

# **ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ПРОБЛЕМЫ И ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ**

**КОЛЛЕКТИВНАЯ МОНОГРАФИЯ**

Богачева Н.В., Девятериков А.А., Карпов М.Е.,  
Максимова О.В., Старикова Д.В., Сысоева О.В., Чобитько В.Г.

**НАУЧНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАУКА**

**Общественное здоровье и здравоохранение:  
проблемы и тенденции развития**

Монография

УДК 61  
ББК 5  
Ф94

**Главный редактор:** Краснова Наталья Александровна – кандидат экономических наук, доцент, руководитель НОО «Профессиональная наука»

**Технический редактор:** Канаева Ю.О.

**Рецензенты:** Петрова Марина Михайловна - Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ. Первый проректор, зав. кафедрой поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО. Член рабочей группы РКО «Терапевтические аспекты кардиологической практики», член правления РКО, член центрального совета РНМОТ

**Авторы:**

Богачева Н.В., Девятериков А.А., Карпов М.Е., Максимова О.В.,  
Старикова Д.В., Сысоева О.В., Чобитько В.Г.

Общественное здоровье и здравоохранение: проблемы и тенденции развития [Электронный ресурс]: монография. – Эл. изд. - Электрон. текстовые дан. (1 файл pdf: 62 с.). - Нижний Новгород: НОО "Профессиональная наука", 2022. – Режим доступа: [http://scipro.ru/conf/monograph\\_200822.pdf](http://scipro.ru/conf/monograph_200822.pdf). Сист. требования: Adobe Reader; экран 10". DOI 10.54092/9785907607088

ISBN 978-5-907607-08-8

Материалы монографии будут полезны преподавателям, научным работникам, специалистам предприятий, а также студентам, магистрантам и аспирантам.

При верстке электронной книги использованы материалы с ресурсов: Designed by Freepik, Canva.

ISBN 978-5-907607-08-8



© Авторский коллектив, 2022 г.

© Издательство НОО Профессиональная наука, 2022 г.

# СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	5
Глава 1. Составляющие киберсоциализации студентов - медиков .....	7
Глава 2. Клинические особенности тяжелой гипогликемии при сахарном диабете .....	36
Глава 3. Несостоятельность швов после кесарева сечения – клинико-лабораторные критерии риска .....	40
Заключение .....	53
Библиографический список .....	54
Сведения об авторах.....	60

## Введение

В монографии представлены теоретические подходы и концепции, аналитические обзоры, практические решения в конкретных сферах науки и образования.

Монография состоит из 3-х глав.

**В первой главе** авторы рассматривают вопрос киберсоциализации студентов – медиков.

Экономические, социальные, культурные и иные преобразования, которые происходят постоянно в условиях современного мирового сообщества, оказывают значительное влияние на различные сферы жизни как общества в целом, так и каждого человека. В свете данных воздействий приобретают актуальность проблемы социализации человека. Как известно социализация человека является многоаспектным процессом, в ходе которого осуществляется приобщение человека к социуму и постоянное открытие, утверждение себя как субъекта. Современный мир изменяется, вследствие чего меняются также и факторы социализации человека.

В настоящее время трудно представить себе образ современного человека без устройств цифровой коммуникации и навыков владения ими. Цифровая среда плотно вошла в нашу жизнь, внося изменения во все ее сферы. Данный процесс получил название- киберсоциализация.

Процесс киберсоциализации получил дополнительное ускорение в последнее время. Время, когда по причине самоизоляции в следствии пандемии многие аспекты нашей жизни были перенесены в киберпространство.

Дистанционное образование в этих условиях было неизбежным. При этом потребовалось произвести трансформацию содержания, методов и организационных форм учебной работы, применяемых в цифровой образовательной среде.

Опыт внедрения цифровых технологий в образовательный процесс к настоящему времени нельзя считать изученным во всей полноте.

Так остается неизученным вопрос влияния дистанционного формата обучения на киберсоциализацию студентов, которая кроме положительных сторон, также сопряжена с определенными рисками.

Модель киберсоциализации личности в современном информационном обществе представляет собой, единство 4-х ипостасей человека :

1- как объекта киберсоциализации (влияние киберпространства на жизнедеятельность),

2- как субъекта киберсоциализации (удовлетворение потребностей в киберпространстве),

3- как жертвы киберсоциализации (негативные последствия),

4- как жертвы неблагоприятных условий киберсоциализации (опасности киберпространства и их источники).

**Во второй главе** авторы рассматривают вопрос клинических особенностей тяжелой гипогликемии при сахарном диабете. Сахарный диабет (СД) является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современности.

**В третьей главе** авторы рассматривают вопрос несостоятельности швов после кесарева сечения.

В последнее время кесарево сечение является одним из востребованных способов родоразрешения, так как позволяет предотвратить опасность возможных осложнений в родах, сохранить здоровье матери и ребенка. Частота абдоминального родоразрешения за последние 10 лет в России возросла от 3,0 % до 47,4 % и это не обходится без увеличения риска развития осложнений.

### ***Авторский коллектив:***

***Глава 1. Составляющие киберсоциализации студентов - медиков (Сысоева О.В., Девятериков А.А.)***

***Глава 2. Клинические особенности тяжелой гипогликемии при сахарном диабете (Чобитько В.Г., Максимова О.В., Карпов М.Е.)***

***Глава 3. Несостоятельность швов после кесарева сечения - клинико-лабораторные критерии риска (Старикова Д.В., Богачева Н.В.)***

## Глава 1. Составляющие киберсоциализации студентов - МЕДИКОВ

### КИБЕРСОЦИАЛИЗАЦИЯ, СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА

#### *Основные вопросы киберсоциализации*

Постоянное развитие информационной сферы является отличительной чертой современности. Кардинальные изменения в области обработки информации, происходящие в истории человеческой цивилизации — информационные революции — выступают ступенями к появлению феномена киберсоциализации человека.

Последняя по счету, уже не просто информационная, а информационно-технологическая революция, произошедшая в середине XX в., заключалась в появлении микропроцессорной техники, создании компьютеров, появлении и экстенсивном развитии компьютерных сетей, возникновении компьютерных баз данных, развитии информационных, коммуникационных, электронных, цифровых и интернет-технологий, посредством которых оперативно накапливалась, хранилась и передавалась информация практически в любом объеме.

Одним из первых отечественных ученых, обратившихся к проблеме влияния компьютерных технологий на психологию человека, был О.К. Тихомиров, который посветил информационным технологиям и их влиянию на психологию человека ряд работ<sup>1,2,3</sup>.

Развитие исследований в сфере информационно-коммуникационных технологий напрямую зависит от развития самих этих технологий. Эволюцию человечества можно рассматривать с точки зрения изобретения и освоения обществом новых технологий. Динамичное развитие и внедрение современных компьютерных и информационно-коммуникационных технологий практически во все сферы жизнедеятельности современного человека затрагивает коренные вопросы трансформации и функционирования социальных, экономических и политических структур общества, а также формирования новых механизмов культурного развития человечества, поколение назад

<sup>1</sup> Тихомиров О. К. «Искусственный интеллект» и психология. - М.: Наука, 1976. - 332 с.

<sup>2</sup> Тихомиров О. К., Бабанин Л. Н. ЭВМ и новые проблемы психологии. - М.: Изд-во МГУ, 1986. - 204 с.

<sup>3</sup> Тихомиров О. К., Бабаева Ю. Д., Войскунский А. Е. Общение, опосредованное компьютером // Вестник Московск. ун-та. - Серия 14. Психология, 1986. - № 3. - С. 31-42.

перешедшего, фактически, на сетевой уровень эволюции и деятельности – киберэволюцию.

Благодаря перманентной киберэволюции компьютерных технологий и особенно всемирной глобальной сети Интернет, по мнению Плешакова В.А., современный человек – Homo Sapiens - на рубеже XX-XXI вв. становится еще и “Homo Cyberus’oM”, человеком, включенным в процесс инновационного вида социализации - киберсоциализации.

С этого периода началась эпоха киберсоциализации человека, то есть жизнедеятельности личности в киберпространстве<sup>4</sup>.

Термин киберсоциализация (изначально — виртуальная компьютерная социализация<sup>5</sup>) введен в научный оборот в 2005 г Плешаковым В.А.

Данный термин также в течение последних лет определение претерпевал свои изменения.

Сейчас киберсоциализация человека (от англ. Cyber— в настоящий момент, связанный с компьютерными и цифровыми технологиями, в особенности, со всемирной глобальной сетью Интернет, префикс, который используют, ссылаясь на различные электронные и / или сетевые ресурсы, информацию, объекты, события, когда идет разговор о компьютерной технике + англ. Socialization - социализация) - социализация личности в киберпространстве - процесс качественных изменений структуры самосознания личности и потребностно-мотивационной сферы индивидуума, происходящий под влиянием и в результате использования человеком современных информационно-коммуникационных, цифровых и компьютерных технологий в контексте усвоения и воспроизводства им культуры в рамках персональной жизнедеятельности.

### *Человек как объект киберсоциализации*

Киберпространство является новым пространством для организации жизнедеятельности человека, предъявляя к нему определенные требования, влияет на его социализацию, позволяет воспринимать человека как объект киберсоциализации.

Использование людьми многочисленных ресурсов мобильных, цифровых и интернет-технологий радикально меняется поток постоянно растущих объемов информации, но далеко не всегда знания.

<sup>4</sup> Плешаков В. А. Киберсоциализация: социальное развитие и социальное воспитание современного человека // Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова, 2010. -Т. 16. - № 2. - С. 15-18.

<sup>5</sup> Плешаков В. А. Особенности виртуальной компьютерной социализации личности // Проблемы педагогического образования. Сб. науч. ст.: Вып. 25. / Под ред. В. А. Сластенина, Е.А. Левановой. - М.: МПГУ-МОСПИ, 2006. - С. 23-25.



Это приводит к тому, что у активных пользователей современных технологий в процессе киберсоциализации качественно трансформируются психические процессы, такие, как:

познавательные, а именно: ощущение, восприятие, внимание, воображение, память, мышление, речь;

эмоционально-мотивационные: эмоциональные состояния, собственно, эмоции и чувства, потребности и мотивация;

личностные характеристики, непосредственно: характер и даже темперамент, многочисленные индивидуальные особенности;

сознание, персональная жизнедеятельность, специфика межличностных и групповых отношений, обретая характер сетевых, формирующихся в условиях информационно насыщенной социализирующей среды киберпространства, пронизывающего современную реальность.

В процессе киберсоциализации перестраиваются и сфера досуга, и информационная сфера, изменяются и характеристики учебного процесса. Кроме того, киберпространство существенно влияет на процесс социального воспитания человека в контексте усвоения социальных норм, формирования ценностных ориентаций, являясь зачастую средой неформального образования и просвещения.

### *Человек как субъект киберсоциализации*

Киберпространство имеет плюсы в его использовании для удовлетворения человеком собственных актуальных потребностей, прежде всего, это мобильность и оперативность, относительная безопасность и доступность, свобода самовыражения, а также демократичные возможности выражения взглядов и позиций в ситуации легкости нахождения единомышленников и оппонентов.

Особенности жизнедеятельности в киберпространстве оказывают влияние на реальную идентичность пользователей на основании того, что киберпространство обеспечивает отличные от условий реальной жизнедеятельности возможности коммуникации, принадлежности человека к определенным социальным категориям, референтной группе и относительно безопасное экспериментирование с идентичностью.

Известно, что коммуникация в киберпространстве обладает рядом функций: информационной, коммуникативной, рекреационной, терапевтической, креативной и т.д.

Киберкоммуникация предоставляет пользователям возможность компенсации и нивелирования в ходе опосредствованного киберсредой

общения объективных и субъективных препятствий, которые нередко делают болезненными непосредственные (прямые) контакты: действительные, либо мнимые недостатки собственной внешности, дефекты речи, некоторые свойства характера или инвалидность, психические заболевания. Жизнедеятельность в киберпространстве особенно важна для тех людей, чья реальная жизнь по тем или иным (внутренним или внешним, объективным или субъективным причинам) межличностно обеднена.

В этих случаях киберпространство фактически становится альтернативой непосредственного (реального) окружения, а человек квазисоциализируется. Тем не менее, для достаточно большого числа людей с особыми возможностями и потребностями подобная квазисоциализация может рассматриваться как, к сожалению, чуть ли не единственная альтернатива социализации в условиях реальной жизнедеятельности. Необходимо сделать акцент на том, что в современном реальном мире наблюдается перманентно возрастающая стрессогенность факторов социализирующей среды, киберпространство же воспринимается человеком как «не настоящее» как на сознательном, так и на подсознательном уровнях, не несущее в своем содержании опасности, не требующее обязательной ответственности за свои поступки, не создающее «стрессы на каждом шагу».

Как отмечают сами пользователи Интернета, в «виртуальном мире» киберпространства им легко и свободно, в нем стираются возрастные и статусные границы, возможно с большей степенью вероятности удовлетворить свои желания и стремления, оправдать экспектации и самооэкпектации, реализовать себя. К сожалению, большинство активных пользователей Интернета, проводящих все свободное время в киберпространстве (зачастую в ущерб жизнедеятельности в реальном мире) не осознают, что, встав на путь киберсоциализации, они, к сожалению, фактически, скорее квазисоциализируются, что эта желаемая ими самореализация в виртуальном пространстве нередко является псевдосамореализацией.

В процессе киберсоциализации одни люди нередко стремятся обезопасить себя, намеренно ограничивая количество доступной для всех персональной информации. Другие люди, наоборот, предпочитают указывать подробную личную информацию: например, используют настоящие имена при регистрации в тех или иных ресурсах интернет-среды, отмечают свои интересы, желания, адреса мест жительства, отдыха, работы и т.п. В процессе подобной «кибержизнедеятельности» человек создает кибер-альтер-эго как воплощение своей личности в киберпространстве. При этом кибер-альтер-эго часто является результатом неосознаваемых представлений

человека о себе, образом его идеального «Я», не всегда идентичным с его реальным «Я».

Можно предположить, что в XXI в. онлайн-идентичность стала не просто еще одной характеристикой личности, но сама по себе олицетворяет современную потребность человека в самопрезентации в киберпространстве: выбор имени (или никнейма, от англ. Nickname - первоначально «кличка», «прозвище»; также сетевое имя — псевдоним, используемый пользователем в Интернете, например, «Сир\_ DuoHuC», «Don\_Victorio»), графического изображения [аватара (от санскр. «нисхождение» божества) или юзерпика (от англ, user picture - «картинка пользователя») — изображения, используемого для персонализации пользователя каких-либо сетевых сервисов], репутации и т.д. и т.п. Соответственно, онлайн-идентичность (киберидентичность) можно определить как личностное и социальное качество человека оставаться самим собой (уникальной личностью, имеющей определенный уровень психофизического, интеллектуального, духовнонравственного развития и предпочитаемые модели поведения) в контексте персональной жизнедеятельности в киберпространстве, связанное с ощущением принадлежности к определенным сетевым сообществам (например, пользователям социальных сетей интернет-среды, блогосферы, интернет-пейджерсов, форумов, чатов, онлайн-игр и т.п.)<sup>6</sup>.

Киберпространство может быть использовано человеком в процессе киберсоциализации для целей:

1) киберкоммуникации с потенциально неограниченным числом партнеров - процесса установления и развития в киберпространстве контактов между людьми, осуществляемого посредством современных ИКТ, включающего в себя обмен информацией, взаимное ее смысловое и экспрессивное восприятие, а также попытки влияния друг на друга (современная социальная потребность человека как «Homo Cyberus'a»);

2) забавы и досуга, а именно для игры с друзьями по Сети (специалистами гейм-индустрии создается множество видео- и компьютерных игр, а также развлекательных приложений для сотовых (мобильных) телефонов, игровых приставок, социальных сетей интернет-среды, как говорится, спрос рождает предложение);

3) познания (так, Интернет называют открытым «хранилищем информации», «библиотекой» всех знаний человечества);

---

<sup>6</sup> Плешаков В. А. Эксперименты с онлайн-идентичностью: выбор кибер-альтер-эго и проблемы педагогического образования: Сб. науч. ст. Вып. 37. / Под ред. Е. А. Левановой. - М.: МПГУ-МОСПИ, 2010. - С. 30.

4) а также с целями конструктивного (или квази, псевдо, «как бы») удовлетворения других многочисленных потребностей: от общих (физиологических, экзистенциальных, социальных, престижных, духовных) до частных (например, репродуктивных, хозяйственно-экономических, регенеративных, образовательно-воспитательных, профессиональных, социального контроля, этноконфессиональных, рекреативных, психотерапевтических и т.д. и т.п.).

Удовлетворяемые в киберпространстве или посредством него физиологические потребности: заказ желаемой еды и напитков через Интернет позволяет удовлетворить голод и жажду человека, обращение к интернет-ресурсам эротического содержания — потребность в половом влечении.

Удовлетворяемые в киберпространстве или посредством него экзистенциальные потребности: опосредованная компьютером и зачастую анонимная коммуникация с другими пользователями Сети сочетаются с потребностью в безопасности собственного существования, распространенность и доступность компьютерных технологий и глобальная интернетизация современного жизненного пространства позволяют ощущать человеку комфорт и постоянство условий жизнедеятельности.

Удовлетворяемые в киберпространстве или посредством него социальные потребности: разнообразные онлайн-игры и социальные сети интернет-среды, появившиеся и ставшие очень популярными особенно за последние каких-то тричетыре года, сочетаются с потребностью в принадлежности к определенным социальным группам, установлении новых социальных связей и общении, а также организации совместной деятельности.

Удовлетворяемые в киберпространстве или посредством него престижные потребности: различные интернет-ресурсы, позволяющие опубликовать для всех свое разнообразное творчество (от фотографий и т.п. до стихотворений и т.д.) и ознакомиться с творчеством других пользователей Интернета способствуют удовлетворению потребности в самоуважении и уважении со стороны других, одобрении и признании, достижении успеха и высокой оценки.

Удовлетворяемые в киберпространстве или посредством него духовные потребности: многообразные возможности презентовать себя в киберпространстве интернет-среды позволяют удовлетворять потребности в самоактуализации и самовыражении в части реализации потенциальных возможностей по развитию собственной личности: например, принимать решения, достигать поставленных целей, рисковать, брать на себя ответственность, руководить людьми и т.д.

### *Человек как жертва киберсоциализации*

Свобода действий в киберпространстве в контексте социализации и полезна (в плане относительно безобидных экспериментов с моделями поведения и идентичностью) и вредна (поскольку не каждый человек способен отрефлексировать и сделать правильные выводы из подобных экспериментов), даже опасна (аддиктивный потенциал киберпространства очень высок, а постоянные эксперименты вызывают зависимость).

С каждым годом в мире увеличивается количество пользователей теми или иными ресурсами киберпространства: их жизнедеятельность в киберпространстве имеет свои негативные последствия.

Неотрывно от темы киберсоциализации стоит проблемный вопрос о кибераддикции как зависимости человека от среды, созданной посредством компьютерных, цифровых технологий и средств сотовой (мобильной) связи и, непосредственно, об интернет-зависимости.

Интернет-зависимость - вид нехимической зависимости; психическое расстройство, проявляющееся в навязчивом желании человека подключиться к Интернету, а также болезненной неспособностью вовремя отключиться от него.

Первыми исследователями интернет-зависимости и, фактически, родоначальниками нового направления в психологической науке — психологии зависимости от Интернета — стали К. С. Янг и И. Голдберг.

В 1994 г. американский психиатр и профессор Питтсбургского университета Кимберли С. Янг разработала и опубликовала на сайте тест-опросник, направленный на выявление интернет-зависимости<sup>7</sup>.

В свою очередь И. Голдберг в 1995 г. предложил набор диагностических критериев для определения зависимости от Интернета, в основу которых им были взяты признаки патологического пристрастия к азартным играм (гемблинга). И. Голдберг выделил следующие основные симптомы этого расстройства: использование Интернета вызывает болезненное негативное стрессовое состояние или дистресс (как отрицательную неспецифическую реакцию организма на любое внешнее воздействие; негативный тип стресса, с которым организм человека не в силах справиться); использование Интернета причиняет ущерб физическому, психологическому, межличностному, экономическому или социальному статусу (как совокупности прав и обязанностей).

---

<sup>7</sup> Young Kimberley Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet Addiction-and a Winning Strategy for Recovery. - N.Y, 1998.

Людей, зависимых от Интернета, называют нетаголиками или интернет-аддиктами. В 1998 г. К. С. Янг охарактеризовала пять основных типов интернет-зависимости:

1. Обсессивное (от англ, obsession — «одержимость идеями») пристрастие к работе с компьютером (играм, программированию или другим видам деятельности).
2. Компульсивная (от англ, compulsion — «принуждение») навигация по WWW, поиск в удаленных базах данных.
3. Патологическая привязанность к опосредованным Интернетом азартным играм, онлайн-аукционам или электронным покупкам.
4. Зависимость от социальных применений Интернета, то есть от общения в чатах, групповых играх и телеконференциях, что может в итоге привести к замене имеющихся в реальной жизни семьи и друзей виртуальными.
5. Киберсексуальная зависимость, то есть от порнографических сайтов в Интернете, обсуждения сексуальной тематики в чатах или закрытых группах «для взрослых».

Янг К.С. обозначила четыре симптома интернетзависимости:

1. Навязчивое желание проверить e-mail.
2. Постоянное ожидание следующего выхода в Интернет.
3. Жалобы окружающих на то, что человек проводит слишком много времени в Интернет.
4. Жалобы окружающих на то, что человек тратит слишком много денег на Интернет.

Согласно данным Плешаков В.А., по аналогии с основными классическими видами деятельности человека, обоснованными в психологии, можно относительно условно выделить следующие основные типы кибераддикции:

1. Кибераддикцию общения. В этом случае человек предпочитает киберкоммуникацию другим видам общения. Общение в условиях реальной окружающей действительности теряет для человека свою ценность, перестает быть значимым.
2. Игровую кибераддикцию. В этом случае человек предпочитает компьютерные (и / или консольные) игры другим видам игр. Оффлайн-игра с компьютером или на игровой приставке (в том числе, на сотовом телефоне, электронной книге и т.п.) и / или онлайн-игра на компьютере (и/или приставке, сотовом телефоне) с другими геймерами.
3. Кибераддикцию познания. В этом случае человек приоритетно использует киберпространство (в первую очередь, киберпространство интернет-среды) как источник знания, «перекапывая весь Интернет» в поисках нужной

информации, исследуя найденное, оценивая по критериям значимости и полезности для себя. Это, так называемый, «навязчивый веб-серфинг» как «путешествие» по Интернету в поисках информации, которое становится для зависимого человека приоритетным времяпрепровождением.

4. Кибераддикцию труда. В этом случае человек совмещает деятельность в киберпространстве с трудовой деятельностью, нередко стремится найти работу так или иначе связанную с киберпространством, например, альфа-тестера компьютерной игры, гейм-дизайнера, сценариста компьютерных игр и т.п. Не представляет свою работу без постоянного использования кибертехнологий.

Кроме этих четырех основных типов возможно говорить о существовании специфических видов кибераддикции (киберсексуальной аддикции, киберфинансовой аддикции, аудио-визуальной кибераддикции).

По мнению К. С. Янг развитие интернет-зависимости происходит по стадиям:

Первая стадия — знакомство с Интернетом, его возможностями и формирование заинтересованности.

Вторая стадия — Интернет становится приоритетной средой времяпрепровождения, замещая значимые стороны жизни человека.

Третья стадия — «бегство из реальной жизни» в киберпространство.

Для диагностики интернет-зависимости также используется тест Чена. По своим диагностическим критериям тест интернетзависимости Чена наиболее близок к тем известным шести диагностическим компонентам, универсальным для всех вариантов аддикций, R. Brown, 1993; M. Griffiths, 1996 (сверхценность, изменения настроения, рост толерантности, симптомы отмены, конфликт с окружающими и самим собой, рецидив. Кроме этого среди очевидных плюсов данного инструмента является, его структура, в которой заложен принцип пошкального и суммарного измерения.

Тест позволяет параллельно измерять специфические симптомы зависимости, среди которых: толерантность, симптом отмены, компульсивности и в тоже время еще и исключительно психологические аспекты такие как: способность управлять собственным временем и наличие внутриличностных проблем. Суммарность измерений выражается в наличии интегративных показателей, надшкального характера и показателя общего итога. Таким образом, тест учитывал системообразующие факторы зависимого поведения и мог иметь на наш взгляд высокий диагностический потенциал.

### *Выводы по первой главе*

В соответствии с целью и задачами исследования мы рассмотрели и проанализировали теоретические аспекты выбранной проблемы.

В отечественном и зарубежном научном пространстве понятие «киберсоциализация» является относительно новым.

Изучению данного процесса посвящены работы последних 15-20 лет, в которые развитие мобильных и информационных технологий привело к резкому укреплению в жизни людей нового пространства (киберпространства) для социализации.

Само существование киберсоциализации является признанным фактом и не является проблемой общества, а скорее новым этапом его эволюционного изменения.

При этом киберсоциализация оказывает влияние на человека изменяя его личностные характеристики, мотивы и способы удовлетворения потребностей. Данные изменения могут носить как позитивную. Так и негативную окраску.

При этом чрезмерное пребывание в киберпространстве и уход от традиционных методов взаимодействия в обществе может приводить к интернетзависимости.

В ситуации дистанционного обучения на фоне введенной изоляции происходит искусственное увеличение времени, проводимого в киберпространстве. При этом у студентов в ситуации дистанционного обучения наблюдаются признаки стресса, нестабильных эмоциональных состояний, тревожность, страх перед неопределённостью, связанные с пандемией.

Как и все новые ситуации с которыми сталкивается человек, дистанционное образование создает потенциал саморазвития и социального познания.

Но при этом остаются и риски развития негативных последствий искусственно индуцированной ситуации, в которой время пребывания в киберпространстве увеличивается за счет образовательного процесса, но при этом не происходит снижение привычной активности в сети.



## СОСТАВЛЯЮЩИЕ КИБЕРСОЦИАЛИЗАЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

### *Методы исследования и организация эксперимента*

Целью данного исследования является изучение составляющих киберсоциализации студентов-медиков (как объекта, субъекта и жертвы) в условиях дистанционного образования.

Для реализации поставленных задач было проведено исследование, участниками которого стали 52 студента лечебного факультета 1,3 и 6 курсов ГБОУ ВПО ДВГМУ, без учета гендерной принадлежности в возрасте от 18 до 25 лет соответственно. При этом данные три группы отличались не столько по возрасту, сколько по длительности дистанционного образования. Так 1 курс имел опыт дистанционного образования в течении 1 семестра (6 месяцев), 3 курс- 3,5 семестра, а 6- 5 семестров. Исследование проводилось в период с января 2022 г. по апрель 2022г.

В рамках исследования был проведен констатирующий эксперимент в период с января 2022 г. по апрель 2022г. На данном этапе проводилось исследование с помощью следующих методик (подробное описание методик представлено в Приложении):

1. контент-анализ термина «киберсоциализация» по методике Б.А. Еремеева с программной обработкой на базе Microsoft Excel;
2. опросник В.А. Плешакова "Диагностика потребностей, удовлетворяемых в интернет-среде"<sup>8</sup> с программной обработкой на базе Microsoft Excel;
3. тест интернет-зависимости Чена (шкала CIAS) в адаптации В.Л. Малыгина, К.А. Феклисова<sup>9</sup> с программной обработкой на базе Microsoft Excel;

### *Смысловые составляющие понятия «киберсоциализации» в представлении студентов-медиков*

В рамках исследования студентам было предложено продолжить фразу «Киберсоциализация – это». Далее тексты были подвергнуты контент-анализу по методике Б.А. Еремеева. Своеобразие представлений студентов-медиков о категории «киберсоциализация» определялось с помощью

<sup>8</sup> Белинцева Е.А., Романова М.В. Исследование гендерных различий социализации и киберсоциализации молодежи / Е.А. Белинцева, М.В. Романова // Электронный научно-публицистический журнал "Homo Cyberus". - 2018. - №1(4). [Электронный ресурс] - Режим доступа: [http://journal.homocyberus.ru/gender\\_differences\\_in\\_the\\_cyber\\_socializat...](http://journal.homocyberus.ru/gender_differences_in_the_cyber_socializat...), свободный

<sup>9</sup> «Интернет-зависимое поведение. Критерии и методы диагностики»: Учебное пособие. - М. МГМСУ, 2011. - 32 с. (Учебное пособие для студентов факультета клинической психологии по дисциплине специализации «Психологическая коррекция аддиктивного поведения»)

выявления «естественных», т.е. присущих самим респондентам, категориальных структур.

Согласно полученным данным, у студентов медиков можно отметить следующие результаты:

У студентов первого года обучения (один семестр дистанционного обучения) согласно представленной ниже таблице (табл.1) прослеживается несколько смысловых связей: «сеть»- «социальная»- «общество», «инновационная»- «технология»- «адаптация», «человек»- «адаптация»- социальная» и «люди»-общение- интернет (Рис.1).

Таблица 1

Корреляционная матрица представлений студентов-медиков 1 курса о понятии «киберсоциализация»

Слова	Слова											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1 социализация	0											
2 общение	0,05	0										
3 люди	0	<b>0,43</b>	0									
4 интернет	0,16	<b>0,44</b>	0,08	0								
5 адаптация	-0,3	-0,1	-0,1	-0,3	0							
6 человек	-0,4	0,03	0,33	-0,2	<b>0,47</b>	0						
7 общество	-0,3	-0,2	-0,2	-0,1	0,34	0,15	0					
8 сеть	-0,2	-0,1	-0,2	0,02	0,23	-0,2	<b>0,59</b>	0				
9 социальная	-0,3	-0,2	-0,2	-0,1	<b>0,41</b>	0	<b>0,53</b>	<b>0,91</b>	0			
10 инновационный	0,15	-0,1	-0,1	0	0,12	0	0,07	0	0,19	0		
11 технология	0	-0,3	-0,2	-0,2	<b>0,53</b>	0,09	0,2	0,09	0,24	<b>0,78</b>	0	

**0,49** - критическое значение для уровня значимости 0.01  
**0,38** - критическое значение для уровня значимости 0.05

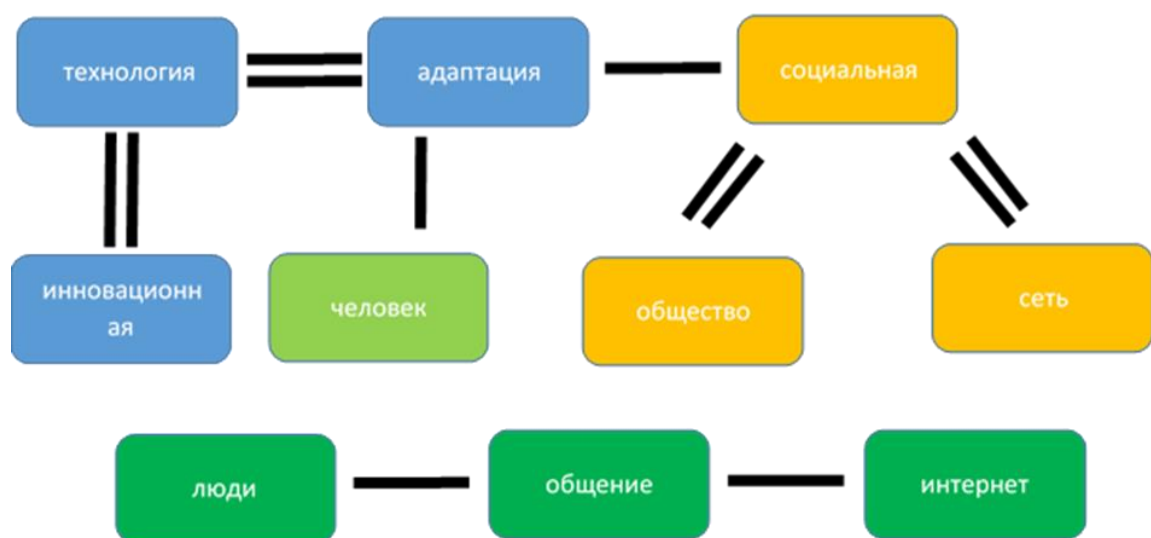


Рисунок 1. Корреляционная плеяда представлений студентов-медиков 1 курса о понятии «киберсоциализация»

Таким образом, анализ данных связей свидетельствует о восприятии киберсоциализации как адаптации человека как части социума к инновационным технологиям, социальным сетям, для возможности общения.

У студентов третьего года обучения (3,5 семестра дистанционного образования) исходя из данных нижеприведенной таблицы (Табл.2) происходит уменьшение связей по сравнению с предыдущей группой, но при этом связи носят более устойчивый характер. Прослеживается несколько смысловых связей: «адаптация»- «социальная»- «сеть», «современные»- «технология» (Рис. 2).

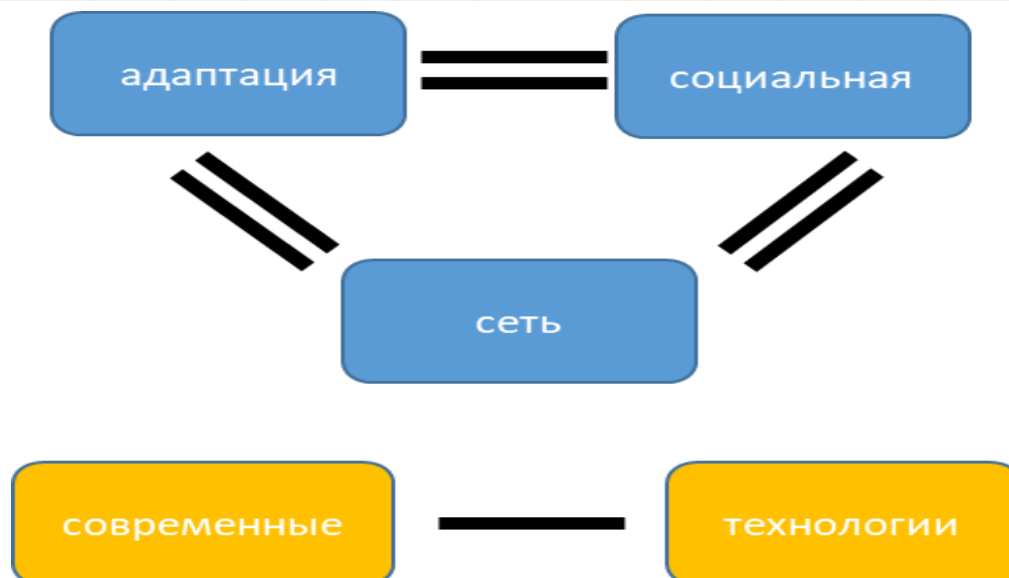
Таблица 2

*Корреляционная матрица представлений студентов-медиков 3 курса о понятии «киберсоциализация»*

Слова		Слова							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	адаптация	0							
2	социальная	0,688889	0						
3	сеть	0,860663	0,860663	0					
4	общение	0,188562	0,518545	0,410792	0				
5	современная	-0,14142	-0,14142	-0,22822	-0,4	0			
6	технология	0,188562	-0,14142	0,091287	-0,4	0,65	0		
7	человек	-0,04303	-0,34427	-0,16667	-0,22822	-0,22822	0,091287	0	
8	интернет	0,377778	0,066667	0,258199	0,188562	-0,14142	0,188562	0,258199	0

0,66 - критическое значение для уровня значимости 0.01

0,53 - критическое значение для уровня значимости 0.05



*Рисунок 2. Корреляционная плеяда представлений студентов-медиков 3 курса о понятии «киберсоциализация»*

Таким образом, анализ данных связей свидетельствует о восприятии киберсоциализации как адаптации человека социальным сетям, которые являются частью современных технологий.

У студентов шестого года обучения (5 семестров дистанционного образования) происходит дальнейшее уменьшение смысловых связей по сравнению с предыдущей группой, но при этом и качественно изменяется отношение к данному термину. В представленной таблице прослеживается смысловая связка «социальная»- «сеть» и «личность» - «становление» (Табл. 3).

Таблица 3

Корреляционная матрица: представление студентов-медиков 6 курса о понятии «киберсоциализация»

Слова	Слова								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 социальная	0								
2 сеть	0,74	0							
3 общество	-0,17857	-0,17857	0						
4 становление	-0,03858	-0,03858	-0,03858	0					
5 личность	-0,03858	-0,03858	-0,03858	0,74	0				
6 интернет	-0,31053	-0,31053	0,448543	0,260875	0,260875	0			
7 технология	-0,17857	-0,17857	-0,17857	-0,03858	-0,03858	-0,31053	0		
8 люди	-0,46291	-0,46291	-0,03858	-0,375	-0,375	0,260875	0,385758	0	
9 взаимодействия	-0,46291	-0,46291	-0,03858	-0,375	-0,375	-0,55902	0,385758	0,083333	0
0,74	- критическое значение для уровня значимости 0.01								
0,6	- критическое значение для уровня значимости 0.05								

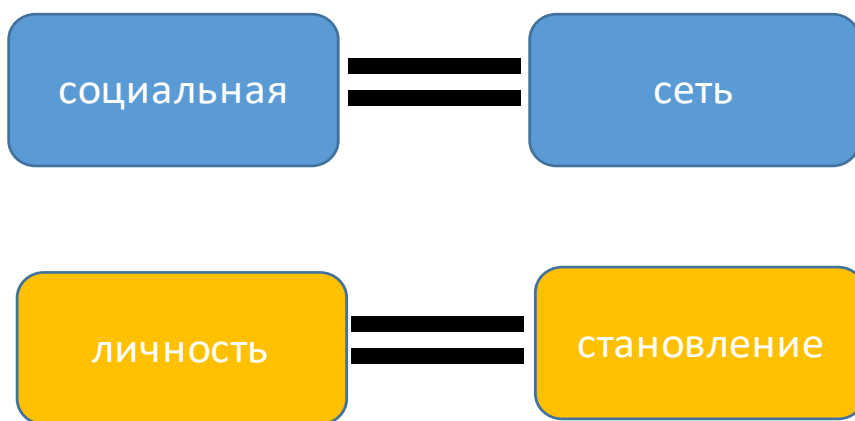


Рисунок 3. Корреляционная плеяда представлений студентов-медиков 6 курса о понятии «киберсоциализация»

Анализ данных связей свидетельствует о восприятии киберсоциализации как возможности общения в сети (связь с социальными сетями) и становления личности.

Совокупный анализ полученных данных дает нам следующие представления: у всех групп студентов имеются сходства в наличии связи киберсоциализации с социальной сетью т.е. возможностью общения, но при этом у первых двух групп имеется связь с необходимостью адаптации к новым для человека условиям, а у 3 группы (6 год обучения, 5 семестров дистанционного обучения), адаптация сменяется связью с возможностью для становления личности.

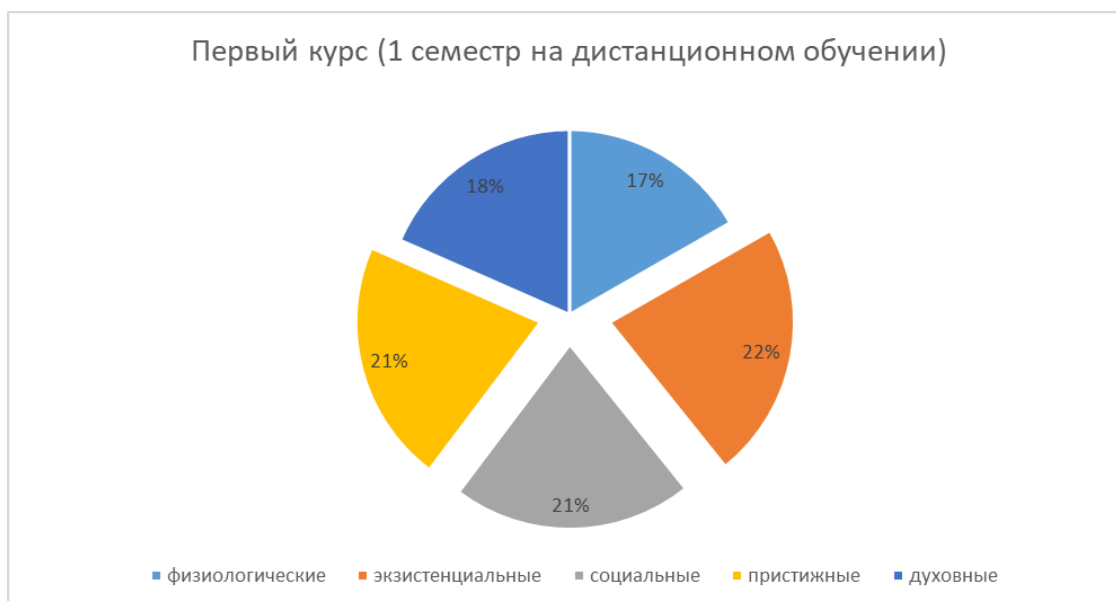
Отличием групп респондентов является количество и качество связей, которое изменяется в сторону уменьшения количества и усиления связей, что свойственно периоду адаптации.

Все это говорит о существенном влиянии киберсоциализации, которое первоначально проявляется в необходимости адаптации личности к новым условиям и сменяется периодом осознания новых возможностей для становления личности в новой среде.

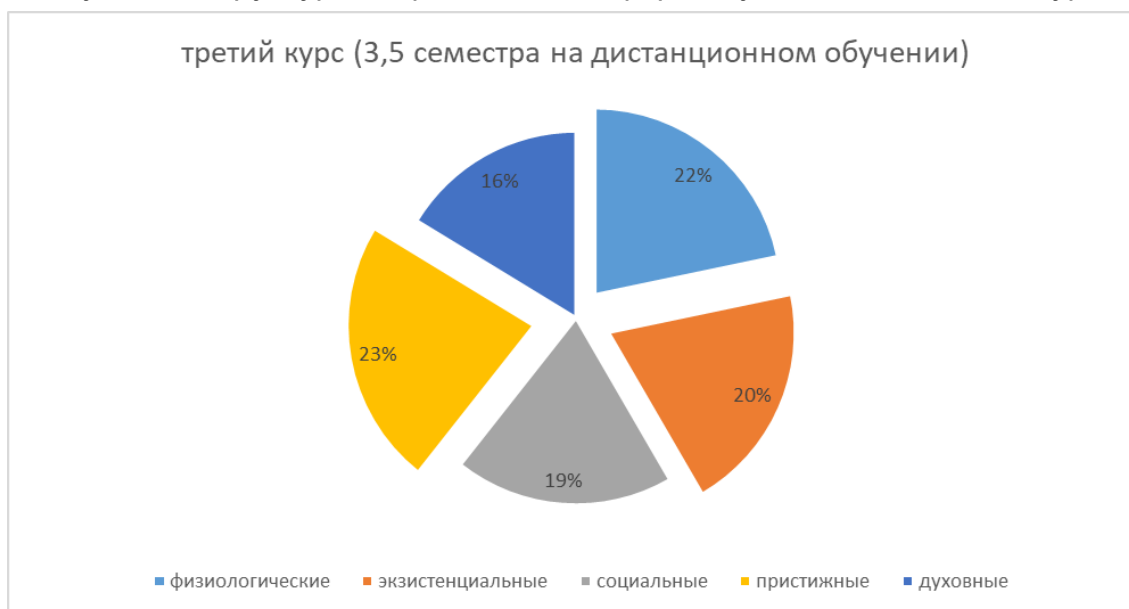
#### *Структура потребностной сферы студентов-медиков в условиях киберсоциализации*

С помощью опросника В.А. Плешакова «Диагностики потребностей, удовлетворяемых в интернет-среде», мы попытались выяснить основные потребности студентов, которые они удовлетворяют в сети Интернет.

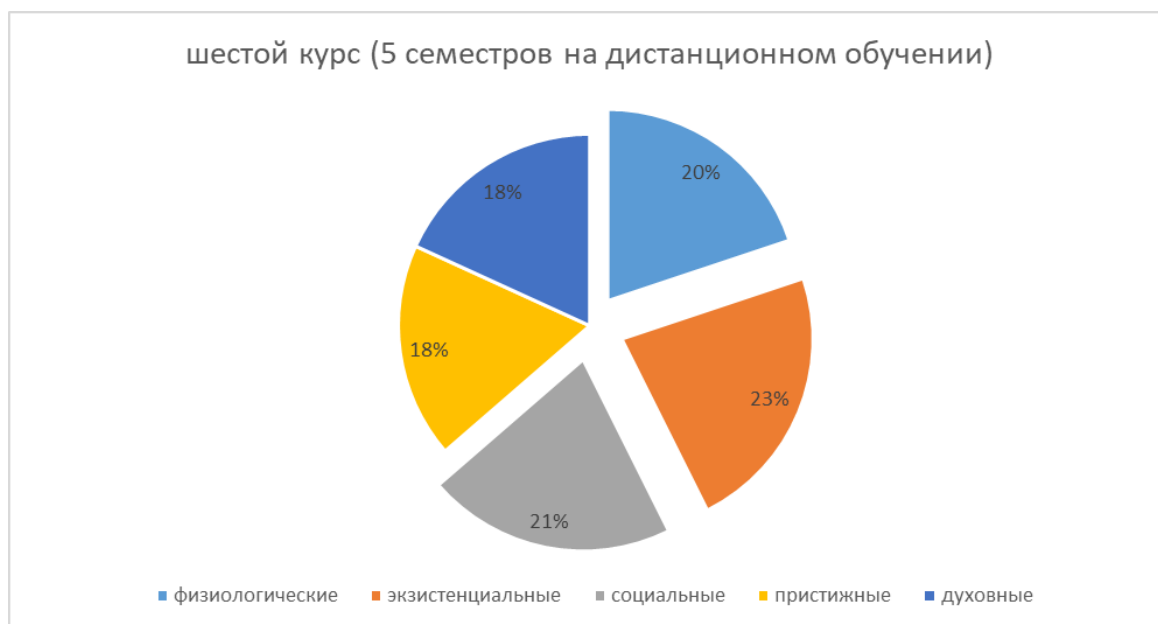
Полученные средние результаты по группам представлены на рисунке 4,5 и 6.



*Рисунок 4. Структура потребностной сферы студентов-медиков 1 курса*



*Рисунок 5. Структура потребностной сферы студентов-медиков 3 курса*



*Рисунок 6. Структура потребностной сферы студентов-медиков 6 курса*

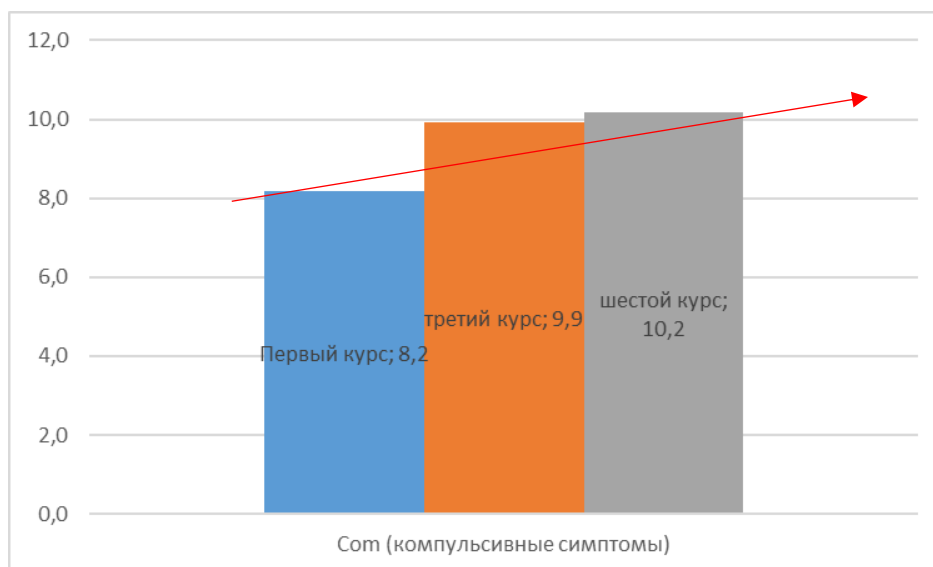
В ходе анализа результатов было установлено, что студенты 1 года обучения удовлетворяют преимущественно социальные, престижные и экзистенциальные потребности в киберпространстве. Студенты 3 года удовлетворяют преимущественно духовные, престижные и экзистенциальные потребности в киберпространстве. Студенты 6 курса удовлетворяют преимущественно социальные, духовные и экзистенциальные потребности.

При этом потребность, которая определяется возможностью анонимной принадлежности к определенным социальным группам, способствующим нахождению новых общественных связей, организации совместной деятельности удовлетворяется респондентами одинаково независимо от принадлежности к той или иной группе.

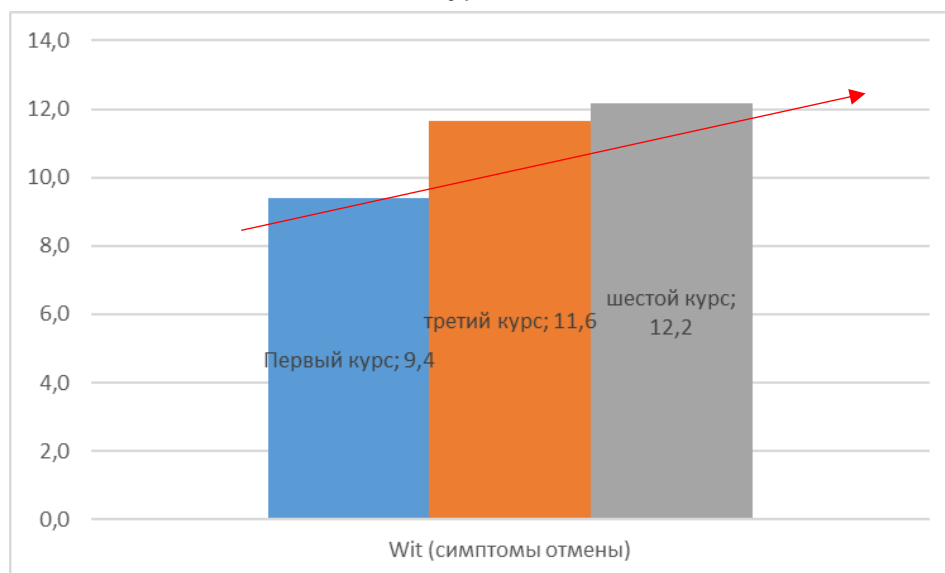
#### *Симптомы патологического пристрастия к интернету у студентов-медиков в условиях киберсоциализации*

Для выявления симптомов патологического пристрастия к интернету у студентов ДВГМУ был использован тест интернет-зависимости Чена (шкала CIAS) с программной обработкой на базе Microsoft Excel 2003.

Полученные средние результаты в сравнении между группами представлены на рисунке 7-14.



*Рисунок 7. Уровень компульсивных симптомов у студентов-медиков 1,3 и 6 курсов*



*Рисунок 8. Уровень симптомов отмены у студентов-медиков 1,3 и 6 курсов*



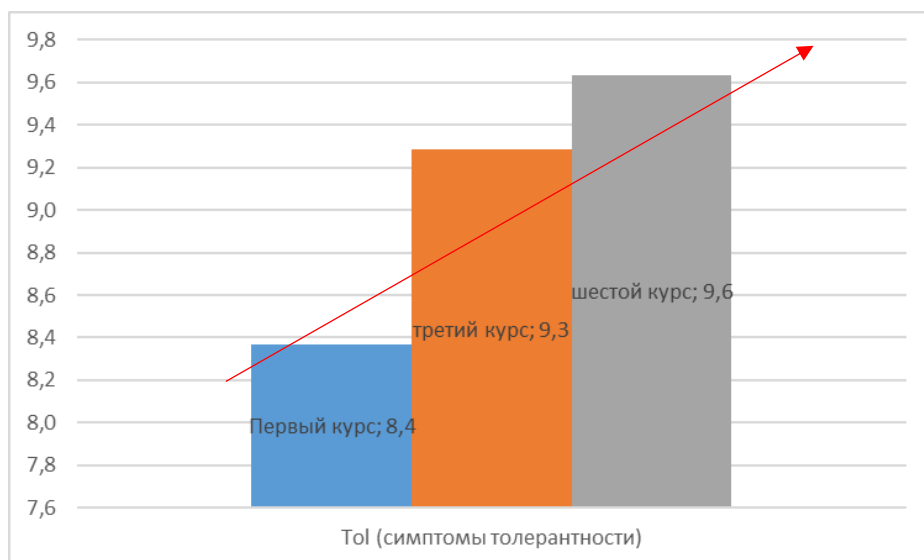


Рисунок 9. *Уровень симптомов толерантности у студентов-медиков 1,3 и 6 курсов*

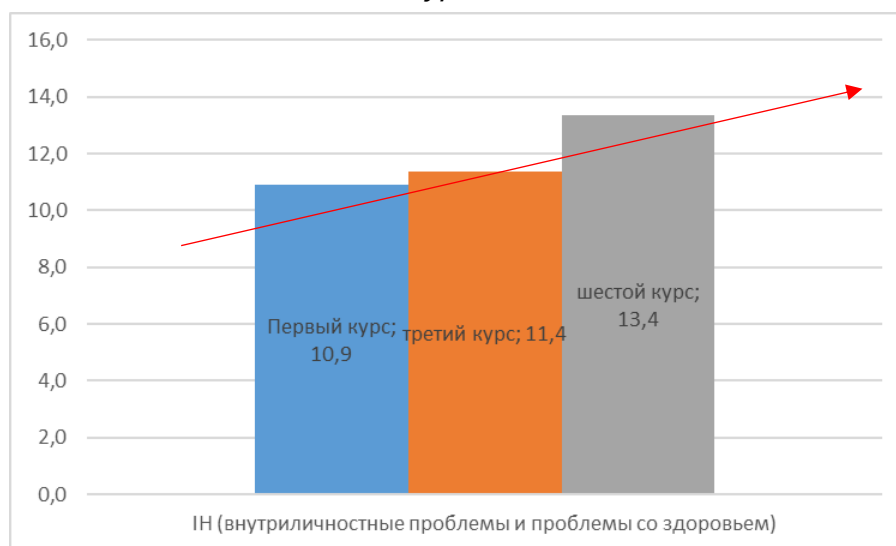
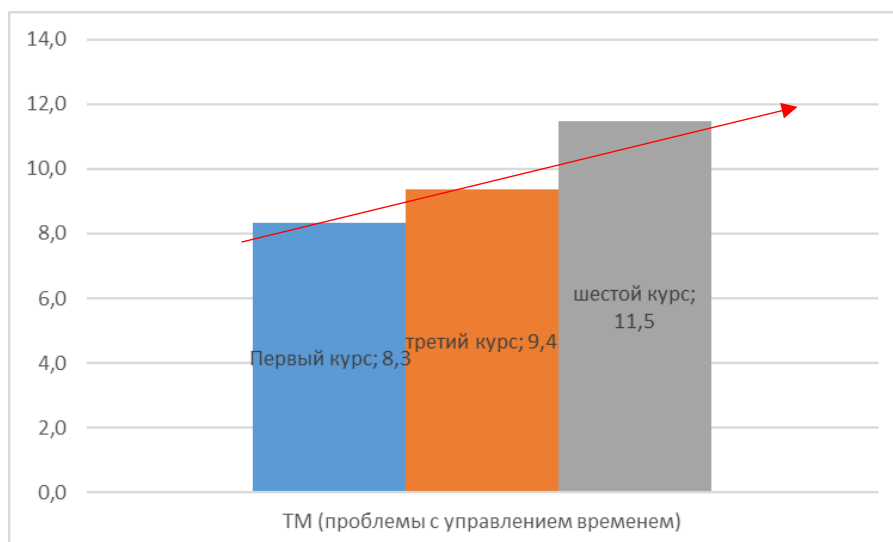
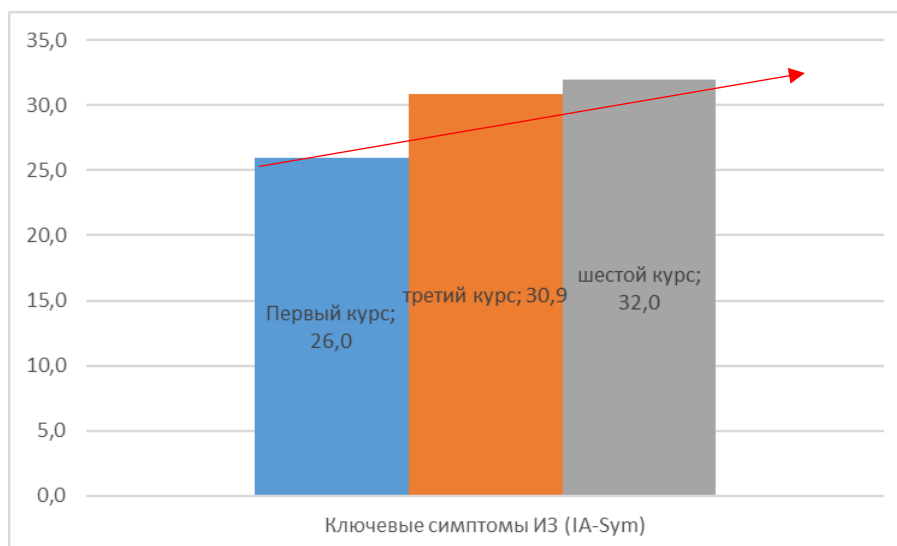


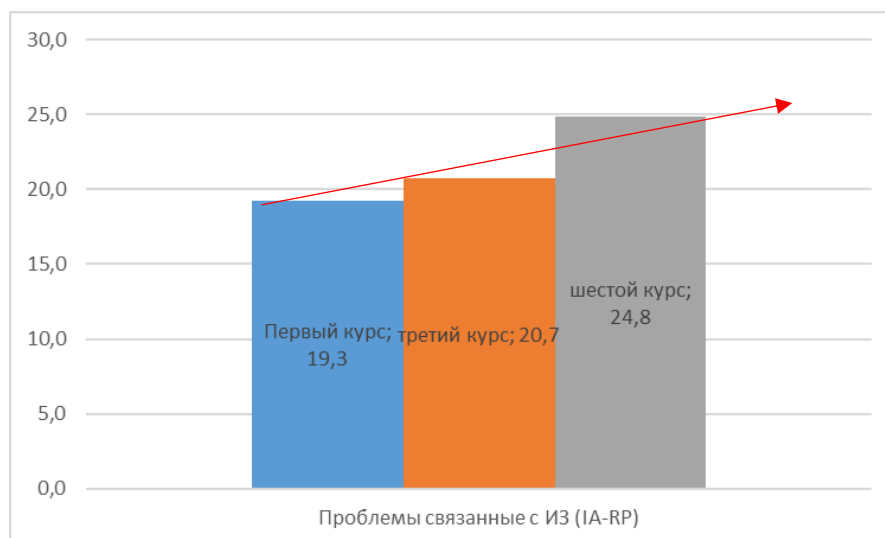
Рисунок 10. *Уровень симптомов внутриличностных проблем и проблем со здоровьем у студентов-медиков 1,3 и 6 курсов*



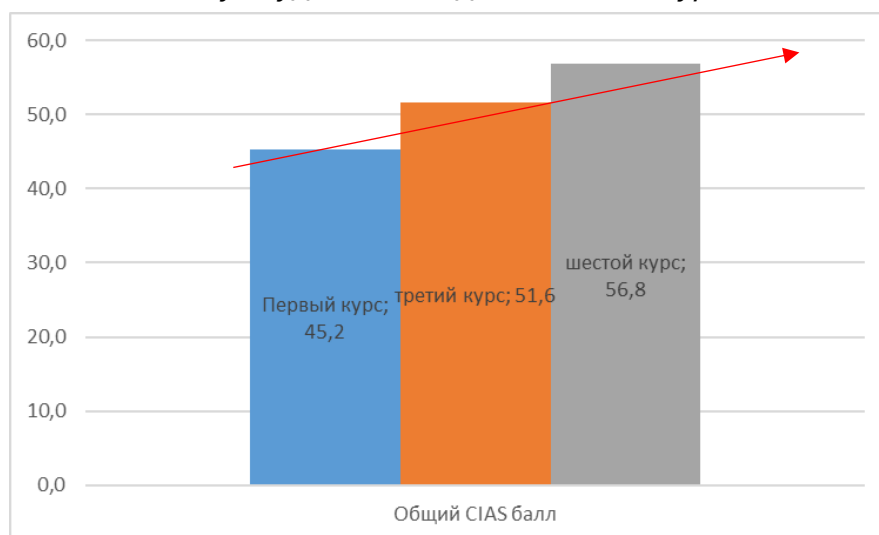
*Рисунок 11. Уровень симптомов проблем с управлением временем у студентов-медиков 1,3 и 6 курсов*



*Рисунок 12. Уровень ключевых симптомов у студентов-медиков 1,3 и 6 курсов*



*Рисунок 13. Уровень симптомов проблем связанных с интернет зависимостью у студентов- медиков 1,3 и 6 курсов*



*Рисунок 14. Уровень общего балла у студентов- медиков 1,3 и 6 курсов*

Проведенный анализ полученных данных показал, что большинство средних значения показателей на 1 курсе (6 месяцев дистанционного обучения) находятся на минимальном уровне риска с незначительным превышением уровня симптомов толерантности (до 8,4) и общего CIAS балла (до 45,2) до уровня склонности, при этом процент студентов, имеющих один или более устойчивый паттерн составило 14%.

На 3 курсе (3,5 семестра на дистанционные образования) отмечалось нахождения большинства показателей на уровне склонности, и только уровень внутриличностных проблем и проблем со здоровьем, проблем с управлением временем, проблем связанные с интернет зависимостью оставались

на минимальном уровне, при этом процент студентов, имеющих один или более устойчивый паттерн составило 28%.

На шестом курсе (5 семестров на дистанционные образования) значение всех показателей находятся на уровне склонности к интернет зависимости, при этом процент студентов, имеющих один или более устойчивый паттерн увеличилось до 36%.

### *Выводы по второй главе*

Целью данного исследования является изучить составляющие киберсоциализации студентов-медиков (как объекта, субъекта и жертвы) в условиях дистанционного образования. Согласно поставленной цели у трех групп студентов с различным по продолжительности периодом дистанционного образования, были проведены исследования, а именно контент-анализ, анализ потребностей, реализуемых в интернете, а также оценка критериев интернет зависимости.

Анализ полученных данных при исследовании групп студентов-медиков дает нам следующие представления:

Киберпространство является новым пространством для организации жизнедеятельности человека, предъявляя к нему определенные требования, что на первоначальном этапе дистанционного образования выражается в необходимости к адаптации к условиям, через поиск новых форм взаимодействия. В конечном этапе данного процесса происходит установление новых для человека форм взаимодействия, что приводит к открытию возможности становления и развитию личности в условиях киберпространства.

С помощью диагностики потребностей, удовлетворяемых в интернете мы установили, что данные потребности со временем изменяются и на смену престижным потребностям приходят духовные, при этом неизменными остаются экзистенциальные потребности.

При анализе признаков интернет зависимости нами установлен факт увеличения риска. При этом сравнительный анализ показывает рост рисков по всем признакам как при сравнении средних значений, так и индивидуальных.

Таким образом, в связи с вынужденным увеличением времени пребывания в киберпространстве происходит изменение составляющих киберсоциализации, т.е. происходит взаимодействие киберпространства и личности. Киберсоциализация оказывает влияние на личность открывая новые возможности для ее становления. В киберпространстве удовлетворяются

потребности человека, при этом с течением времени происходит удовлетворение и духовных потребностей. Но данные положительные эффекты киберсоциализации сопряжены с увеличением рисков развития интернет зависимости.

### **Заключение**

Резюмируя данные, полученные в ходе теоретического обзора и практического исследования мы можем подвести итоги.

В соответствии с целью и задачами исследования мы рассмотрели и проанализировали теоретические аспекты выбранной проблемы.

В отечественном и зарубежном научном пространстве понятие «киберсоциализация» является относительно новым.

Изучению данного процесса посвящены работы последних 15-20 лет, в которые развитие мобильных и информационных технологий привело к резкому укреплению в жизни людей нового пространства (киберпространства) для социализации.

Само существование киберсоциализации является признанным фактом и не является проблемой общества, а скорее новым этапом его эволюционного изменения.

При этом киберсоциализация оказывает влияние на человека изменяя его личностные характеристики, мотивы и способы удовлетворения потребностей. Данные изменения могут носить как позитивную, так и негативную окраску.

Чрезмерное пребывание в киберпространстве и уход от традиционных методов взаимодействия в обществе может приводить к интернет зависимости.

В ситуации дистанционного обучения на фоне введенной изоляции происходит искусственное увеличение времени, проводимого в киберпространстве. При этом у студентов в ситуации дистанционного обучения наблюдаются признаки стресса, нестабильных эмоциональных состояний, тревожность, страх перед неопределённостью, связанные с пандемией.

Как и все новые ситуации с которыми сталкивается человек, дистанционное образование создает потенциал саморазвития и социального познания.

Но при этом остаются и риски развития негативных последствий искусственно индуцированной ситуации, в которой время пребывания в киберпространстве увеличивается за счет образовательного процесса, но при

этом не происходит снижение привычной активности в сети, что указывает на необходимость наиболее эффективно организовать деятельность студентов.

Анализ полученных данных при исследовании групп студентов-медиков дает нам следующие представления:

Киберпространство является новым пространством для организации жизнедеятельности человека, предъявляя к нему определенные требования, что на первоначальном этапе дистанционного образования выражается в необходимости к адаптации к условиям, через поиск новых форм взаимодействия. В конечном этапе данного процесса происходит установление новых для человека форм взаимодействия, что приводит к открытию возможности становления и развитию личности в условиях киберпространства.

С помощью диагностики потребностей, удовлетворяемых в интернете мы установили, что данные потребности со временем изменяются и на смену престижным потребностям приходят духовные, при этом неизменными остаются экзистенциальные потребности.

При анализе признаков интернет зависимости нами установлен факт увеличения риска. При этом сравнительный анализ показывает рост рисков по всем признакам как при сравнении средних значений, так и индивидуальных.

Таким образом, в связи с вынужденным увеличением времени пребывания в киберпространстве происходит изменение составляющих киберсоциализации, т.е. происходит взаимодействие киберпространства и личности. Киберсоциализация оказывает влияние на личность открывая новые возможности для ее становления. В киберпространстве удовлетворяются потребности человека, при этом с течением времени происходит удовлетворение и духовных потребностей. Но данные положительные эффекты киберсоциализации сопряжены с увеличением рисков развития интернет зависимости.

**Приложения**  
**Использованный в исследовании опросный лист**

Пол		Возраст	
Я обучался дистанционно за все время обучения в ДВГМУ			(указать количество семестров)

Блок №1				
Под термином «киберсоциализация» я понимаю:				
Блок №2				
№	Утверждение	Да	Иногда	Нет
1	бывает, что я заказываю продукты питания через Интернет;			
2	я приобретаю одежду в интернет-магазинах, на форумах;			
3	я совершаю покупки предметов первой необходимости с помощью Интернета;			
4	некоторая информация, размещенная в Интернете, помогает понять, как действовать в условиях экстремальной ситуации;			
5	интернет привлекателен возможностью общаться анонимно;			
6	в Интернете легче, чем в реальной жизни избегать общения с неприятными людьми или на неприятные темы;			
7	интернет является для меня одним из средств общения;			
8	интернет дает мне возможность найти друзей по интересам;			
9	в Интернете всегда найдется тот, кто меня понимает;			
10	в Интернете можно найти людей, которые по достоинству оценят мои достижения (например, фотографии, рассказы, статьи, стихи, поделки и т.д.);			
11	интернет дает мне возможность донести до людей ценную информацию;			
12	интернет дает мне возможность продемонстрировать другим людям мои способности;			
13	интернет дает мне возможность развивать мои способности;			
14	немаловажное значение Интернета заключается для меня в том, что я имею возможность примерить на себя разные роли;			
15	интернет дает мне огромные возможности для продвижения моего любимого дела;			

**Тест-опросник В. Плешакова "Диагностика потребностей, удовлетворяемых в интернет-среде".**

*Данный тест содержит 5 шкал, каждая из которых соответствует группе потребностей, удовлетворяемых в интернет-среде.*

*На каждую шкалу предлагалось по три утверждения с вариантами ответов "Да", "Нет", "Иногда". Так, по шкале, определяющей удовлетворение с помощью Интернета физиологических потребностей, предлагалось оценить следующие утверждения:*

*- бывает, что я заказываю продукты питания через Интернет;*

- я приобретаю одежду в интернет-магазинах, на форумах;
- я совершаю покупки предметов первой необходимости с помощью Интернета;

*По шкале, определяющей удовлетворение с помощью Интернета экзистенциальных потребностей, испытуемые оценивали утверждения:*

- некоторая информация, размещенная в Интернете, помогает понять, как действовать в условиях экстремальной ситуации;
- интернет привлекателен возможностью общаться анонимно;
- в Интернете легче, чем в реальной жизни избегать общения с неприятными людьми или на неприятные темы.

*По шкале, определяющей удовлетворение в интернет-среде социальных потребностей, испытуемые оценивались следующие утверждения:*

- интернет является для меня одним из средств общения;
- интернет дает мне возможность найти друзей по интересам;
- в Интернете всегда найдется тот, кто меня понимает.

*Для оценки удовлетворения в интернет-среде престижных потребностей испытуемые оценивали утверждения:*

- в Интернете можно найти людей, которые по достоинству оценят мои достижения (например, фотографии, рассказы, статьи, стихи, поделки и т.д.);
- интернет дает мне возможность донести до людей ценную информацию;
- интернет дает мне возможность продемонстрировать другим людям мои способности.

*И для оценки удовлетворения с помощью Интернета духовных потребностей, испытуемым предлагались утверждения:*

- интернет дает мне возможность развивать мои способности;
- немаловажное значение Интернета заключается для меня в том, что я имею возможность примерить на себя разные роли;
- интернет дает мне огромные возможности для продвижения моего любимого дела.

*Каждое утверждение, на которое студент ответил "Да" получило 2 балла, "иногда" - 1 балл и "нет" - 0 баллов. Затем баллы по каждой шкале были просуммированы и, таким образом, была определена мера выраженности той или иной потребности.*



Блок №3					
№	Утверждение	Совсем не подходит	Слабо подходит	Частично подходит	Полностью подходит
1	Мне не раз говорили, что я провожу слишком много времени в Интернете				
2	Я чувствую себя некомфортно, когда я не бываю в Интернете в течение определенного периода времени.				
3	Я замечаю, что все больше и больше времени провожу в сети.				
4	Я чувствую, беспокойство и раздражение, когда Интернет отключен или недоступен.				
5	Я чувствую себя полным сил, пребывая онлайн, несмотря на чувствовавшуюся ранее усталость.				
6	Я остаюсь в сети в течение более длительного периода времени, чем намеревался, хотя я и планировал только «зайти на минутку».				
7	Хотя использование Интернета негативно влияет мои отношения с другими людьми, количество времени, потраченного на Интернет, остается неизменным.				
8	Несколько раз (>1) я спал менее четырех часов из-за того, что «завис» в Интернете.				
9	За последний семестр (или за последние 6 месяцев) я стал гораздо больше времени проводить в сети				
10	Я переживаю или расстраиваюсь, если приходится прекратить пользоваться Интернетом на определенный период времени.				
11	Мне не удается преодолеть желание войти в сеть.				
12	Я отмечаю, что я выхожу в Интернет вместо личной встречи с друзьями.				
13	У меня болит спина или я испытываю другого рода физический дискомфорт после сидения в Интернете				
14	Мысль зайти в сеть приходит мне первой, когда я просыпаюсь утром.				
15	Пребывание в Интернете привело к возникновению у меня определенных неприятностей в школе или на работе.				

16	Пребывая вне сети в течение определенного периода времени, я ощущаю, что упускаю что-то.				
17	Мое общение с членами семьи сокращается из-за использования Интернета.				
18	Я меньше отдыхаю из-за использования Интернета.				
19	Даже отключившись от Интернета после выполненной работы, у меня не получается справиться с желанием войти в сеть снова.				
20	Моя жизнь была бы безрадостной, если бы не было Интернета.				
21	Пребывание в Интернете негативно повлияло на мое физическое самочувствие.				
22	Я стараюсь тратить меньше времени в Интернете, но безуспешно.				
23	Для меня становится обычным спать меньше, чтобы провести больше времени в Интернете.				
24	Мне необходимо проводить всё больше времени в Интернете, чтобы получать то же удовлетворение, что и раньше.				
25	Иногда у меня не получается поесть в нужное время из-за того, что я сижу в Интернете.				
26	Я чувствую себя усталым днем из-за того, что ночью сидел в Интернете.				

### **Шкалы Теста Чена (CIAS)**

*Com (компульсивные симптомы): 11, 14, 19, 20, 22*

*Wit (симптомы отмены): 2, 4, 5, 10, 16*

*ToI (симптомы толерантности): 3, 6, 9, 24*

*IN (внутриличностные проблемы и проблемы со здоровьем): 7, 12, 13, 15, 17, 18, 21*

*TM (проблемы с управлением временем): 1, 8, 23, 25, 26*

*Каждый вопрос обозначен цифрами 1,2,3,4*

*Оценка шкал: суммировать все пункты шкалы*

*1. Ключевые симптомы Интернет-зависимости. IA-Sym = Com (компульсивные симптомы) + Wit (симптомы отмены) + ToI (симптомы толерантности)*

*2. Проблемы, связанные с интернет-зависимостью IA-RP= IN (внутриличностные проблемы и проблемы со здоровьем) + TM (проблемы с управлением временем)*

3. *Общий CIAS балл = Com + Wit + Tol + IH + TM*

*Пороги оценки интернет зависимого поведения при использовании шкалы Чена:*

*А) Минимальный риск возникновения интернет зависимого поведения Значения показателей по основным шкалам (оценка средних):*

- 1. Шкала компульсивных симптомов (Com): 7.5*
- 2. Шкала симптомов отмены (Wit): 7.875*
- 3. Шкала толерантности (Tol): 6.5*
- 4. Шкала внутриличностных проблем и проблем, связанных со здоровьем (IH): 8.875*
- 5. Шкала управления временем (TM): 7.25*

*Ключевые симптомы интернет зависимости (КСИЗ): 21,875*

*Проблемы, связанные с Интернет зависимостью (ПИЗ): 16, 125*

*Общий CIAS балл =(Com + Wit + Tol + IH + TM) от 27 до 42.*

*В) Склонность к возникновению интернет зависимого поведения*

*Значения показателей по основным шкалам (оценка средних):*

- 1. Шкала компульсивных симптомов: 9.78947*
- 2. Шкала симптомов отмены: 11, 52632*
- 3. Шкала толерантности: 7, 89474*
- 4. Шкала внутриличностных проблем и проблем, связанных со здоровьем: 11, 89474*
- 5. Шкала управления временем: 10, 63158*

*Ключевые симптомы интернет зависимости (КСИЗ): 29, 47368*

*Проблемы, связанные с Интернет зависимостью (ПИЗ): 22, 84211*

*Общий CIAS балл =(Com + Wit + Tol + IH + TM) от 43 до 64*

*С) Выраженный и устойчивый паттерн Интернет зависимого поведения Значения показателей по основным шкалам (оценка средних):*

- 1. Шкала компульсивных симптомов: 13.5*
- 2. Шкала симптомов отмены: 17.5*
- 3. Шкала толерантности: 11.667*
- 4. Шкала внутриличностных проблем и проблем, связанных со здоровьем: 17, 167*
- 5. Шкала управления временем: 15, 834*

*Ключевые симптомы интернет зависимости (КСИЗ): 42, 667*

*Проблемы, связанные с Интернет зависимостью (ПИЗ): 33,00*

*Общий CIAS балл =(Com + Wit + Tol + IH + TM) от 65 и выше*

## Глава 2. Клинические особенности тяжелой гипогликемии при сахарном диабете

Сахарный диабет (СД) является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современности. По данным Международной диабетической федерации (IDF), в 2019 году в мире насчитывалось 463 млн. людей с СД в возрасте от 20 до 79 лет, в 2021 году уже 537 млн. Помимо этого, у 1,1 миллиона детей и подростков в возрасте до 20 лет диагностирован СД 1 типа. К 2030 году предполагается увеличение количества больных СД до 578 млн., к 2045 году – до 700 млн. человек, то есть ожидается рост числа пациентов на 51%<sup>10</sup>. В Российской Федерации, как и во всех странах мира, отмечается существенный рост распространенности СД. По данным федерального регистра СД в РФ на 01.01.2021 г. состояло на диспансерном учете 4 799 552 человека (3,23% населения), из них: 92,5% (4 434 876) - СД 2 типа, 5,5% (265 400) - СД 1 типа и 2% (99 276) - другие типы СД, в том числе 9 400 женщин с гестационным СД<sup>11</sup>.

Аналогичная динамика эпидемиологических показателей отмечена и в Саратовской области: так если в 2004 году по данным регионального регистра «Сахарный диабет» количество больных составляло 39 012 человек, то на 08.10.2021 г. их число увеличилось более, чем в два раза и составило 87 878 пациентов, из них больные СД 2 типа - 84 289 человек, СД 1 типа - 3 592 пациента.

Необходимо отметить, что результаты статистического исследования свидетельствуют о более высоком реальном количестве пациентов СД, поскольку при этом учитываются только выявленные и зарегистрированные случаи заболевания. Результаты масштабного эпидемиологического исследования (NATION) подтверждают, что по обращаемости в клинической практике диагностируется лишь 54% СД 2 типа и у 46% пациентов СД выявляется только посредством активного скрининга. Среди людей, живущих с диабетом, трое из четверых (352 млн. человек) – лица трудоспособного возраста, то есть от 30 до 64 лет<sup>12</sup>.

Таким образом, реальная численность пациентов с СД в РФ не менее 10 млн. человек (около 7% населения), при этом у значительной части пациентов

<sup>10</sup> Руководство по борьбе с диабетом на основе Диабетического атласа Международной Федерации Диабета (IDF) 9-ого издания, 2019.-34 с.

<sup>11</sup> Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., Железнякова А.В., Исаков М.А. Эпидемиологические характеристики сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета на 01.01.21 г. // Сахарный диабет. 2021 - 24(3)- с. 204-221

<sup>12</sup> Эндокринология. Национальное руководство / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. –1112 с.

не осуществляется своевременная диагностика и лечение заболевания, что обуславливает высокий риск развития сосудистых осложнений диабета, которые являются основной причиной инвалидизации и смертности этих пациентов.

Большое и постоянно увеличивающееся число больных СД, а также принятая в настоящее время достаточно активная тактика лечения, направленная на достижение хорошего гликемического контроля, т.е. показателей сахара крови близких к нормальным значениям, закономерно привели к увеличению частоты развития ятрогенных гипогликемий. Значения глюкозы плазмы от 3,0 до < 3,9 ммоль/л (с симптомами или без) у больных СД, получающих сахароснижающую терапию, указывают на риск развития гипогликемии и требуют начала мероприятий на ее купирование. Значение глюкозы плазмы < 3,0 ммоль/л с симптомами или без – клинически значимая гипогликемия, требующая немедленного купирования длительно декомпенсированном течении сахарного диабета<sup>13</sup>. При этом больные могут чувствовать симптомы гипогликемии при уровне глюкозы в крови более 4-5 ммоль/л, в то же время те больные сахарным диабетом, которые длительно находятся на близком к нормальному уровню гликемии или имеющие вегетативную нейропатию, могут не ощущать снижение гликемии даже до уровня менее 2 ммоль/л. Гипогликемии делят на лёгкие и тяжёлые. Лёгкой, вне зависимости от степени выраженности симптомов, называют гипогликемию, при которой больному удаётся самостоятельно купировать её приёмом углеводов. Тяжёлой называют гипогликемию с различной степенью нарушения сознания, для выведения из которой потребовалась помощь другого лица (в виде парентерального введения глюкозы или пероральной дачи углеводов пациенту, который не был в состоянии поесть самостоятельно).

Гипогликемия является самым частым осложнением у больных СД, получающих лечение инсулином или таблетированными сахароснижающими средствами. Крайнее проявление гипогликемического состояния – гипогликемическая кома, которую определяют как остро возникающее с угрозой для жизни больных состояние, обусловленное быстрым и значительным снижением содержания глюкозы в крови<sup>14</sup>. Длительное энергетическое голодание при затянувшейся гипогликемии приводит к отеку вещества головного мозга, появлению мелкоточечных геморрагий в мозговые ткани, что в конечном итоге

<sup>13</sup> Алгоритм специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом // Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. - 10-й выпуск - М.: 2021. - 224 с.

<sup>14</sup> Тактика врача-эндокринолога: практическое руководство // Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 320 с.

является причиной структурных нарушений в клетках коры мозга, их гибели. Чувствительность отдельных структур ЦНС к энергетическому голоду неодинакова. В первую очередь, при гипогликемии страдают клетки серого вещества коры головного мозга, интенсивность обменных процессов в которых наибольшая. Часто повторяющиеся, а особенно глубокие гипогликемические комы, рано или поздно приводят к необратимому поражению нейронов коры головного мозга у больных СД, что клинически может проявляться церебрастенией, снижением памяти, интеллекта, иногда эпилептиформными припадками. У пожилых пациентов с поздними осложнениями СД гипогликемии могут спровоцировать такие сосудистые осложнения, как инфаркт миокарда, инсульт, кровоизлияние в клетчатку. Особенно опасна затянувшаяся более 30 минут гипогликемическая кома<sup>15</sup>.

При анализе 84 историй болезни пациентов, госпитализированных по поводу гипогликемической комы в эндокринологическое отделение МУЗ ГKB №9 г. Саратова установлено, что самой частой причиной, вызвавшей развитие данного экстренного состояния явилось недостаточное поступление углеводов в организм: пропуск приёма пищи либо приём недостаточного её количества. Вследствие недостаточного поступления с пищей углеводов в крови больного СД возникает дисбаланс между концентрацией инсулина и концентрацией глюкозы – относительный или абсолютный избыток инсулина. принимали ТССП, причём все они принимали препараты группы сульфонилмочевины – в виде монотерапии или в комбинации с бигуанидами.

Все пациенты, получавшие монотерапию ТССП, принимали препараты группы сульфонилмочевины, относящиеся к пероральным сахароснижающим секретогенам – препаратам, повышающим выработку поджелудочной железой эндогенного инсулина. По силе гипогликемизирующего (сахароснижающего) воздействия одним из самых эффективных препаратов данной группы является глибенкламид, поэтому использование глибенкламида, также как и инсулина, может рассматриваться в качестве фактора, повышающего риск развития гипогликемии и требует особой осторожности. Кроме того, нами было обращено внимание на наличие у большинства больных ряда факторов, предрасполагающих к развитию гипогликемии: отсутствие самоконтроля, одинокое проживание, наличие диабетической нефропатии с исходом в ХПН, лечение  $\beta$ -адреноблокаторами, приём салицилатов. Прежде всего, следует отметить недостаточное использование больными средств

---

<sup>15</sup> Мкртумян А.М., Нелаева А.А. Неотложная эндокринология. Учебное пособие. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 70 с.

самоконтроля. Средствами самоконтроля пользовались только 75% обследованных, причём пожилые и старые больные исследование глюкозы крови обычно осуществляли только натоцак и не чаще 1-2 раз в неделю, что не позволяет должным образом осуществлять контроль за течением СД. Одинок проживал каждый третий пациент пожилого возраста, что также является фактором риска развития тяжёлой гипогликемии, ведь пожилые люди в силу снижения памяти, а часто и беспомощности, нуждаются в особом уходе и тщательном контроле со стороны родственников за правильностью выполнения рекомендаций врача.

При анализе клинического течения СД у пациентов пожилого и старческого возраста отмечена большая частота рецидивирующих гипогликемий по сравнению с больными молодого возраста. Последствия перенесенных гипогликемий в старшей возрастной группе были наиболее тяжёлыми. Больше чем у половины больных развились осложнения: отёк вещества головного мозга (26%), острая сердечно-сосудистая недостаточность (22%), фибрилляция предсердий (13%).

#### Выводы:

1. Тяжёлые гипогликемии у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих сахарным диабетом, значительно чаще по сравнению с пациентами молодого и среднего возраста приводят к отёку головного мозга, а также к развитию острой сердечно-сосудистой недостаточности.
2. Подбор сахароснижающей терапии и выбор целевого уровня гликемии у пациентов старших возрастных групп требует осторожности и индивидуального подхода. С особой осторожностью необходимо подходить к назначению пожилым и старым пациентам, страдающим сахарным диабетом, инсулина и препаратов группы сульфонилмочевины, особенно обладающим сильным гипогликемизирующим (сахароснижающим) воздействием.
3. Необходимо информировать больного и его родственников о факторах, вызывающих развитие гипогликемии, клинических проявлениях, мерах профилактики и оказании доврачебной помощи.

### Глава 3. Несостоятельность швов после кесарева сечения – клиничко-лабораторные критерии риска

Кесарево сечение – это метод родоразрешения, при котором ребенок извлекается через разрез на матке 16.

В последнее время кесарево сечение является одним из востребованных способов родоразрешения, так как позволяет предотвратить опасность возможных осложнений в родах, сохранить здоровье матери и ребенка. Частота абдоминального родоразрешения за последние 10 лет в России возросла от 3,0 % до 47,4 % и это не обходится без увеличения риска развития осложнений 17.

К возможным осложнениям после кесарева сечения, среди прочих, следует отнести несостоятельность швов, которая может развиваться в двух вариантах – на матке и на передней брюшной стенке 18. При этом, если частота осложнения в виде несостоятельности шва на матке составляет 2,82 %, то на передней брюшной стенке она достигает более 20 % 19. Данные статистики обосновывают актуальность возрастающей проблемы несостоятельности шва на передней брюшной стенке, которая в соответствии с МКБ-10 классифицируется как инфекция хирургической акушерской раны (МКБ O86.0) 20.

По мнению ученых существует множество факторов риска развития несостоятельности шва на передней брюшной стенке. К ним следует отнести хронические заболевания органов дыхания, пищеварения, органов мочевого выделения, патологию эндокринных органов 21. Среди гинекологических заболеваний воспалительного характера, доля которых среди факторов риска развития данного осложнения составляет 30 %, следует отметить бактериальный вагиноз, вагинит, хронический цервицит, а также инфекции, передающиеся половым путем 22. Среди заболеваний, имеющих в акушерском

<sup>16</sup> Савельева Г. М., Караганова Е.Я. Кесарево сечение // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. - 2015. - №2. - С. 23-29.

<sup>17</sup> Потапова М.Ю. Оптимизация интра- и послеоперационной антибиотикопрофилактики у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.01. - канд.мед. наук, 2018. - 79 с.

<sup>18</sup> Щукина Н. А., Благина Е. И., Барина И. В. Причины формирования и методы профилактики несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения // Альманах клинической медицины. - 2015. - №37. - С. 85–92.

<sup>19</sup> Агарев А.Е. Прогнозирование развития гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде у пациенток акушерских стационаров второго уровня // материалы IV Всерос. науч. конф. молодых специалистов, аспирантов, ординаторов с междунар. участием. - Рязань: 2018. - С. 17-22.

<sup>20</sup> Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) // <https://mkb-10.com/> URL: <https://mkb-10.com/> (дата обращения: 16.07.2022).

<sup>21</sup> Коробков Н.А. Клиничко-бактериологическая характеристика послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний // Журнал акушерства и женских болезней. - 2015. - №4. - С. 13-18.

<sup>22</sup> Рыбалка А.Н., Сулима А.Н., Яковчук Е.К., Дига М.А. Хронический эндометрит: пути решения проблемы (обзор литературы) // Современная медицина: актуальные вопросы. - 2016. - №4-5. - С. 47-54.



анамнезе женщин, следует выделить медицинские и самопроизвольные аборт; угрозу прерывания беременности, длительный (более 6 часов) «безводный» период перед родами, затяжное течение родов, тяжелую преэклампсию; перенесенные во время беременности инфекционные экстрагенитальные и генитальные заболевания 23.

К лабораторным показателям, которые следует отнести такие маркеры риска формирования несостоятельности швов после кесарева сечения, в силу развития инфекционного осложнения, как С-реактивный белок, фибриноген, прокальцитонин 24. Данные лабораторные показатели по результатам исследований играют немаловажное значение в оценке тяжести и динамики состояния пациенток с септическими осложнениями на фоне лечения, а прокальцитонин, кроме того, является маркером присоединения бактериальной инфекции. Немаловажное значение имеет определение уровня содержания эритроцитов, гемоглобина, железа, витамина В12, фолиевой кислоты, а также показателей гемостаза 25. По мнению О.С. Ивашовой и некоторых других исследователей при тяжелых формах послеродовой инфекции могут развиваться тяжелые нарушения гемостаза, проявляющиеся формированием тромбоза вен матки и магистральных сосудов малого таза 26. В основе данных нарушений, как считают авторы, лежит системный воспалительный ответ – своеобразное генерализованное внутрисосудистое воспаление, приводящее к повреждению эндотелия и развитию полиорганной недостаточности 27.

Значение состояния иммунитета в патогенезе развития инфекционных осложнений после кесарева сечения у родильниц в своих работах подтверждают Б.Л. Гуртова, А.В. Подгорная и др 28. По мнению ученых ближе к концу беременности, а также в ранний послеродовой период у женщин может сформироваться транзиторный иммунодефицит, который проявляется в нарушении как клеточного, так и гуморального иммунитета, что создает

<sup>23</sup> Мальцева Л.И., Шарипова Р.И. Хронический эндометрит - новое время, новые подходы к лечению // Практическая медицина. 2019. - №4 - С. 23-29.

<sup>24</sup> Клинические рекомендации "Клинические рекомендации «Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и послеродовом периоде»" от 21.11.2011 № статья 76 Федерального закона № 323-ФЗ // М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2017.

<sup>25</sup> Клинические рекомендации "Клинические рекомендации «Септические осложнения в акушерстве»" от 21.11.2011 № статья 76 Федерального закона № 323-ФЗ // М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2017.

<sup>26</sup> Ивашова О. Н., Лебедева О. П., Пахомов С. П. Антимикробные пептиды в патогенезе инфекционных осложнений в акушерстве и гинекологии // Журнал акушерства и женских болезней. – 2014. – № 5. – С. 73–81.

<sup>27</sup> Najj O., Daemen A., Abdallah Y., Smith A., Pexsters A., Stalder S., Saso S., Ghaem-Maghani A., McIndoe D., Timmerman D., Bourne T. Longitudinal measurements of Caesarean section scar size and residual myometrial thickness in pregnancy as predictors of scar appearance at repeat Caesarean delivery // Ultrasound in obstetrics and gynecology. - 2011. - №38. - С. 47-51.

<sup>28</sup> Гуртова Б. Л., Ванько Л. В., Касабулатов Н. М Клинико-иммунологические особенности родильниц с послеродовым эндометритом // Акушерство и гинекология. - 2011. - №1. - С. 30-34.

условия для развития гнойно-воспалительных заболеваний в послеродовом периоде 29.

Инфекционные осложнения после оперативных родов всегда сопровождаются бактериальной контаминацией<sup>30</sup>. Единого мнения ученых по поводу значимых бактериальных агентов в развитии гнойно-воспалительных инфекций в акушерстве на данный момент не существует. Среди ведущих этиологических агентов одни авторы выделяют *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, другие – *Micoplasma genitalium*, *Chlamydia trachomatis*, стрептококки группы В, среди которых наиболее значим является *Streptococcus agalactiae*<sup>31</sup>. Достоверным признаком развившегося послеродового гнойно-воспалительного заболевания является выделение этиологически значимых микроорганизмов в количестве равном или более  $1 \cdot 10^3$  КОЕ /мл<sup>32</sup>.

Полноценная оценка клинико-лабораторных показателей позволяют своевременно выявить опасность развития инфекции акушерской хирургической раны и предотвратить развитие такого грозного осложнения, как сепсис. Однако до настоящего времени не установлен перечень прогностически значимых факторов риска развития послеоперационного осложнения после кесарева сечения, что обосновывает актуальность исследования.

**Цель работы** – обосновать прогностически значимые клинико-лабораторные факторы в развитии несостоятельности швов после кесарева сечения.

**Материалы и методы.** Анализ клинико-лабораторных показателей был проведен ретроспективно при оценке 139 историй болезни женщин гинекологического профиля. Для определения значимых клинико-лабораторных критериев было выделено две группы женщин: 1-я группа – 67 женщин в возрасте от 16 до 41 года (средний возраст –  $26,26 \pm 1,41$ ) без осложнений (шифр по МКБ О82.0); 2-я группа – 72 пациентки в возрасте от 17 до 38 лет

<sup>29</sup>Подгорная А.В., Махмутходжаев А.Ш., Кох Л.И., Михеенко Г.А., Юрьев С.Ю. Неспецифический иммунитет влагалища у беременных женщин с рецидивирующим бактериальным вагинозом // Современные проблемы науки и образования. - 2017. - № 1. - С. 14-19.

<sup>30</sup>Плотко Е.Э., Ворошилина Е.С., Хаютин Л.В., Абакумова Е.И., Тумбинская Л.В., Донников А.Е. Репродуктивное поведение женщины и состояние биоценоза влагалища // Уральский медицинский журнал. - 2013. - №10 (64). - С. 150-154.

<sup>31</sup> Шипицына Е.В., Мартикайнен З.М., Воробьева Н.Е., Ермошкина М.С., Степанова О.С., Донников А.Е. и др. Применение теста Фемофлор для оценки микробиоценоза влагалища // Журнал акушерства и женских болезней. - 2016. - №3. - С. 38-44.

<sup>32</sup> Болдырева М.Н., Липова Е.В., Алексеев Л.П., Витвицкая Ю.Г., Гуськова И. А. Характеристика биоты урогенитального тракта у женщин репродуктивного возраста методом ПЦР в режиме реального времени // Журнал акушерства и женских болезней. - 2019. - №8(6). - С. 36-42.

(средний возраст – 27,48±0,77) с несостоятельностью швов после кесарева сечения (шифр по МКБ 10 – O86.0)

Статистическую обработку данных клинических и лабораторных исследований проводили с использованием статистической программы R-4.0.2 и электронных таблиц Excel. Для количественных признаков, имеющих нормальное распределение, вычисляли среднее значение (M), стандартная ошибка среднего (SE). Для количественных признаков, не имеющих нормальное распределение, вычисляли медиану (Me) и интерквартильный размах (IQR).

Достоверность различия распределения нормально распределенных количественных признаков оценивали с помощью t-критерия Стьюдента. Для признаков, имеющих распределение отличное от нормального, применялись непараметрические методы (критерий Манна-Уитни). Нормальность распределения количественных признаков проверялась с помощью теста Колмогорова-Смирнова и визуальной оценки графиков квантиль-квантиль. Для оценки различия распределения качественных характеристик использовался критерий согласия  $\chi^2$  (хи-квадрат) или точный критерий Фишера. Для определения факторов риска развития инфекции хирургической акушерской раны на передней брюшной стенке после кесарева сечения был проведен однофакторный регрессионный анализ.

**Результаты и обсуждения.** На первом этапе проанализировали возможные количественные критерии, характеризующие анамнез жизни (возраст, количество родов) и заболевания (длительность госпитализации) пациенток.

В таблице 1 представлена оценка факторов риска, имеющих в анамнезе у пациенток, способствующих развитию инфекционного осложнения после абдоминального родоразрешения.

Таблица 1

Оценка факторов риска, имеющих в анамнезе у пациенток, способствующих развитию инфекционного осложнения после абдоминального родоразрешения

Показатели	Группа пациенток		p
	1 (n=67)	2 (n=72)	
	Me (Q1-Q3)	Me (Q1-Q3)	
Возраст, лет	26,50 (19,87-33,12)	27,00 (22,00-32,50)	0,390
Количество родов, раз(а)	1,00 (1,00-2,00)	1,00 (1,00-2,00)	0,440
Показатели	Группа пациенток		p
	1 (n=67)	2 (n=72)	
	Me (Q1-Q3)	Me (Q1-Q3)	
Длительность госпитализации, дня(ей)	6,00 (5,00-8,00)	10,00 (8,00-13,00)	0,003*
Примечания: 1. Me – медиана 2. Q1-Q3 – (25 %-75 %) интерквартильный размах 3. «*» – различие с показателями контрольной группы статистически значимо (p<0,05)			

Из данных, представленных в таблице, следует, что статистически значимые различия (p=0,003) наблюдаются по показателю длительности госпитализации. Медианная длительность госпитализации составила 10 дней для женщин с инфекцией раны на передней брюшной стенке после кесарева сечения против 6 дней – для группы здоровых пациенток.

При оценке клинических факторов риска во внимание принимали заболевания, зарегистрированные у женщин до беременности. На рисунке 1 видно, что в группе риска по возможности развития инфекции хирургической раны находятся женщины в второй группе с нарушениями гинекологического анамнеза, а именно с хроническим цервицитом (p=0,0032). Значимыми факторами риска являются нарушения общего обмена веществ, а именно, ожирение (p=0,0035) и гипотиреоз (p=0,0043). Достоверных отличий между контрольной группой и группой лиц с инфекцией хирургической акушерской раны, среди лиц, имеющих диагноз – железодефицитная анемия, гестационный сахарный диабет, артериальная гипертензия выявлено не было.

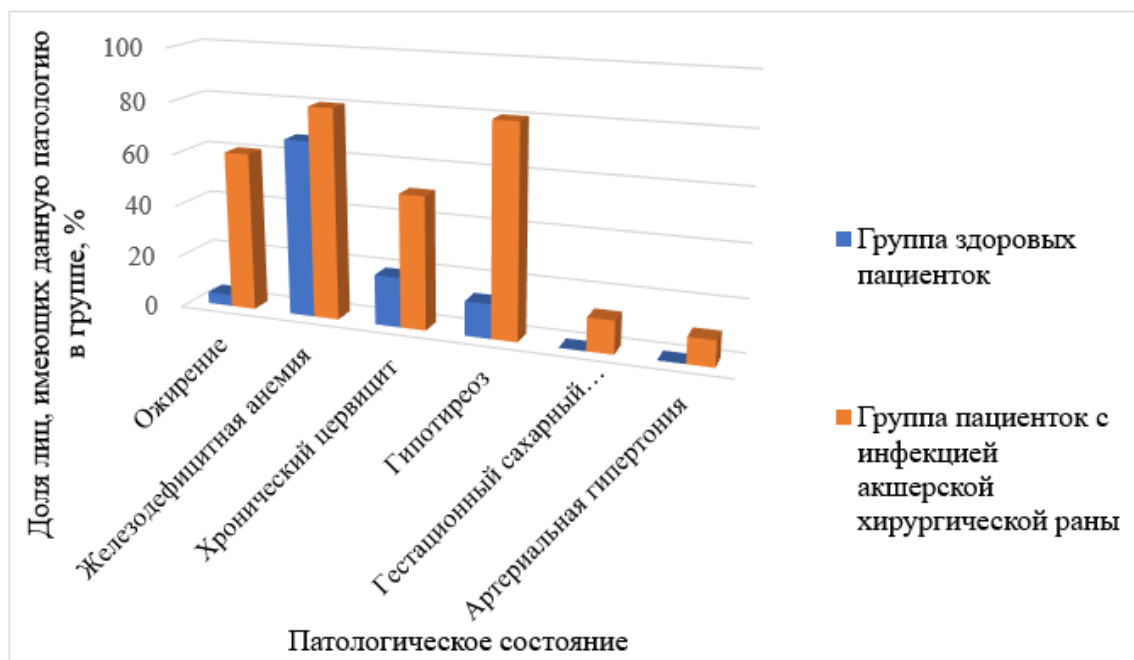


Рисунок 1 – Оценка патологических состояний, имеющихя до беременности у женщин в сравниваемых группах

Для оценки значимости данных патологических состояний в развитии инфекции хирургической акушерской раны провели серию однофакторных логистических регрессионных анализов. Переменной отклика служило наличие или отсутствие инфекции хирургической акушерской раны на передней брюшной стенке (в виде бинарной переменной), а предикторами являлись все исследуемые клинические факторы риска. Результаты однофакторного регрессионного анализа по клиническим факторам риска у пациенток с кесаревым сечением представлены в таблице 2.

Таблица 2

Результаты однофакторного регрессионного анализа по клиническим факторам риска у пациенток с кесаревым сечением

Заболевание	ОШ	CI95%	р
Ожирение	0,54	0,18   1,76	0,029*
Хронический цервицит	0,43	0,13   1,69	0,027*
Гипотиреоз	0,57	0,17   1,68	0,024*

Примечания:  
 1. CI95% – 95 % доверительный интервал.  
 2. ОШ – отношение шансов  
 3. «\*» – критическим уровнем статистической значимости различий (р) установлено значение  $p < 0,05$

По результатам однофакторного регрессионного анализа клиническими факторами риска, ассоциированными с развитием инфекции хирургической акушерской раны на передней брюшной стенке, у женщин стали: ожирение, хронический цервицит, гипотиреоз.

Также оценили лабораторные показатели у женщин после кесарева сечения используя данные, представленные в историях болезни. Результаты оценки показателей развернутого анализа крови представлены в таблице 3

Таблица 3

Оценка развернутого анализа крови у пациенток после кесарева сечения

Показатели крови, единица измерения	Группа пациенток		p
	1 (n=67)	2 (n=72)	
	Me (Q1-Q3)	Me (Q1-Q3)	
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	3,00 (2,25-3,75)	3,66 (3,00-4,00)	0,053
Гемоглобин, г/л	(107,82 $\pm$ 3,81)**	(111,68 $\pm$ 2,36)*	0,063
Тромбоциты, $\times 10^9/л$	273,50 (205,13-341,85)	320,00 (240,00-400,00)	0,070
Лейкоциты, $\times 10^9/л$	9,00 (6,75-11,25)	16,56 (13,36-21,40)	0,031*
Нейтрофилы, %	56,15 (42,50-73,20)	83,73 (62,70-104,60)	0,001*
Эозинофилы, %	0,15 (0,11-0,19)	0,11 (0,08-0,13)	0,151
Моноциты, %	5,13 (3,84-6,41)	6,70 (5,03-8,37)	0,260
Лимфоциты, %	26,39 (19,79-32,98)	8,63 (6,47-10,78)	0,036*
Примечания: 1. Me – медиана 2. Q1-Q3 (25 %-75 %) – интерквартильный размах 3. «*» – различие с показателями контрольной группы статистически значимо ( $p < 0,05$ ) 4. «**» – совокупность данных с нормальным распределением			

Анализ показателей, представленных в таблице, свидетельствует о наличии у большей доли пациенток с инфекцией акушерской хирургической раны по данным развернутого анализа крови состояния анемии, которое характеризуется снижением уровня эритроцитов и гемоглобина. Однако данные показатели статистически незначимы в сравниваемых группах. Данный факт может быть объясним ранним реагированием врачей на развивающееся состояние анемии у женщин и назначением препаратов, стимулирующих эритропоэз. Статистически значимые отличия у женщин с инфицированной

послеоперационной раной выявлены по уровню содержания в крови лейкоцитов ( $p=0,030$ ), нейтрофилов ( $p=0,001$ ), лимфоцитов ( $p=0,036$ ). Уровень лейкоцитов и нейтрофилов в данной группе женщин превышает таковой в контрольной группе, соответственно, в 1,84 и 1,49 раз. Лейкоцитоз, нейтрофилез параллельно сопровождаются снижением относительного количества лимфоцитов, уровень которых в группе женщин с осложнением ниже в 3,06 раз. В первом случае, а именно, изменение в лейкоцитарной формуле, подтверждает наличие воспалительного процесса, во втором, лимфопения, – может быть критерием вторичного иммунодефицита.

На следующем этапе оценили биохимические показатели сыворотки крови у женщин в сравниваемых группах (таблица 4).

Таблица 4

Оценка биохимических показателей сыворотки крови у женщин в сравниваемых группах

Показатели крови, единица измерения	Группа пациенток		p
	1 (n=67)	2 (n=72)	
	Me (Q1-Q3)	Me (Q1-Q3)	
СРБ, мг/л	6,00 (4,50-7,50)	23,00 (17,25-28,75)	<0,0001*
Прокальцитонин, нг/мл	0,30 (0,22-0,37)	7,00 (5,25-8,75)	<0,0001*
АЛТ, Ед/л	31,00 (23,25-38,75)	36,00 (27,00-45,00)	0,230
АСТ, Ед/л	34,50 (25,87-43,13)	35,00 (26,25-43,75)	0,270
Глюкоза, моль/л	4,15 (3,11-5,18)	4,65 (3,48-5,81)	0,330
Ферритин, мкг/л	57,15 (42,86-71,43)	235,36 (3,48-5,81)	0,031*
Примечания: 1. Me – медиана Q1-Q3 – 25 % - 75 % интерквартильный размах «*» – различие с показателями контрольной группы статистически значимо ( $p<0,05$ )			

Среди биохимических показателей статистически достоверное различие наблюдается между сравниваемыми группами по С-реактивному белку ( $p<0,0001$ ), прокальцитонину ( $p<0,0001$ ), ферритину ( $p<0,031$ ). Уровень содержания в сыворотке крови данных показателей в группе женщин с инфекцией акушерской хирургической раны значимо превышает таковой у женщин после кесарева сечения без данного осложнения, соответственно, в 3,83; в 23,3 и 4,1 раза. Полученные данные подтверждают результаты Егоровой А.Т. и соавт., которые выявили повышение С-реактивного белка после

кесарева сечения у женщин с инфекцией акушерской хирургической раны в совокупности с повышением температуры тела и определили их к маркерам присоединения инфекции 33. Также Меджидова Д.Р. доказала, что концентрация прокальцитонина более 0,5 нг/мл обосновывает необходимость посева биологического материала из хирургической акушерской раны для идентификации микрофлоры, определения чувствительности к антибиотикам с целью своевременного назначения эффективной антибиотикотерапии 34.

Концентрацию ферритина в данном исследовании оценивали не только как острофазовый маркер, который достоверно повышался параллельно с С-реактивным белком и прокальцитонином, а, в том числе, для возможности оценки развития цитокинового шторма. По мнению Волкова А.О. и соавт. при воздействии повреждающего фактора провоспалительные цитокины стимулируют макрофаги печени к выработке защитных белков, одним из которых является ферритин 35. Представленные данные определяют ферритин как показатель, который необходимо определять в динамике у женщин после кесарева сечения с целью своевременного реагирования на возможную генерализацию инфекции.

Результаты однофакторного регрессионного анализа по лабораторным факторам риска у пациенток с кесаревым сечением представлены в таблице 10.

<sup>33</sup> Егорова А.Т., Глебова Т.К., Маисеенко Д.А., Шапошникова Е.В. Гнойно-воспалительные осложнения в акушерской практике (по материалам краевой клинической больницы г. Красноярск) // Сибирское медицинское обозрение. - 2015. - №4. - С. 94-97.

<sup>34</sup> Меджидова Д.Р., Маршалов Д.В., Петренко А.П., Шифман Е.М. Периоперационные и отдаленные осложнения при кесаревом сечении: систематический обзор // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2020. - №1. - С. 78-84.

<sup>35</sup> Волков А.О. Динамика про – и противовоспалительных цитокинов у рожениц после кесарева сечения под тотальной внутривенной анестезией // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 3. С. 33-37.



Таблица 5

Результаты однофакторного регрессионного анализа по лабораторным факторам риска у пациенток с кесаревым сечением

Показатель крови, единица измерения	ОШ	CI95%		p
Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	1,77	0,98	3,38	0,007*
Нейтрофилы, %	1,09	0,11	3,37	0,021*
Лимфоциты, %	1,02	1,00	1,05	0,011*
С-реактивный белок, мг/л	1,09	1,03	1,17	0,001*
Прокальцитонин, нг/мл	1,46	0,99	2,94	0,018*
Ферритин, мкг/л	1,01	0,99	1,04	0,026*

Примечания:  
1. CI95% – 95 % доверительный интервал.  
2. ОШ – отношение шансов  
3. «\*» – критическим уровнем статистической значимости различий (p) установлено значение  $p < 0,05$

По результатам однофакторного регрессионного анализа, представленного в таблице 5, лабораторными маркерами, ассоциированными с развитием инфекции хирургической акушерской раны на передней брюшной стенке, стали такие показатели развернутого анализа крови, как уровень содержания лейкоцитов, нейтрофилов и лимфоцитов в крови, а также биохимические показатели – С-реактивный белок, прокальцитонин и ферритин.

Анализ значимых микроорганизмов в развитии инфекции хирургической акушерской раны проводили по результатам их идентификации в биологическом материале из цервикального канала, взятого сразу после операции кесарева сечения (рисунок 2).

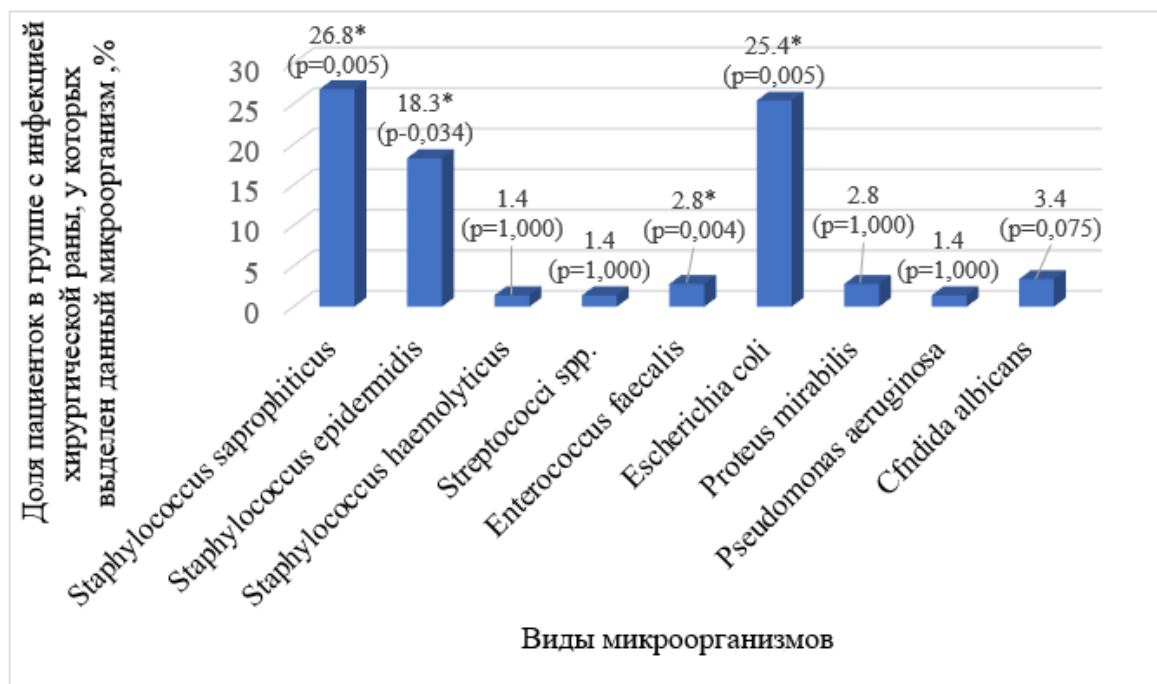


Рисунок 2 – Доля пациенток в группе с инфекцией хирургической раны, у которых данный микроорганизм выделен из цервикального канала, % (Примечание «\*» – различие с показателями контрольной группы статистически значимо ( $p < 0,05$ ))

Результаты анализа показали, у 76 % пациенток в группе с несостоятельностью швов после кесарева сечения в материале из цервикального канала были обнаружены в статистически значимом количестве (более  $1 \cdot 10^3$  КОЕ/мл), в сравнении с контрольной группой пациенток, микроорганизмы, входящие в состав нормальной микрофлоры пищеварительного тракта, относящиеся к условно-патогенным – *Enterococcus faecalis* (у 2,8 % пациенток;  $p=0,004$ ) и *Escherichia coli* – (у 25,4 % пациенток;  $p=0,005$ ); в состав пищеварительного, респираторного, урогенитального тракта, а также обитающие на коже и слизистых – коагулаза-отрицательные *Staphylococcus epidermidis* (у 18,3 % пациенток;  $p=0,034$ ) и *Staphylococcus saprophiticus* (у 26,5 % пациенток;  $p=0,005$ ).

Параллельно у этих же женщин был проведен анализ бактериальной контаминации по результатам идентификации микроорганизмов в биологическом материале, взятом из шва на передней брюшной стенке.

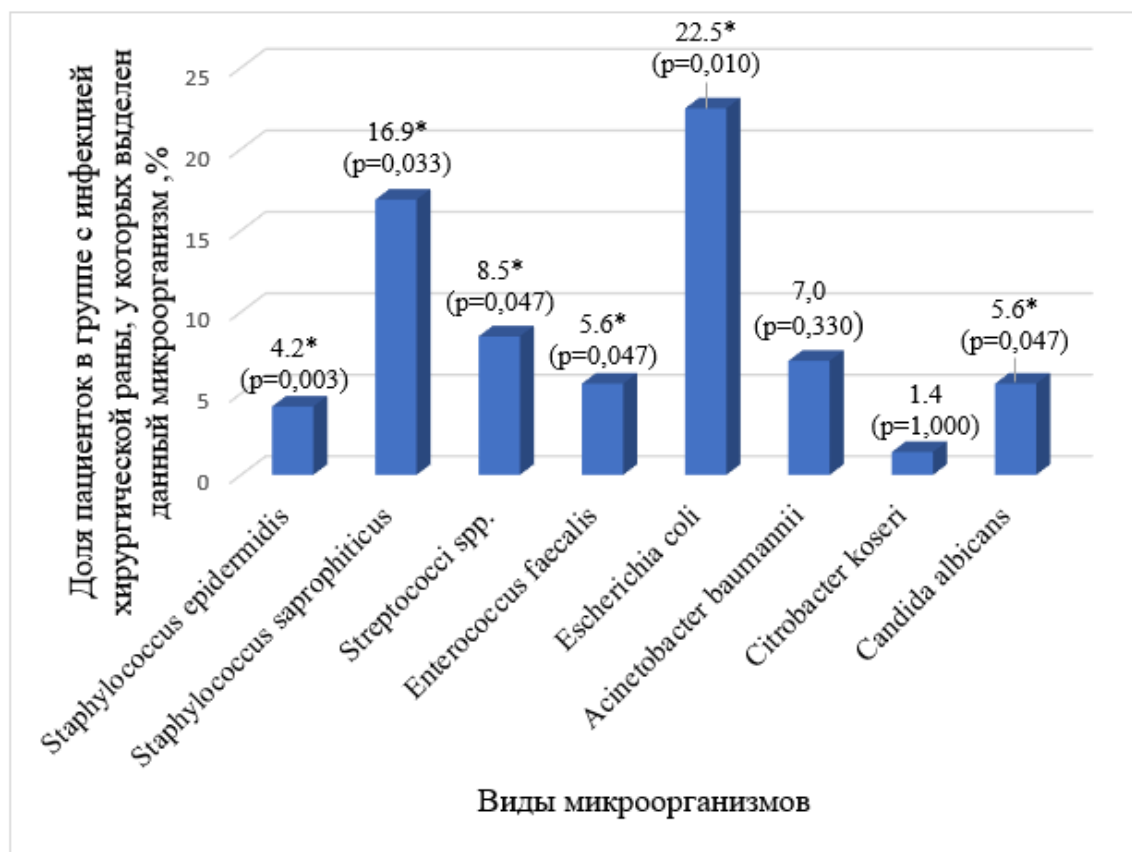


Рисунок 3 – Доля пациенток в группе с инфекцией хирургической раны, у которых данный микроорганизм выделен из биологического материала из шва на передней брюшной стенке, %

(Примечание «\*» – различие с показателями контрольной группы статистически значимо ( $p < 0,05$ ))

Из данных, представленных на рисунке 3, следует, что у 71,8 % пациенток в материале из шва на передней брюшной стенке также в статистически значимом количестве (более  $1 \cdot 10^3$  КОЕ/мл) были обнаружены такие микроорганизмы как *Escherichia coli* – (у 22,5 % пациенток;  $p=0,010$ ); *Staphylococcus epidermidis* (у 4,2 % пациенток;  $p=0,003$ ), *Staphylococcus saprophiticus* (у 16,9 % пациенток;  $p=0,033$ ). Доля лиц, у которых были выделены данные микроорганизмы из биологического материала раны, оказалась меньше, чем из материала цервикального канала. Однако, у женщин с инфицированной раной на передней брюшной стенке, в материале из раны, в отличие от материала из цервикального канала были выделены, кроме того, *Streptococci spp.* (у 8,5 % пациенток;  $p=0,047$ ) и *Candida albicans* (у 5,6 % пациенток;  $p=0,047$ ).

Таким образом, по результатам ретроспективного анализа, проведенного по историям болезни женщин, родоразрешение которых было проведено при помощи кесарева сечения, были выявлены следующие факторы риска развития несостоятельности швов и инфекции акушерской хирургической раны: длительность госпитализации женщины в стационаре; клинические факторы, такие как – ожирение, хронический цервицит, гипотиреоз; показатели развернутого анализа крови – повышение уровня лейкоцитов и нейтрофилов, снижение уровня лимфоцитов; повышение биохимических маркеров воспаления – СРБ, прокальцитонина, ферритина; преобладание у большего процента женщин в материале из цервикального канала и раны на передней брюшной стенке значимого количества таких микроорганизмов как *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophiticus*, *Streptococci spp.*, *Candida albicans*. Определенные клинико-лабораторные критерии риска развития несостоятельности швов после кесарева сечения могут быть использованы для разработки программы маршрутизации по эффективному динамическому наблюдению и лечению пациенток с вариантом родоразрешения в виде кесарева сечения.

## Заключение

Монография «Общественное здоровье и здравоохранение: проблемы и тенденции развития» разработана на основе результатов научных исследований авторов.

Результаты выполненных исследований показали актуальность и своевременность для общества рассматриваемых вопросов в конкретных сферах науки и образования.

В целом, работа представляет интерес как для специалистов в области проведения научных исследований, так и специалистов-практиков.

## Библиографический список

1. Абрамов М. Г. Интернет как инструмент трансформации личности // Экология и жизнь, 2006. — №5. — С. 38—41.
2. Абрамов М. Г. Самосознание подростков в эпоху Интернета // Человек, 2010. - № 2. - С. 65-70.
3. Авдулова Т. П. Подростки в информационном пространстве // Психология обучения, 2010. — № 4. — С. 28—38.
4. Авербух Н. В. Психологические аспекты феномена присутствия в виртуальной среде // Вопросы психологии, 2010. — №а 5. - С. 105-113
5. Агарев А.Е. Прогнозирование развития гнойно-септических осложнений в послеродовом периоде у пациенток акушерских стационаров второго уровня // материалы IV Всерос. науч. конф. молодых специалистов, аспирантов, ординаторов с междунар. участием. - Рязань: 2018. - С. 17-22.
6. Алгоритм специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом // Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. - 10-й выпуск- М.: 2021. - 224 с.
7. Батов В. И., Муромцев В. В., Муромцева А. В. Виртуальная коммуникация как феномен культуры // Философские науки, 2008. - №а 7. - С. 98-107.
8. Белинская Е. Интернет-зависимость: аддитивные формы поведения // Народное образование, 2009. - № 7. - С. 268-275.
9. Белынцева Е.А., Романова М.В. Исследование гендерных различий социализации и киберсоциализации молодежи / Е.А. Белынцева, М.В. Романова // Электронный научно-публицистический журнал "Homo Cyberus". - 2018. - №1(4). [Электронный ресурс] - Режим доступа: [http://journal.homocyberus.ru/gender\\_differences\\_in\\_the\\_cyber\\_socializat...](http://journal.homocyberus.ru/gender_differences_in_the_cyber_socializat...), свободный
10. Бодров, В.А. Проблема преодоления стресса Часть 2. Процессы и ресурсы преодоления стресса / В.А. Бодров // Психологический журнал. – 2006. – Т. 27, № 2. – С. 113 - 122
11. Болдырева М.Н., Липова Е.В., Алексеев Л.П., Витвицкая Ю.Г., Гуськова И. А. Характеристика биоты урогенитального тракта у женщин репродуктивного возраста методом ПЦР в режиме реального времени // Журнал акушерства и женских болезней. - 2019. - №8(6). - С. 36-42.
12. Бочкарева, Т.Н. Цифровое образование в Российской Федерации: реалии и перспективы / Т.Н. Бочкарева, А.Р. Мубаракшина // Гуманитарные науки. Научно-практический журнал. – 2019. – . – № 1. – С. 11-16
13. Вербицкая Т. А. Влияние системы Интернета на психо-семантическое пространство пользователя: Дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.01 — М., 2002. — 116 с.

14. Верещагин О. А. Феномен «киберсоциализации» в контексте становления парадигмы открытого образования [Электронный ресурс] - Режим доступа: [http://www.conf.muhi.ru/100315/thesis\\_Vereshagin.htm](http://www.conf.muhi.ru/100315/thesis_Vereshagin.htm)
15. Волков А.О. Динамика про – и противовоспалительных цитокинов у родильниц после кесарева сечения под тотальной внутривенной анестезией // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3. С. 33–37.
16. Гуртова Б. Л., Ванько Л. В., Касабулатов Н. М Клинико-иммунологические особенности родильниц с послеродовым эндометритом // Акушерство и гинекология. - 2011. - №1. - С. 30-34.
17. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., Железнякова А.В., Исаков М.А. Эпидемиологические характеристики сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета на 01.01.21 г. // Сахарный диабет. 2021 - 24(3)- с. 204-221
18. Демир О. Интернет как новая социально-экологическая среда: трансформация процессов коммуникации [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://publicist.narod.ru/texts/soeco-l.html>
19. Доманский Е. Информационное общество и образование: мифология и реальность // Народное образование, 2008. - № 2. - С. 261-267.
20. Дьякова, Е.А. Цифровизация образования как основа подготовки учителя XXI века: проблемы и решения / Е.А. Дьякова, Г.Г. Сечкарева // Вестник Армавирского государственного педагогического университета. – 2019. № 2. – С. 24-35
21. Егорова А.Т., Глебова Т.К., Маисеенко Д.А., Шапошникова Е.В. Гнойно-воспалительные осложнения в акушерской практике (по материалам краевой клинической больницы г. Красноярск) // Сибирское медицинское обозрение. - 2015. - №4. - С. 94-97.
22. Жичкина А. Е. Особенности социальной перцепции в Интернете // Мир психологии, 1999. - №3 (19). - С. 72-80.
23. Жог В. И., Соколова А. А. Информатизация системы образования: теория и практика // Педагогическое образование и наука, 2008. - № 4. - С. 31
24. Захарова И. Г. Информационные технологии в образовании: учеб, пособие для студ. высш. учеб, заведений — М.: «Академия», 2007. - 192 с
25. Ивашова О. Н., Лебедева О. П., Пахомов С. П. Антимикробные пептиды в патогенезе инфекционных осложнений в акушерстве и гинекологии // Журнал акушерства и женских болезней. – 2014. – № 5. – С. 73–81.
26. Интернет-зависимое поведение. Критерии и методы диагностики: Учебное пособие. - М. МГМСУ, 2011. – 32 с. (Учебное пособие для

студентов факультета клинической психологии по дисциплине специализации «Психологическая коррекция аддиктивного поведения»)

27. Истратова, О.Н. Психодиагностика. Коллекция лучших тестов / О.Н. Истратова, Т.В. Эксакусто. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006. – 375 с.

28. Каня Ян Информационные потребности личности и социально-педагогические условия их удовлетворения: Автореф. дисс. ... докт. пед. наук. - М., 2002. - 49 с.

29. Клинические рекомендации "Клинические рекомендации «Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и послеродовом периоде»" от 21.11.2011 № статья 76 Федерального закона № 323-ФЗ // М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2017.

30. Клинические рекомендации "Клинические рекомендации «Септические осложнения в акушерстве»" от 21.11.2011 № статья 76 Федерального закона № 323-ФЗ // М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2017.

31. Козыревская, А.В. Современное информационное пространство: его влияние на образование и социализацию человека / А.В. Козыревская, В.Е. Осипов // Вестник восточно-сибирской государственной академии образования: Иркутск, 2010. – Выпуск 12. – 2010. – С. 24–30.

32. Коробков Н.А. Клинико-бактериологическая характеристика послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний // Журнал акушерства и женских болезней. - 2015. - №4. - С. 13-18.

33. Краснорядцева, О.М. Диагностические возможности опросника «Психологическая готовность к инновационной деятельности / О.М. Краснорядцева, Д.Ю. Баланев, Э.А. Щеглова // Сибирский психологический журнал. – 2011. – . – № 40. – С. 164-175

34. Лебедев, В.И. Экстремальная психология. Психическая деятельность в технических и экологически замкнутых системах: Учебник / В.И. Лебедев. – Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2001. – 431 с.

35. Лейбовский М. А. Роль современных технологий в формировании единого информационного образовательного пространства // Мир образования - образование в мире, 2008. - № 4. - С. 96-100.

36. Максимов А. А. Особенности развития личности людей с компьютерно-игровой зависимостью // Вести. Рос. гос. гуманитар. ун-та, 2009. - № 7. - С. 85.

37. Малыгин В.Л. Искандирова А.С., Хомерики Н.С., Смирнова Е.А., Антоненко А.А. «Интернет зависимое поведение у подростков: клиника, диагностика, профилактика» ИМЦ Арсенал образования, 2010

38. Мальцева Л.И., Шарипова Р.И. Хронический эндометрит - новое время, новые подходы к лечению // Практическая медицина. 2019. - №4 - С. 23-29.



39. Меджидова Д.Р., Маршалов Д.В., Петренко А.П., Шифман Е.М. Периоперационные и отдаленные осложнения при кесаревом сечении: систематический обзор // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2020. - №1. - С. 78–84.
40. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) // <https://mkb-10.com/> URL: <https://mkb-10.com/> (дата обращения: 16.07.2022).
41. Мкртумян А.М., Нелаева А.А. Неотложная эндокринология. Учебное пособие. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 70 с.
42. Мясников И. Подростки в киберпространстве // Народное образование, 2009. - № 6. - С. 267-271.
43. Николаева О. Эпидемия XXI века: телевидение, Интернет и компьютерные игры. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2008. — 253 с
44. Омельченко, Е. Молодежный активизм в России и глобальные трансформации его смысла / Е. Омельченко // Журнал исследований социальной политики – Т. 3. – № 1. – С. 59–87.
45. Осипова А. Г. Виртуальная «личность» и реальное «я»: проблема идентичности // Вопросы культурологи, 2008. — № 1. — С. 16-17.
46. Панина Г. В. Новые информационные технологии как основа культурных трансформаций в современной обществе // Вопросы культурологии, 2011. — № 2. — С. 95—99.
47. Парфентьев У Обеспечение безопасности несовершеннолетних в Интернете // Народное образование, 2009. - № 7. - С. 261-267.
48. Паршутин И. А. Проблема компьютерной игровой зависимости у детей // Справочник классного руководителя, 2009. — № 11. - С. 24-31.
49. Петухова Е. А. Киберсоциализация молодежи: информационный и социализационный потенциал Интернета // Диалог цивилизаций: Восток-Запад. Глобализация и мультикультурализм: Россия в современном мире. Материалы X научной конференции - М.: РУДН, 2010. - С. 224-234.
50. Плешаков В. А. Киберсоциализация: социальное развитие и социальное воспитание современного человека // Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова, 2010. -Т. 16. - № 2. - С. 15-18.
51. Плешаков В. А. Особенности виртуальной компьютерной социализации личности // Проблемы педагогического образования. Сб. науч. ст.: Вып. 25. / Под ред. В. А. Слостенина, Е.А. Левановой. - М.: МПГУ-МОСПИ, 2006. - С. 23-25.
52. Плешаков В. А. Эксперименты с онлайн-идентичностью: выбор кибер-альтер-эго и проблемы педагогического образования: Сб. науч. ст. Вып. 37. / Под ред. Е. А. Левановой. - М.: МПГУ-МОСПИ, 2010. - С. 30.

53. Плешаков, В. А. Киберсоциализация человека: от Homo Sapiens'a до Homo Cyberus'a : монография /В.А. Плешаков. - М.: Прометей: МПГУ, 2012. - 213 с.
54. Плешаков, В.А. Виртуальная социализация как современный аспект квазисоциализации личности / В.А. Плешаков // Проблемы педагогического образования: сборник научных статей: выпуск 21 / под ред. В.А. Сластёнина, Е.А. Левановой. – Москва: МПГУ- МОСПИ, 2005 – 2005. – С. 48–49.
55. Плотко Е.Э., Ворошила Е.С., Хаютин Л.В., Абакумова Е.И., Тумбинская Л.В., Донников А.Е Репродуктивное поведение женщины и состояние биоценоза влагалища // Уральский медицинский журнал. - 2013. - №10 (64). - С. 150-154.
56. Подгорная А.В., Махмутходжаев А.Ш., Кох Л.И., Михеенко Г.А., Юрьев С.Ю. Неспецифический иммунитет влагалища у беременных женщин с рецидивирующим бактериальным вагинозом // Современные проблемы науки и образования. - 2017. - № 1. - С. 14-19.
57. Потапова М.Ю. Оптимизация интра- и послеоперационной антибиотикопрофилактики у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.01. - канд.мед. наук, 2018. - 79 с.
58. Руководство по борьбе с диабетом на основе Диабетического атласа Международной Федерации Диабета (IDF) 9-ого издания, 2019.-34 с.
59. Рыбалка А.Н., Сулима А.Н., Яковчук Е.К., Дيجا М.А. Хронический эндометрит: пути решения проблемы (обзор литературы) // Современная медицина: актуальные вопросы. - 2016. - №4-5. - С. 47-54.
60. Савельева Г. М., Караганова Е.Я. Кесарево сечение // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. - 2015. - №2. - С. 23-29.
61. Семенов В. П. Психологические особенности интернет-мотивированных учащихся // Биология в школе, 2009. — № 8. — С. 13-18.
62. Тактика врача-эндокринолога: практическое руководство // Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 320 с.
63. Тихомиров О. К. «Искусственный интеллект» и психология. - М.: Наука, 1976. - 332 с.
64. Тихомиров О. К., Бабаева Ю. Д., Войскунский А. Е. Общение, посредованное компьютером // Вестник Московск. ун-та. - Серия 14. Психология, 1986. - № 3. - С. 31-42.
65. Тихомиров О. К., Бабанин Л. Н. ЭВМ и новые проблемы психологии. - М.: Изд-во МГУ, 1986. - 204 с.
66. Угольков Н. В. Социально-психологические стороны киберсоциализации школьников И Сборник докладов V Межвузовской конференции молодых ученых по результатам исследований в области психологии, педагогики, социокультурной антропологии / Ред.-сост. А. С. Обухов. — М.:

Издательский отдел Центра исследовательских технологий REDU, 2010. — С. 408—410.

67. Уханов Е. В. Идентичность в сетевых коммуникациях // Философские науки, 2009. — № 10. — С. 59—71.

68. Фадеева С. В. Психолого-педагогические аспекты компьютерной зависимости подростков // Воспитание школьников, 2009. - № 10. - С. 23-25.

69. Шадриков В. Д., Шемет И. С. Информационные технологии в образовании: плюсы и минусы // Высшее образование в России, 2009. - № 11. - С. 61-65.

70. Шипицына Е.В., Мартикайнен З.М., Воробьева Н.Е., Ермошкина М.С., Степанова О.С., Донников А.Е. и др. Применение теста Фемофлор для оценки микробиоценоза влагалища // Журнал акушерства и женских болезней. - 2016. - №3. - С. 38-44.

71. Шумакова, Е.В. Воспитательное пространство социальных сетей Интернета / Е.В. Шумакова // Профессиональное образование. – Москва. – 2011. – №6.– С. 39–40.

72. Щукина Н. А., Благина Е. И., Баринова И. В. Причины формирования и методы профилактики несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения // Альманах клинической медицины.. - 2015. - №37. - С. 85–92.

73. Эндокринология. Национальное руководство / под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. –1112 с.

74. Chen Y., Peng S.S. University students' Internet use and its relationships with academic performance, interpersonal relationships, psychosocial adjustment, and self-evaluation // Cyberpsychology & Behavior – 2008 –vol.11 – p.467-469.

75. Naji O., Daemen A., Abdallah Y., Smith A., Pexsters A., Stalder S., Saso S., Ghaem-Maghani A., McIndoe D., Timmerman D., Bourne T. Longitudinal measurements of Caesarean section scar size and residual myometrial thickness in pregnancy as predictors of scar appearance at repeat Caesarean delivery // Ultrasound in obstetrics and gynecology. - 2011. - №38. - С. 47-51.

76. Yen J., Yen C., Chen C., Tang T., Ko C. The association between adult ADHD symptoms and internet addiction among college students: the gender difference // Cyberpsychology & Behavior – 2009 – vol. 12 – p.187-191.

77. Young Kimberley Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet Addiction-and a Winning Strategy for Recovery. - N.Y, 1998.

## Сведения об авторах

*Богачева Наталья Викторовна*

*профессор кафедры микробиологии и вирусологии,  
д.м.н., доцент. ФГБОУ ВО Кировский ГМУ  
Минздрава России*

*Девятериков Алексей Андреевич*

*ассистент кафедры патологической анатомии и  
судебной медицины ФГБОУ ВО ДВГМУ  
Минздрава России*

*Карпов М.Е.*

*студент 5 курса ФГБОУ ВО Саратовский  
медицинский университет им. В.И.Разумовского.*

*Максимова О.В.*

*к.м.н. ассистент кафедры эндокринологии ФГБОУ  
ВО Саратовский медицинский университет им.  
В.И.Разумовского.*

*Старикова Дарья Валерьевна*

*аспирант ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава  
России*

*Сысоева Ольга Владимировна*

*доцент, к.психол.н., доцент кафедры педагогики и  
психологии ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава России*

*Чобитько В.Г.*

*к.м.н., доцент кафедры эндокринологии ФГБОУ ВО  
Саратовский медицинский университет им.  
В.И.Разумовского*

Электронное научное издание  
сетевого распространения

**Общественное здоровье и здравоохранение:  
проблемы и тенденции развития**

**монография**

По вопросам и замечаниям к изданию, а также предложениям к сотрудничеству обращаться по электронной почте [mail@scipro.ru](mailto:mail@scipro.ru)

Подготовлено с авторских оригиналов



ISBN 978-5-907607-08-8



9 785907 607088

Усл. печ. л. 2,4

Объем издания 2,7 МВ

Оформление электронного издания: НОО  
Профессиональная наука, mail@scipro.ru

Дата размещения: 30.08.2022г.

URL: [http://scipro.ru/conf/monograph\\_200822.pdf](http://scipro.ru/conf/monograph_200822.pdf).