

Заключение. Действенным способом решения проблемы удовлетворения функций заработной платы работников муниципальных учреждений могло бы стать поднятие размера минимального оклада до федерального уровня. Мотивированный, заинтересованный сотрудник, с мощным потенциалом профессиональных умений, знаний, навыков, который умеет и хочет работать, – это базовая основа успеха любой организации. Поэтому умение руководителя управлять мотивацией своих сотрудников, т.е. создать оптимальный трудовой мотивационный фон для того, чтобы работник выполнил свою работу качественно и эффективно, является одним из самых важных умений талантливого управляющего.

Библиографический список

1. Приказ министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 28 августа 2008 г. № 462н г. Москва «О введении новой системы оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений высшего профессионального и дополнительного профессионального образования, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации».
2. Постановление Правительства Самарской области от 29 октября 2008 года № 416 «Об оплате труда работников государственных учреждений здравоохранения Самарской области».
3. Экономика: Учебник. 3-е изд., перераб. и доп. / Под ред. д-ра экон. наук проф. А.С. Булатова. – М.: Юристъ, 2001. – 896 с.

УДК 614.39/378.17]-084(045)

Обзор

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ СОВРЕМЕННОЙ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Г.Н. Шеметова – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, заведующая кафедрой поликлинической терапии, доктор медицинских наук; **Е.В. Дудрова** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, аспирант кафедры поликлинической терапии.

HEALTH MATTERS OF MODERN STUDENTS AND UNSOLVED PROBLEMS OF CURATIVE AND PROPHYLACTIC AID

G.N. Shemetova – Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovskiy, Head of Department of Polyclinic Therapy, Doctor of Medical Science; **E.V. Dudrova** – Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovskiy, Department of Polyclinic Therapy, Post-graduate.

Дата поступления – 02.06.09 г.

Дата принятия в печать – 27.10.09 г.

Г.Н. Шеметова, Е.В. Дудрова. Проблемы здоровья современной студенческой молодежи и нерешенные вопросы организации лечебно-профилактической помощи. Саратовский научно-медицинский журнал, 2009, том 5, № 4, с. 526–530.

В статье представлены данные о состоянии здоровья современной молодежи и организационные формы оказания лечебно-профилактической помощи студентам высших учебных заведений. Выявлены основные недостатки оказания медицинской помощи данному контингенту лиц. Выделены ключевые моменты в оптимизации профилактической и реабилитационной помощи студентам высших учебных заведений.

Ключевые слова: заболеваемость, студенты, молодежь, лечебно-профилактическая помощь.

G.N. Shemetova, E.V. Dudrova. Health Matters Of Modern Students And Unsolved Problems Of Curative And Prophylactic Aid. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2009, vol. 5, № 4, p. 526–530.

The health state of modern youth and the level of curative and prophylactic aid have been analyzed in the article. Basic disadvantages of rendering medical aid have been revealed. The main points of optimization of prophylactic and rehabilitation aid for students are presented in the study.

Key words: morbidity, students, youth, curative and prophylactic aid.

Состояние здоровья студентов – одной из представительных групп молодежи страны, насчитывающей свыше 3 миллионов человек [1], является актуальной проблемой современного общества. Не случайно 2009 год объявлен в России Годом молодежи. Успешная подготовка высококвалифицированных кадров, обеспечивающих устойчивость экономического развития государства, тесно связана с сохранением и укреплением здоровья, повышением работоспособности студенческой молодежи.

Вместе с тем все возрастающие требования к уровню подготовки специалистов-медиков высшего звена, обусловленные увеличением потока научной информации, внедрением инновационных образовательных технологий, приводят к перегрузке студентов. Повышается их психоэмоциональная напряженность, истощаются адаптационные резервы нервной, эндокринной и иммунной систем, возрастает вероят-

ность заболеваний. Кроме того, экономические трудности, переживаемые страной, повсеместное ухудшение экологической обстановки, крушение многих социальных устоев не могут не отразиться на образе жизни и состоянии здоровья студенчества [2, 3].

Согласно рекомендациям ВОЗ предлагается употреблять термины «молодые люди», «подростки», «молодежь» для обозначения возрастного периода от 10 до 20 лет. При этом эксперты ВОЗ выделяют ранний подростковый возраст – 10-14 лет и поздний – 15-19 лет. Наибольшее число учащихся высших учебных заведений относится к возрастной группе от 16 до 25 лет. К этому возрасту молодые люди имеют определенный статус здоровья, который уже сформировался в предыдущие годы, особенно за годы обучения в школе [1, 4].

По результатам комплексного обследования более 10 тыс. старшеклассников установлено, что в городских и сельских школах разного типа заболевания желудочно-кишечного тракта выявлены у 65-90% подростков, патология ЛОР-органов – у 47-71%, нарушения осанки, сколиозы – у 38-65%, функциональ-

Ответственный автор: **Шеметова Галина Николаевна**
410004, г. Саратов, ул. 1-й Станционный пр., д. 7,
Дорожная клиническая больница, кафедра поликлинической терапии,
тел. (845-2) 41-23-43;
E-mail: meduniv@mail.ru

ные кардиопатии – у 33-48%, заболевания мочевой системы – у 25-40%, аллергологическая патология – у 11-31% [5]. При этом анализ результатов комплексного обследования школьников показал, что частота заболеваний среди подростков превышает данные официальной статистики: по болезням органов пищеварения – в 6 раз, органов мочевой системы – в 4,5 раза, костно-мышечной системы – в 8 раз. Исследованиями показано, что за 1997-2007 годы частота как функциональных нарушений, так и хронических заболеваний среди подростков 15-17 лет возросла более чем в полтора раза. Соответственно с таким уровнем здоровья подростки продолжают свое обучение после школы. Только 40% абитуриентов, поступивших в высшие учебные заведения, могли считаться (по медицинским документам) здоровыми [6].

Безусловно, что состояние здоровья студенческой молодежи во многом определяется «школьной патологией». Однако в период обучения в вузе уровень физического здоровья студентов еще более снижается, а число хронических больных из года в год возрастает. При получении профессионального образования отмечается значительно более высокая распространенность функциональных отклонений и хронических заболеваний (985,9% против 632,72%) на старших курсах по сравнению с первыми курсами; при этом выявлен более быстрый рост распространенности хронических болезней по сравнению с функциональными отклонениями (темп прироста хронической патологии – 73,2%, функциональных расстройств – 19,5%); на одного студента в среднем приходится 1,5-3 диагноза [7]. Более 60% студентов средних и высших учебных заведений страдают различными хроническими заболеваниями, среди которых на первое место выходят болезни органов дыхания и нервной системы [8]. К моменту окончания вуза только 20% выпускников могут считаться здоровыми. Следовательно, за время обучения в вузе здоровье студентов объективно ухудшается.

Показатель заболеваемости в различных вузах страны колеблется от 650,1 до 750,8 на 1000 студентов в год. В структуре заболеваемости преобладают болезни органов дыхания (57,8-72%), преимущественно острые вирусные инфекции верхних дыхательных путей; возрастает удельный вес болезней органов пищеварения, глаза и его придатков, костно-мышечной и мочеполовой систем, травм и отравлений [5, 9]. Несмотря на то, что расходы на подготовку каждого студента постоянно возрастают, от 5 до 9% студентов ежегодно прерывают учебу в связи с академической неуспеваемостью по болезни.

Первые попытки оценки состояния здоровья студентов были проведены еще в 20-е годы XX века. Тогда наиболее распространены были такие заболевания, как туберкулез легких (до 18%), ревматические заболевания сердца (30%), малокровие (10-65%), неврастения (10-28%), малярия [10]. У 30% студентов отмечались значительные отклонения в физическом развитии. У современных студентов наибольший удельный вес по распространенности занимают функциональные заболевания нервной системы, кариес зубов, хронические воспалительные заболевания ЛОР-органов, миопия, артериальная гипертензия, заболевания органов пищеварения [11].

Вопросы организации и совершенствования медицинской помощи студентам рассматривались и рассматриваются в целом ряде исследований как в нашей стране, так и за рубежом [3, 12, 13, 14, 15]. Так, в Финляндии с 1946 года были образованы служ-

бы здоровья, которые являлись ответвлением от национального Совета студентов. Начиная с 1963 года, в Брюссельском университете организована служба психологической помощи студентам, а позднее – в Италии и Франции – были созданы центры психического здоровья студентов. Ряд зарубежных авторов, изучавших вопросы медицинского обслуживания студентов, отмечают, что службы здравоохранения должны опекать студентов, по крайней мере, в возрасте 17-19 лет.

Многие годы в нашей стране лечебно-оздоровительная работа среди студентов велась в условиях первичной медико-санитарной помощи, а впоследствии в условиях студенческой поликлиники. Согласно Приказу МЗ РСФСР от 17 сентября 1984 г. № 653 «О мерах по дальнейшему улучшению медико-санитарного обслуживания студентов вузов и учащихся средних специальных учебных заведений» было принято «Временное положение о городской поликлинике (отделении) по обслуживанию студентов высших и средних специальных учебных заведений», а также «Временное положение о врачебном здравпункте высшего и среднего специального учебного заведения». Врачами студенческой поликлиники осуществлялся регулярный контроль состояния здоровья студентов, проводились лечебно-профилактические мероприятия, диспансерное наблюдение и учет больных, ежегодные медицинские осмотры врачами-специалистами.

Организация студенческой поликлиники в течение многих лет считалась оптимальной и перспективной формой медицинского обслуживания студентов. Среднегодовая посещаемость врача студенческой поликлиники составляла 163,2 на 100 учащихся. При этом исследователями отмечалась достаточная эффективность диспансерного наблюдения и, как следствие, снижение частоты рецидивов хронической патологии у тех студентов, которые систематически наблюдались врачами и получали лечебно-оздоровительные мероприятия [16].

В настоящее время в вузах России существуют различные подходы к формированию служб охраны здоровья студенчества, обусловленные региональными особенностями. Обеспечение медицинской помощи студентам вузов в разных городах Российской Федерации осуществляют студенческие отделения городских территориальных поликлиник, консультативные поликлиники, медико-санитарные части, а также самостоятельные вузовские и межвузовские здравпункты (фельдшерские и врачебные), больнично-поликлинические объединения (в том числе ведомственные) [17]. Еще в 1970-х годах обращали внимание на возможность организации оздоровительных мероприятий и восстановительного лечения студентов в санаториях-профилакториях.

Появились и новые формы медицинского и профилактического обслуживания студентов. И.А. Камаевым и соавторами предлагается создание на базе студенческой поликлиники консультативно-методического центра по вопросам медико-профессиональной ориентации абитуриентов [18]. В Туле создана программа «Здоровье студентов в XXI веке» с целью разработки и внедрения конкретных пакетов действенных мероприятий по оздоровлению и реабилитации студентов.

Вместе с тем в сложившейся в системе охраны здоровья студентов ситуации определяется целый ряд нерешенных проблем, касающихся, главным об-

разом, организации и практического осуществления профилактики заболеваний и реабилитации.

Одним из важнейших и серьезных недостатков, способствующих ухудшению здоровья студенчества, является отсутствие единого методического подхода к вопросам организации медицинского обслуживания этой категории населения. Приказ Минздрава РФ №653 от 17.09.84 г. «О мерах по дальнейшему улучшению медико-санитарного обслуживания студентов вузов и учащихся средних специальных заведений» и «Положение о городской поликлинике, оказывающей медицинскую помощь студентам высших и учащимся средних специальных заведений» от 1985 г. устарели и не отвечают современным технологиям организации медицинской помощи учащейся молодежи. Утвержденная Минздравом РФ и действующая в настоящее время Единая номенклатура государственных и муниципальных учреждений здравоохранения вообще не предусматривает существования «Поликлиники для студентов».

Во многих высших учебных заведениях страны уже существующие студенческие поликлиники реорганизованы в территориальные поликлиники. Например, в г. Астрахани с сентября 2005 г. студенты начали обслуживаться в городских поликлиниках по месту жительства или по месту временной регистрации. Диспансерные осмотры студентов осуществляются в поликлиниках по месту расположения учебного заведения. Иностранцы студенты, приобретая полис добровольного медицинского страхования, могут обслуживаться в любом выбранном ими лечебном учреждении.

В некоторых вузах России первичная медико-санитарная помощь студентам оказывается терапевтами в помещении здравпункта, расположенного в общежитии. Недостаток площадей, отсутствие специализированных приемов, клинико-диагностической лаборатории, службы функциональной диагностики существенно снижают качество медицинского обслуживания студентов.

Нередко качественное медицинское обслуживание для значительной части молодежи малодоступно из-за высокой стоимости обслуживания, так как консультации квалифицированных специалистов, методы современной диагностики и лечения дорогостоящи.

При анализе системы медицинского наблюдения студентов можно выделить и другие недостатки – от отсутствия компьютерных технологий мониторинга [19] до недостаточного внимания к вопросам профилактики заболеваний и оздоровления студентов вузов на всех уровнях [20]. Несмотря на существование специализированных служб – отделений профилактики и отделений восстановительного лечения/реабилитации, основными проводниками профилактической работы должны быть специалисты амбулаторно-поликлинического звена. Однако терапевтами поликлиники, врачами общей практики, работающими со студентами, мало внимания уделяется вопросам первичной профилактики, в частности, болезней органов дыхания, своевременному выявлению факторов риска этой патологии и лиц группы риска. Несмотря на то, что в целом ряде исследований продемонстрирована целесообразность использования скринингового метода в качестве инструмента для своевременной организации первичной профилактики и реабилитационных мероприятий при различной патологии [21, 22, 23, 24], до сих пор скрининговые технологии на этапе первичной помо-

щи используются крайне редко. Практически не разработаны методы донозологической (доклинической) диагностики, отсутствуют подготовленные специалисты, способные ее осуществлять на амбулаторно-поликлиническом этапе [25]. При этом в некоторых европейских странах пациенты с бронхиальной астмой, например, идентифицируются путем телефонного скрининга. Метод основан на анкетном опросе Американского торакального общества с дополнительными вопросами, касающимися работы и ограничения трудовой деятельности. С целью выявления факторов риска болезней органов дыхания был проведен анкетный опрос среди финских студентов. В результате проведенного исследования были диагностированы бронхиальная астма, аллергический ринит, конъюнктивит, атопический дерматит [26].

Явно недостаточна работа по обеспечению контроля над управляемыми факторами риска, хотя значимость этих мер констатирована целым рядом авторов [27, 28, 29, 30]. В частности, имеются более чем скромные результаты в борьбе с активным и пассивным курением [31, 32, 33, 34]. Не разработаны методики первичной профилактики аллергических заболеваний, включая комплексы немедикаментозного, тренирующего воздействия.

Мало внимания уделяется таким важным аспектам, как диспансерное наблюдение за здоровьем студентов и своевременное их взятие на диспансерный учет; оказание медицинской помощи студентам в поликлинике и на дому; не изучены вопросы о сроках обращения студентов с начала возникновения заболевания; своевременности назначения и объема лечения, наличии осложнений при острых заболеваниях. Не проводился анализ временной нетрудоспособности при хронических болезнях у студентов; не представлено данных об эффективности тех или иных программ рекреационно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

По мнению Ю.П. Лисицына [35], важной составляющей профилактики заболеваний является медицинская активность студентов, которая резко снизилась в последние годы, что могло быть связано с разрушением некогда стройной системы диспансеризации, низким качеством ежегодных медицинских осмотров студентов, а зачастую их профанацией [36]. По данным опроса (289 человек в 4 городах страны), несмотря на высокие уровни распространенности патологии, лишь 17% молодежи отмечают, что они состоят на диспансерном учете в медицинском учреждении, то есть регулярного, ощутимого для подростка медицинского наблюдения не осуществляется, хотя очевидно, что именно в этом возрасте возможна эффективная коррекция патологических отклонений.

В отношении молодежи важны как медицинские заключения, так как этот контингент с достаточной регулярностью должен наблюдаться в медицинских учреждениях, так и самооценка студентами своего здоровья, самоощущение. Исследованиями, проведенными Н.И. Косяковой [37], показано, что менее 20% студентов, считающих себя здоровыми, оказались таковыми на самом деле. Почти у всех обследованных отсутствовали навыки рациональной организации труда, гигиены, досуга, была крайне низкая медицинская активность. По мнению молодых людей, собственная роль в поддержании здоровья сводится к минимуму: постоянно следили и укрепляли свое здоровье лишь 6% опрошенных, по мере возможности и необходимости заботились о своем здоровье 11,8%. Таким образом, проведе-

ние профилактической работы должно сочетаться с образовательными программами, но в этом направлении имеются серьезные недоработки. Зачастую профилактические мероприятия, проводимые медицинскими работниками среди молодежи, носят формальный и малоэффективный характер, не мотивируют их к здоровому образу жизни, изменению поведения в сторону соблюдения безопасности, получению жизненных навыков. Кроме того, успех профилактических мероприятий на различных уровнях в значительной степени зависит от квалификации медицинского персонала, занимающегося проблемами улучшения здоровья учащейся молодежи.

Заслуживает особого внимания работа с контингентом лиц, часто болеющих респираторно-вирусными инфекциями (частота ОРВИ в течение года более 3 раз) [38, 39, 40]. Больные после перенесенных тяжелых форм ОРВИ, с сопутствующими заболеваниями, нередко отмечают остаточные явления в виде бронхолегочных изменений, астении, патологии в гемограмме и иммунограмме [41, 42]. Группа таких пациентов нуждается в полноценных реабилитационных мероприятиях и иммунопрофилактике [38, 43]. Однако зачастую эти мероприятия не проводятся должным образом.

По данным ряда авторов [27, 44, 45, 46], от 20 до 30% пациентов терапевтического профиля, находящихся на лечении в стационарах, могли бы получать значительно менее дорогостоящее восстановительное лечение в условиях дневных стационаров. Создание дневных стационаров на базе амбулаторно-поликлинических учреждений является одним из путей интенсификации диагностического и лечебно-реабилитационного процесса. Однако эти возможности по отношению к студентам используются крайне редко.

Здоровье молодежи имеет существенное медико-социальное значение, которое определяется выраженными тенденциями к росту заболеваемости этого контингента практически по всем классам болезней, в том числе хронических заболеваний, а также величиной экономических потерь. С нашей точки зрения, концепция оптимизации профилактической и реабилитационной помощи студентам высших учебных заведений должна включать:

- совершенствование нормативной базы, ресурсного, кадрового и методического обеспечения медицинского обслуживания студентов высших учебных заведений; обеспечение качества и доступности оздоровления и лечебно-реабилитационной помощи;

- внедрение в практику работы со студентами скрининговых технологий по активному выявлению наиболее значимых факторов и групп риска наиболее распространенной патологии среди молодежи и проведение мер по уменьшению воздействия управляемых факторов; проведение ежегодных профилактических осмотров;

- проведение стандартных профилактических процедур и рекреационно-оздоровительных мероприятий у студентов – витаминотерапии, противогриппозной вакцинации и других прививок, контроль санитарно-эпидемиологического режима, контроль работы столовой (особенно по приготовлению диетических блюд);

- установление оптимального графика учебных занятий с достаточным временем для отдыха, физкультурных пауз, правильного питания;

- консультирование студентов психологом и психотерапевтом по обращаемости;

- организация занятий физической культурой в тренировочном режиме и ЛФК, а также выделение времени в учебном плане кафедры физического воспитания для проведения занятий на свежем воздухе;

- разработка и внедрение эффективных технологий и методов восстановительного лечения и реабилитации;

- развитие информационно-образовательного направления, преодоление пассивного отношения студентов к программам по улучшению и коррекции своего здоровья с повышением индивидуальных мотиваций к сохранению здоровья (введение паспортов здоровья);

- повышение уровня подготовки медицинского персонала, осуществляющего работу со студентами, прежде всего по вопросам валеологии, профилактической и реабилитационной медицины.

Успех оздоровления и восстановительного лечения студентов во многом зависит от организационных форм работы, методов оздоровления и медицинской реабилитации, уровня и качества подготовки кадров, занимающихся лечебно-профилактической деятельностью в молодежной среде.

Библиографический список

1. Латышевская, Н.И. Гендерные различия в состоянии здоровья и качестве жизни студентов / Н.И. Латышевская, С.В. Клаучек, Н.П. Москаленко // Гигиена и санитария. – 2004. – №1. – С. 51-55.
2. Гигиенические проблемы формирования здорового трудового потенциала в современных условиях / Л.М. Сухарева, Е.И. Шубочкина, С.С. Молчанова, А.В. Куликова // Вестник РАМН. – 2003. – № 8. – С. 23-27.
3. Здоровье и образ жизни школьников, студентов и призывной молодежи: состояние, проблемы, пути решения / И.А. Камаев, Т.В. Поздеева, А.В. Дмитроченков, С.А. Ананьин. – Н.Новгород, 2005.
4. Дьякович, М.П. Некоторые аспекты здоровья учащейся молодежи / М.П. Дьякович // Медицина труда и промышленная экология. – 2003. – № 3. – С. 5-10.
5. Актуальные проблемы подростковой медицины / С.В. Мальцев, Р.А. Файзуллина, Н.Н. Архипова, Р.Т. Зарипова // Казанский медицинский журнал. – 2005. – Т. 86. – № 2. – С. 45-47.
6. Динамика распространенности табакокурения среди студентов-медиков за последние 10 лет / Н.Н. Боровков, Г.Н. Варварина, М.Т. Сальцева, Н.В. Аминова // Нижегородский медицинский журнал. – 1998. – № 1. – С. 28-29.
7. Раппопорт, И.К. Системный подход к проведению врачебных профессиональных консультаций подростков и молодежи / И.К. Раппопорт // Гигиена и санитария. – 2000. – № 1. – С. 55-62.
8. Асхабова, Л.М. Медико-социальные аспекты характеристики здоровья студентов-медиков / Л.М. Асхабова, П.М. Махулова // Образ жизни и здоровье студентов: Мат. I Всерос. науч. конф. – М., 1995. – С. 24-26.
9. Суворова, А.В. Состояние здоровья подростков, обучающихся по программе школа-вуз / А.В. Суворова, В.Г. Маймулов, Ю.Г. Кузмичев // Гигиена и санитария. – 2000. – № 3. – С. 49-51.
10. Байер, К. Здоровый образ жизни: Пер. с англ. / К. Байер, Л. Штейнберг. – М.: Мир, 1997. – 368с.
11. Атрощенко, Г.Н. Влияние занятий по физической культуре на сердечно-сосудистую систему и дыхательную систему студентов / Г.Н. Атрощенко, И.Н. Сахарова // Гигиена и санитария. – 2005. – № 1. – С. 41-42.
12. Изуткин, Д.А. Комплексный подход к изучению состояния здоровья студентов / Д.А. Изуткин // Комплексные социально-гигиенические исследования: Сб. науч. тр. – М., 1988. – С. 48-52.
13. Шкарин, В.В. Пути улучшения медицинского обслуживания и здоровья студентов / В.В. Шкарин // Здоровоохранение Российской Федерации. – 1991. – № 9. – С. 16.

14. Cohen, M. Physicians health themselves: lifestyle education for medical student / M. Cohen // *Complement. Ther. Med.* – 1999. – Vol. 7. – P. 199-205.
15. Grace, T.W. health problems of college students / T.W. Grace // *J. Am. Coll. Health.* – 1997. – Vol. 45. – P. 243-250.
16. Яхтин, В.И. Опыт работы студенческой поликлиники в проведении диспансеризации / В.И. Яхтин, Т.Ю. Щурова, Ю.Г. Яковлев // *Здравоохранение РФ.* – 1985. – № 9. – С. 36-37.
17. Коровина, И.В. Научное обоснование организационного обеспечения профилактики заболевания у студентов на уровне муниципальной поликлиники : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., – 2005.
18. Камаев, И.А. Проблемы репродуктивного здоровья студентов-подростков / И.А. Камаев, Т.В. Поздеева, И.Ю. Самарцева // *Здравоохранение РФ.* – 2003. – №1. – С. 34-35.
19. Ярыгин, В.Н. Здоровье как биологическая категория: базисные механизмы и эволюционная стратегия / В.Н. Ярыгин // *Избранные лекции для практических врачей.* – М., 2002. – С. 322-310.
20. Медведев, В.П. Проблемы здоровья подростков / В.П. Медведев, А.М. Куликов // *Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости.* – 2001. – № 1. – С. 8-14.
21. Вилянский, М.П. Скрининг в массовых профилактических осмотрах (автоматизированная система) / М.П. Вилянский, Б.С. Кибрин, А.А. Чумороков. – М.: Медицина, 1987. – 160 с.
22. Герасименко, Ю.А. Медико-социальные аспекты "ЭГП у беременных и ее профилактика : автореф. дис. ...канд. мед. наук / Ю.А. Герасименко. – М., 1992. – 22 с.
23. Струневская, В.А. Пути оптимизации наблюдения женщин с болезнями органов дыхания при бесплодии : автореф. дис. ...канд. мед. наук / В.А. Струневская. – Саратов, 2004. – 25 с.
24. Федосеев, Г.Б. К вопросу о прогрессе лечения больных бронхиальной астмой. Индивидуальная терапия и стандарты лечения – противоречие или единство / Г.Б. Федосеев // *Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости.* – 2003. – № 3. – С. 64-70.
25. Углева, Е.М. Возможности математического прогнозирования риска возникновения бронхиальной астмы / Е.М. Углева, М.А. Петрова, Т.С. Разумовская // *Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости.* – 2004. – № 2. – С. 63-67.
26. Kilpelainen, M. Atopy and asthma among Finnish university students/ M. Kilpelainen, E.O. Terho, H. Helenius, M. Koskenvuo // *European. Respiratory. Review.* – 2000. – V. 10. – № 75. – P. 480-481.
27. Стародубов, В.И. Управляемые факторы в профилактике заболеваний / В.И. Стародубов, Н.П. Соболева, А.М. Лукашев. – М.: РИО ГУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2003. – 170 с.
28. Ткаченко, Е.И. Питание, экология человека, здоровье, болезни. Современный взгляд на проблему их взаимосвязей / Е.И. Ткаченко // *Тер. архив.* – 2004. – № 2. – С. 67-71.
29. Трофимов, В.И. Руководство по диагностике, лечению и профилактике бронхиальной астмы / В.И. Трофимов / Под ред. А.Г.Чучалина. – М., 2005. – 51 с.
30. Федосеев, Г.Б. Бронхиальная астма / Г.Б. Федосеев, В.И. Трофимов. – СПб.: Нордиздат, 2006. – 308 с.
31. Левшин, В.Ф. Эпидемиология и контроль табакокурения / В.Ф. Левшин // *Клиническая фармакология и клиническая медицина.* – 1995. – № 18/2. – С. 18-20.
32. Суховская, О.А. Табакокурение. Оценка распространенности и мотивации к отказу от курения / О.А. Суховская // *Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости.* – 2007. – № 2. – С. 61-63.
33. Lodenkemper, R. Health care costs of smoking / R. Lodenkemper, G.W. Sybrecht // *European Respiratory Journal.* – 2000. – №16. – P.377-378.
34. Prignot, J. High rates of nicotine replacement during 2 months in exsmokers reduce their 1-yr increase in body mass index / J. Prignot // *European Respiratory Topic.* – 2000. – № 6. – P. 35.
35. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю.П. Лисицын. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007. – С. 300-303.
36. Косолапов, А.Б. Валеологические подходы к формированию здоровья студентов Владивостокских вузов / А.Б. Косолапов // *Валеология.* – 2002. – № 2. – С. 26-34.
37. Косякова, Н.И. Динамическое наблюдение за эпидемическими очагами гриппа и ОРВИ и организация лечебно-профилактической помощи больным в амбулаторных условиях / Н.И. Косякова // *Здравоохранение Российской Федерации.* – 1996. – № 5. – С. 72-74.
38. Карпухин, Г.И. Диагностика, профилактика и лечение острых респираторных заболеваний / Г.И. Карпухин, О.Г. Карпухина. – СПб., 2000. – 184 с.
39. Емельянов, А.В. Взаимосвязь аллергического ринита и бронхиальной астмы/ А.В. Емельянов, Т.Е. Тренделева // *Вестник отоларингологии.* – 2002. – № 1. – С. 59-62.
40. Емельянов, А.В. Современные представления о диагностике и лечении аллергического ринита / А.В. Емельянов // *Лечащий врач.* – 2003. – № 3. – С. 4-6.
41. Michel, F.B. Asthma: a world problem of public health / F.B. Michel // *Bull. Acad. Natl. Med.* 1995. –V. 179. – № 2. – P. 293-297.
42. Sandford, A.J. Genetic risk factors for chronic obstructive pulmonary disease / A.J. Sandford, T.D. Weir, P.D. Pare // *Eur. Respir.* – 1997. – № 10. – P. 1380-1391.
43. Лопатин, А.С. Лечение полипозного риносинусита / А.С. Лопатин // *Пульмонология и аллергология. Атмосфера* – 2000. – № 3. – С. 6-8.
44. Галкин, Р.А. Экономическая эффективность стационарозамещающих видов медицинской помощи / Р.А. Галкин, Н.М. Скуратова, Л.С. Федосеева // *Экономика здравоохранения.* – 2000. – № 9/48. – С. 16-18.
45. Сквирская, Г.П. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья населения / Г.П. Сквирская // *Здравоохранение.* – 2000. – № 11. – С. 11-13.
46. Стародубов, В.И. Стационарозамещающие формы организации медицинской помощи / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, С.И. Шляфер. – М.: ЦНИИОИЗ, 2001. – 212 с.