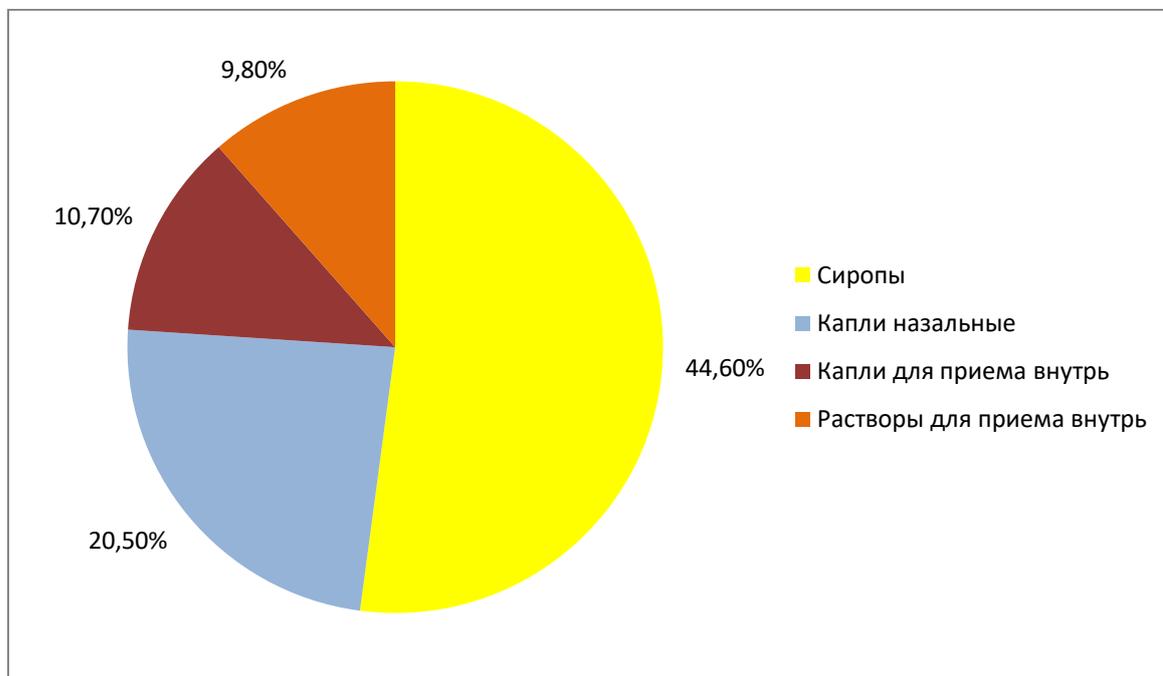


Рис. 6. Сегментация ассортимента жидких лекарственных форм, %

Установлено, что сиропы занимают 44,6%, капли назальные – 20,5%, капли для приема внутрь – 10,7%, растворы для приема внутрь – 9,8%.

Проведена градация ассортимента по датам регистрации.

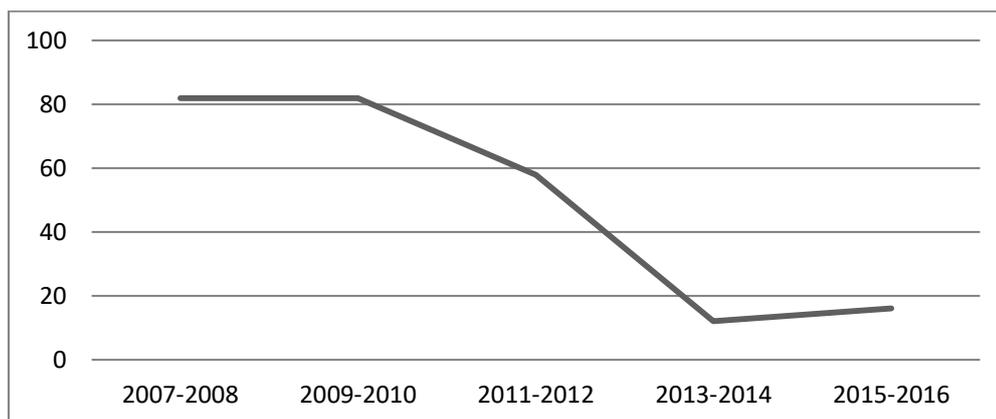


Рис. 7. Динамика регистрации лекарственных препаратов

Анализ регистрационных номеров ЛС для симптоматического лечения и профилактики ОРВИ показал, что наибольшее количество препаратов зарегистрировано в периоды с 2007 по 2010 годы (максимум в 2008 году – 24,8%).

### **Выводы**

Таким образом, анализ показал, что аптечная организация ООО «Аптека 2+» города Брянска располагает 183 торговыми наименованиями ЛС для лечения и профилактики ОРВИ, что препараты группы R05 «Противокашлевые препараты и средства для лечения простудных заболеваний» представлены 54,9% ассортимента, доля зарубежных производителей составляет 76,6%, среди которых Германия занимает 25%, комбинированные ЛС занимают 52,2%, жидкие лекарственные формы составляют 43,7%, сиропы занимают 44,6%, зарегистрировано в 2008 году – 24,8%. За последние годы количество препаратов для лечения и профилактики ОРВИ увеличилось на 28 препаратов. Прирост составил 11,32%, что говорит о востребованности их на фармацевтическом рынке.

### **Список литературы**

1. Зайцев А. А., Горелов А. В., Клочков О. И. Острые респираторные вирусные инфекции: перспективы противовирусной терапии. //Вестник семейной медицины. – 2009. – №. 5. –С. 2-8. [Zaytsev A. A., Gorelov A. V., Klochkov O. I. Ostrye respiratornye virusnye infektsii: perspektivy protivovirusnoy terapii .*Vestnik semeynoy meditsiny*. 2009; 5: 2-8. (in Russ.)].
2. Кареткина Г. Н. Применение индукторов интерферонов для лечения и профилактики гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций. //Лечащий врач. –2009. – Т. 10. – С. 1-5. [Karetkina G. N. Primenenie induktorov interferonov dlya lecheniya i profilaktiki grippa i drugikh ostrykh respiratornykh virusnykh infektsiy. *Lechashchiy vrach*. 2009;10: 1-5 (in Russ.)].
3. Карпова Е. П., Вагина Е. Е., Бочоришвили Г. В. Особенности терапии острых инфекционно–воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей у детей и подростков.// Русский медицинский журнал. –2011. –Т. 19. –№. 3. –С.2-3. [Karpova E. P.,

Vagina E. E., Vochorishvili G. V. Osobennosti terapii ostrykh infektsionno–vospalitel'nykh zabolovaniy verkhnikh dykhatel'nykh putey u detey i podrostkov. *Russkiy meditsinskiy zhurnal*. 2011; 19 (3): 2-3.(in Russ.)].

4. Лыткина И. Н., Малышев Н. А. Профилактика и лечение гриппа и острых респираторных вирусных инфекций среди эпидемиологически значимых групп населения. //Лечащий врач. – 2010. –Т. 10. –С. 66-69. [Lytkina I. N., Malyshev N. A. Profilaktika i lechenie gripa i ostrykh respiratornykh virusnykh infektsiy sredi epidemiologicheskii znachimykh grupp naseleniya. *Lechashchiy vrach*. 2010; 10: 66-69.(in Russ.)].

5. Малкоч А. В., Анастасевич Л. А., Боткина А. С. Острые респираторные заболевания и возможности иммуномодулирующей терапии. //Лечащий врач. –2008. –Т. 5. –С. 16-23. [Malkoch A. V., Anastasevich L. A., Botkina A. S. Ostrye respiratornye zabolvaniya i vozmozhnosti immunomoduliruyushchey terapii. *Lechashchiy vrach*. 2008; 5:16-23. (in Russ.)].

6. Мельников О. А., Аверкиева Л. В. Современные препараты для лечения ОРВИ и гриппа. //Лечащий Врач. –2008. –№ 8. – С.5-8. [Mel'nikov O. A., Averkieva L. V. Sovremennye preparaty dlya lecheniya ORVI i gripa. *Lechashchiy Vrach*. 2008;8:5-8. (in Russ.)].

7. Смирнов В. С. Современные средства профилактики и лечения гриппа и ОРВИ – СПб: ФАРМиндекс. 2008. [Smirnov V. S. Sovremennye sredstva profilaktiki i lecheniya gripa i ORVI . St.Petersburg: FARMindeks. 2008. (in Russ.)].

УДК 6.61.614.614.3.614.31

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА РОССИЙСКОГО  
И РЕГИОНАЛЬНОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКОВ  
ВИТАМИНОВ ДЛЯ ДЕТЕЙ**

Белоусов Е.А.<sup>1</sup>, Карасёв М.М.<sup>2</sup>, Белоусова О.В.<sup>1</sup>, Петухова Е.П.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», (308015, г. Белгород, ул. Победы, 85).  
belousovea@mail.ru

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет им. И.С. Тургенева» (302026, г. Орёл, ул. Комсомольская, 95). mikhailkarasev@yandex.ru

<sup>3</sup>Брянский областной казачий институт технологий и управления (филиал) ФГБОУ ВО «Московский государственный университет технологий и управления имени К.Г. Разумовского (Первый казачий университет)» (243302, Брянская область, г. Унеча, ул. Комсомольская, 3А).  
ppesp@yandex.ru

В данной статье представлены результаты маркетингового исследования ассортимента российского и регионального аптечных рынков витаминов для детей. Проведен сравнительный анализ ассортимента российского и регионального аптечных рынков по производственному признаку, странам-производителям, возрастным категориям, датам регистрации, видам лекарственных форм, компаниям-производителям. Сделаны выводы.

**Ключевые слова:** витамины для детей, маркетинговые исследования, оптимизация ассортимента, компании-производители.

**ANALYSING THE PHARMACEUTICAL MARKET OF VITAMINS  
FOR CHILDEN IN RUSSIA IN GENERAL AND IN ITS REGIONS IN  
PARTICULAR**

Belousov E.A.<sup>1</sup>, Karasev M.M.<sup>2</sup>, Belousova O.V.<sup>1</sup>, Petuchova E.P.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Belgorod State University, (308015, Belgorod, st. Pobedy, 85 ).*

*belousovea@mail.ru*

<sup>2</sup>*State University named after I.S. Turgenev (302026, Orel, st. Komsomolskaya, 95). mikhailkarasev@yandex.ru*

<sup>3</sup>*Bryansk Regional Cossack Institute of Technology and Management (branch) Moscow State University of Technology and Management named after K.G. Razumovsky (243302, Bryansk region, Unecha, st. Komsomolskaya , 3A). ppep@yandex.ru*

This article presents the results of a marketing study of the assortment of Russian and regional pharmacy markets of vitamins for children.

A comparative analysis of the assortment of Russian and regional pharmacy markets has been completed as to the producer, manufacturer, age categories, registration dates, drug form, manufacturing companies. The conclusions are drawn.

**Key words:** vitamins for children, marketing research, assortment optimization, manufacturing companies.

**Введение**

В 1880 г. русский врач Н.И. Лунин в опытах с белыми мышами установил, что кроме белков, жиров, углеводов и минеральных веществ организму жизненно необходимы дополнительные пищевые элементы, находящиеся в натуральных продуктах. В настоящее время в международной классификации принято называть витамины соответственно химическому

строению. В настоящее время известно более 50 витаминов и витаминоподобных веществ [1, 3, 6].

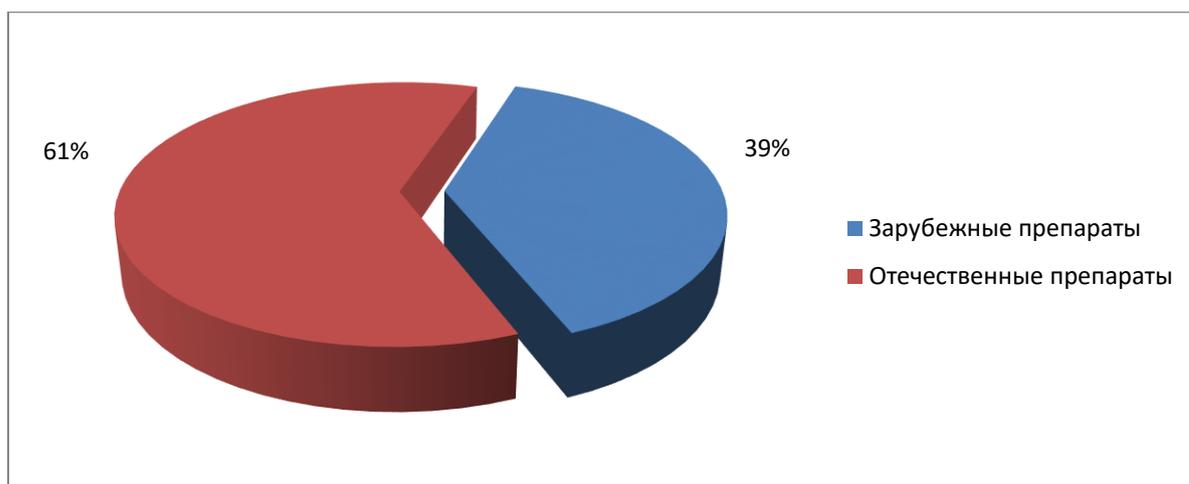
Витамины необходимы для процессов роста, поддержания нормального кроветворения и половой функции, нормальной деятельности нервной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, желез внутренней секреции, поддержания зрения и нормальных свойств кожи. В основе высокой биологической активности витаминов лежит их участие в построении ферментных систем в качестве коферментов [2, 3, 4].

В отличие от белков, жиров, углеводов витамины не являются источником энергии или пластического материала, используемого для образования или обновления органов и тканей. Их роль заключается в обеспечении организма набором специфических регуляторов физиологических и метаболических процессов, лежащих в основе реализации большинства жизненно важных функций организма и работы его органов и систем [1, 5].

### **Основное содержание**

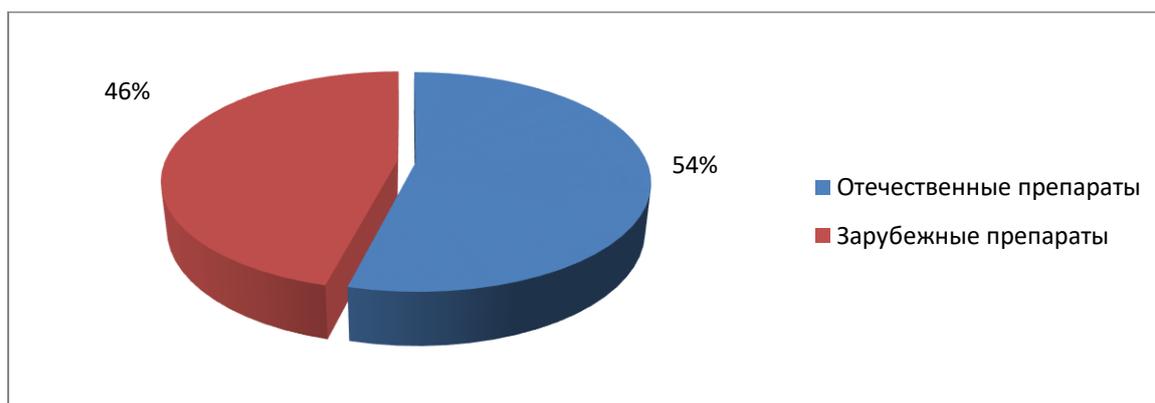
В ходе анализа источников информации составлен информационный массив, ассортимент российского рынка витаминов, который составил 71 средство, фармацевтический рынок Брянской области представлен 67 витаминными средствами.

Анализ ассортимента российского рынка по производственному признаку установил, что витаминные средства отечественного производства составляют 61 %, зарубежные – 39%.



*Рис. 1. Структура ассортимента витаминных средств на российском рынке по производственному признаку, %*

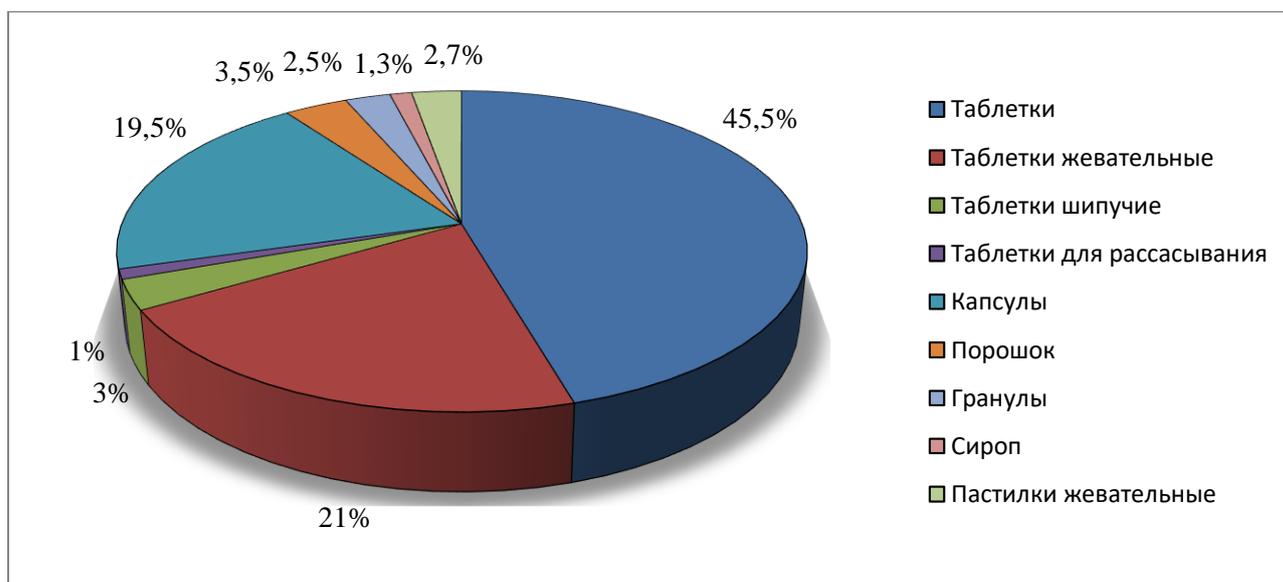
Анализ ассортимента регионального рынка по производственному признаку показывает лидирующую позицию витаминных средств отечественных производителей (54%), в то время как на долю зарубежных приходится 46%.



*Рис. 2. Структура ассортимента витаминных средств на региональном рынке по производственному признаку, %*

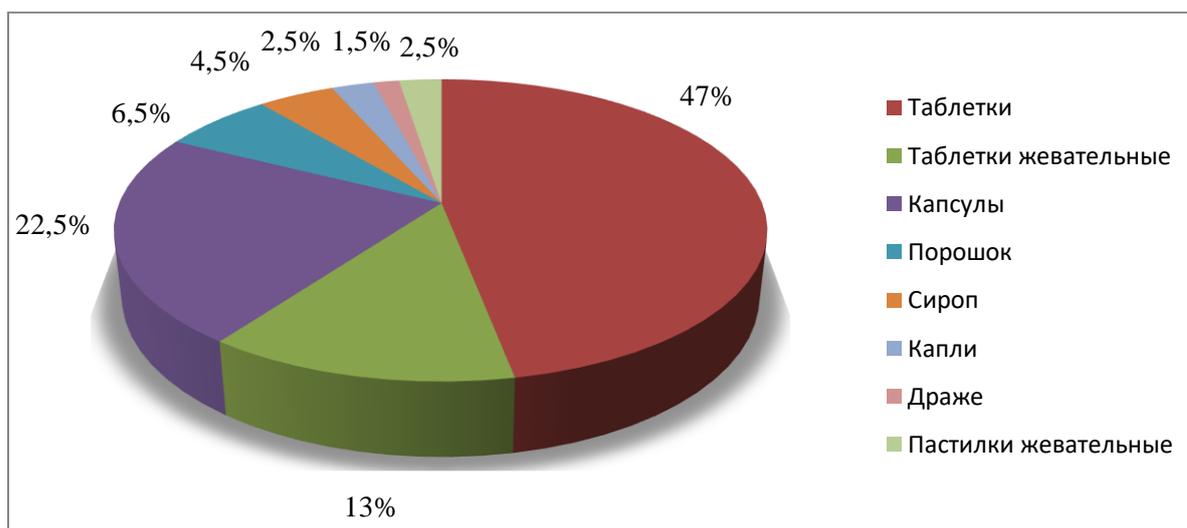
Анализ ассортимента российского рынка показал, что таблетки составляют 45,5%, таблетки жевательные – 21%, капсулы – 19,5%, пастилки жевательные – 2,7%, сиропы – 1,3%, гранулы – 2,5%, порошки – 3,5%, таблетки для рассасывания – 1%, таблетки шипучие – 3%. Среди

представленных лекарственных форм лидируют таблетки, таблетки жевательные, порошки и капсулы.



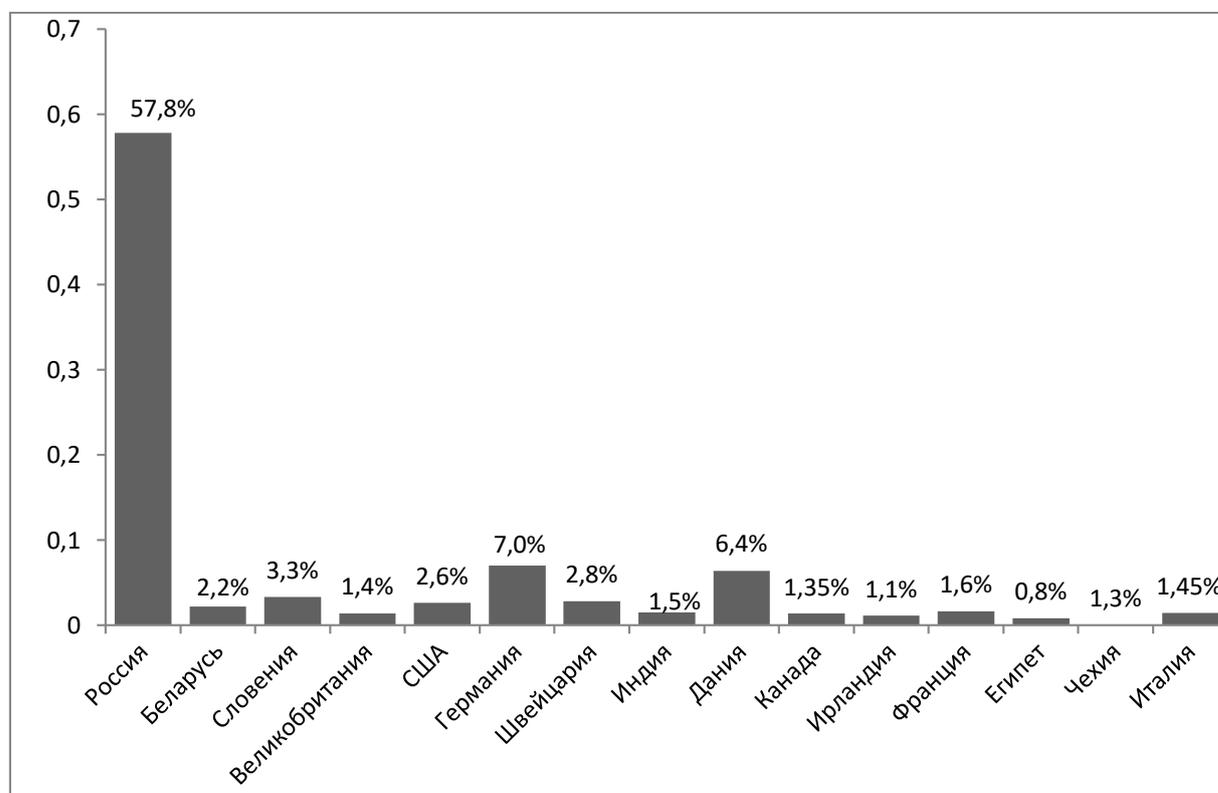
*Рис. 3. Сегментация ассортимента витаминных средств по виду лекарственной формы на российском рынке, %*

Анализ ассортимента на региональном рынке показал, что ассортимент витаминных средств представлен такими лекарственными формами, как: таблетки (47%), капсулы (22,5%), пастилки жевательные (2,5%), сиропы (4,5%), порошки (6,5%), драже (1,5%), таблетки жевательные (13%), капли (1,5%). Среди представленных лекарственных форм лидируют таблетки, таблетки жевательные капсулы и порошки.



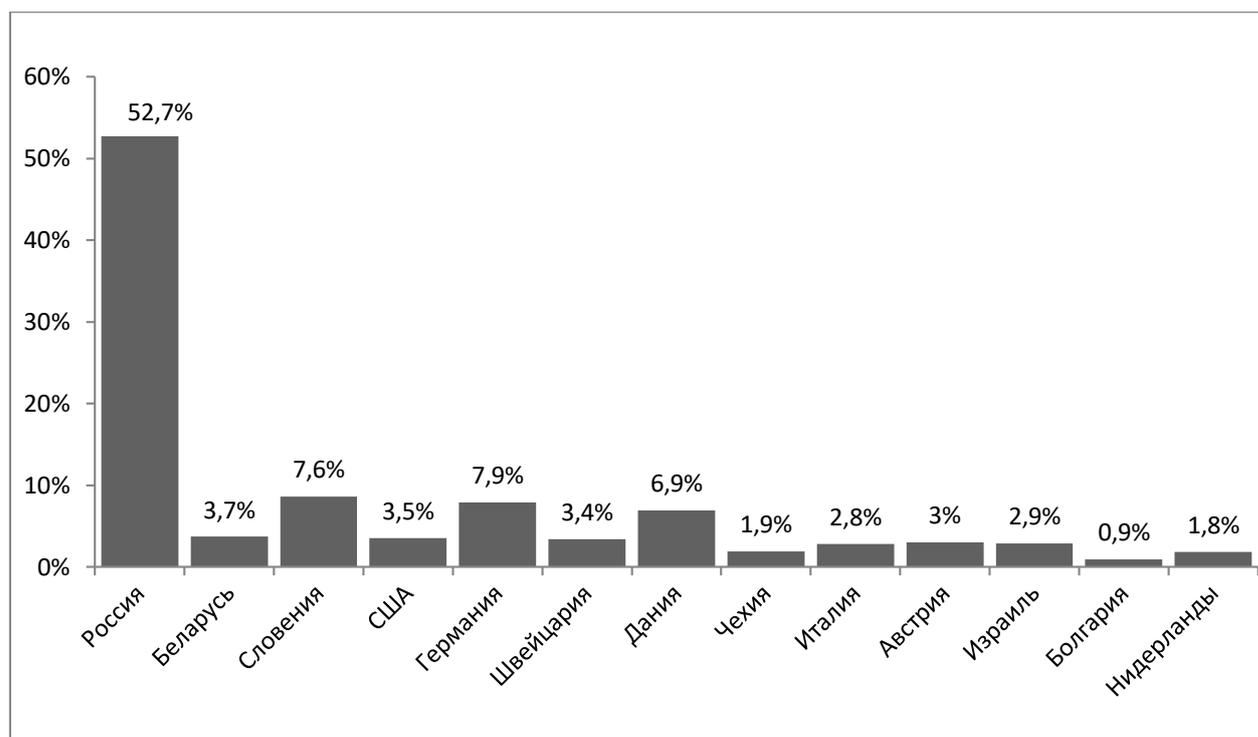
*Рис. 4. Сегментация ассортимента витаминных средств по виду лекарственной формы на региональном рынке, %*

Проведен анализ по производственному признаку в разрезе стран-производителей. Странами-лидерами на российском рынке являются: Российская Федерация (57,8%), Германия (7,0%), Дания (6,4 %).



*Рис. 5. Структура витаминных средств по производственному признаку в разрезе стран-производителей на российском рынке, %*

Странами-лидерами на региональном рынке являются Российская Федерация (52,7%), Словения (8,6%), Дания (7,5 %) и Германия (7,9%).



*Рис. 6. Структура витаминных средств по производственному признаку в разрезе стран-производителей на региональном рынке, %*

Проведен анализ по производственному признаку в разрезе компаний – производителей. Лидерами на российском рынке являются: Экомир (23,3%), Ферросан (13,8%), Внешторг Фарма (8,7%) и Алтайвитамины (6,1%).

На региональном рынке лидеры: Верваг Фарма (14,1%), KARKA (9%), Ферросан (8%), Эвалар (7%), МАЛКУТ (4,5%), Алтайвитамины (3,9%).

Анализ ассортимента российского рынка по возрастному признаку установил, что лидирующую позицию занимают витаминные средства для детей старше 12 лет – 40,5%, для детей старше 4 лет – 20,2%, для детей старше 14 лет – 14,5%, старше 5 лет и старше 2 лет – по 2,9%.

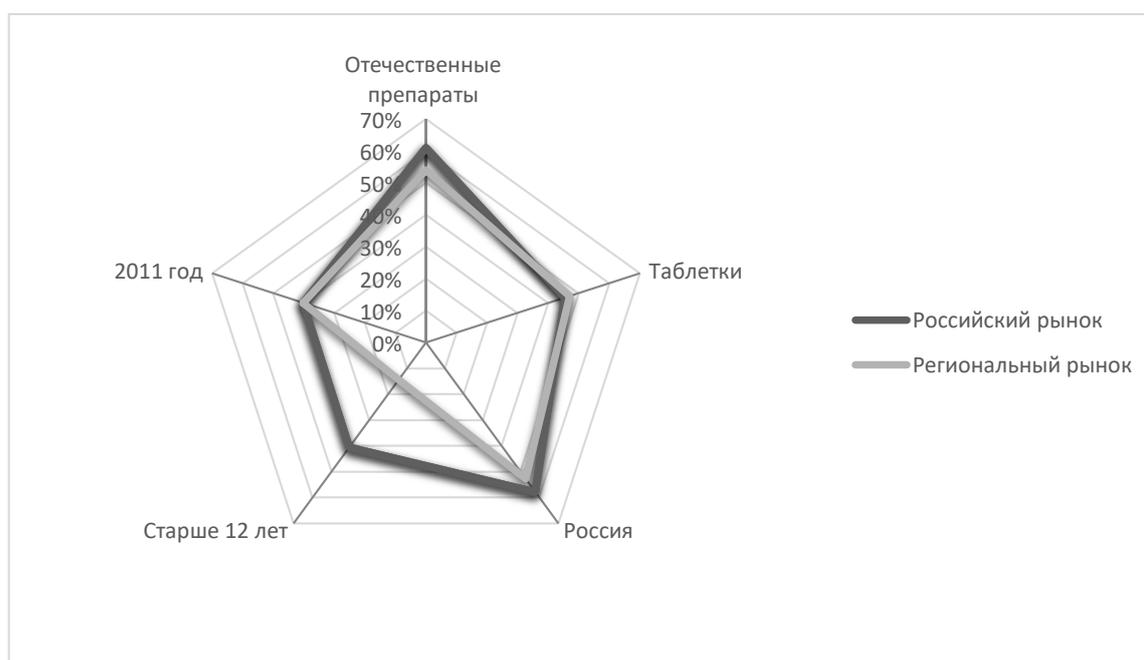
Анализ ассортимента регионального рынка по возрастному признаку установил, что лидирующую позицию занимают витаминные средства для детей старше 14 лет – 26%, для детей старше 3 лет и 12 лет – 11,5%, для детей старше 4 – 5,8%, от 3 до 14 лет и от 4 до 7 лет – 4,3%.

Установлено, что максимально часто регистрация витаминных средств проводилась в 2011, 2001, 2012 годах. Наибольшее количество регистраций было в 2011 году (40,1%).

Регистрация витаминных средств для детей, % по годам														
2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
11,8%	10,1%	1,2%	1,7%	1,5%	2,7%	0,2%	4,2%	3,0%	40,1%	11,5%	2,8%	5,5%	2,8%	0,7%

*Рис. 7. Регистрация витаминных средств по годам на российском рынке, %*

Сравнительный анализ ассортимента витаминных средств в российском и региональном сегментах фармацевтического рынка, основанный на сравнении созданных лепестковых диаграмм фармацевтического рынка по критериям: год регистрации, лекарственная форма, по возрастной категории, по стране-производителю, по производственному признаку.



*Рис. 8. Сравнительный анализ ассортимента витаминных средств на российском и региональном сегментах рынка %*

Сравнительный анализ ассортимента витаминных средств показал, что ассортимент препаратов на Российском рынке является более обширным – 71, чем на региональном – 67. На российском и региональном рынке большинство витаминных средств принадлежат отечественному производителю. Лекарственные формы представлены чаще таблетками, капсулами, таблетками и пастилками жевательными. Чаще всего витаминные средства для детей регистрировались в 2011 году. Лидирующие места среди производителей занимают компании Верваг Фарма, Экомир, Ферросан, КАРКА, Внешторг Фарма.

### Список литературы

1. Шевченко И.Ю. Формирование нарушений здоровья подростков под влиянием факторов питания // Российский педиатрический журнал. – 2008. – № 1. – С. 20-25. [Shevchenko I.Yu. Formirovaniye narusheniy zdorov'ya podrostkov pod vliyaniem faktorov pitaniya. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2008;1:20-25.(in Russ.)].
2. Захарова И.Н., Скоробогатова Е.В., Обычная Е.Г. и др. Дефицит витаминов и микроэлементов у детей и их коррекция // Педиатрия. — 2007. — Т. 86, –№ 3. — С. 112-118.[Zakharova I.N., Skorobogatova E.V., Obynochnaya E.G. i dr. Defitsit vitaminov i mikroelementov u detey i ikh korrektsiya. *Pediatriya*. 2007; 86 (3):112-118. (in Russ.)].
3. Делягин В.М. Дефицит витаминов и минералов у детей // Российский педиатрический журнал. — 2006. — № 1. — С. 48-52. [Delyagin V.M. Defitsit vitaminov i mineralov u detey. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2006;1:48-52. (in Russ.)].
4. Ребров В.Г., Громова О.А. Витамины и микроэлементы. — М., 2003. — С. 9-19. [Rebrov V.G., Gromova O.A. Vitaminy i mikroelementy. Moscow, 2003. pp. 9-19.(in Russ.)].
5. Ключников С.О., Болдырев В.Б., Демин В.Ф. Проблемы и перспективы применения биологически активных добавок в педиатрии // Вопросы детской диетологии. — 2004. — № 3. — С. 40-44. [Klyuchnikov S.O., Boldyrev V.B., Demin V.F. Problemy i perspektivy primeneniya biologicheskii aktivnykh dobavok v pediatrii. *Voprosy detskoj dietologii*. 2004;3:40-44.(in Russ.)].
6. Государственный реестр лекарственных средств, 2018. [*Gosudarstvennyy reestr lekarstvennykh sredstv*, 2018. (in Russ.)]. Доступно по: <http://www.grls.rosminzdrav.ru/default.aspx> Ссылка активна на 03.11.2019.