

12. Ferreira, G. A. Atorvastatin therapy improves endothelial-dependent vasodilation in patients with systemic lupus erythematosus: an 8 weeks controlled trial [Text] / G. A. Ferreira, T. P. Navarro, R. W. Telles, L. E. C. Andrade, E. I. Sato // Rheumatology. – 2007. – Vol. 46, Issue 10. – P. 1560–1565. doi: 10.1093/rheumatology/kem186
13. Sadik, H. Y. Lack of effect of 8 weeks atorvastatin on microvascular endothelial function in patients with systemic sclerosis [Text] / H. Y. Sadik, T. L. Moore, A. Vail, A. Murray, M. Anderson, A. Blann, A. L. Herrick // Rheumatology. – 2010. – Vol. 49, Issue 5. – P. 990–996. doi: 10.1093/rheumatology/keq003
14. Burgazli, K. M. The Impact of Statins on FGF-2 – Stimulated Human Umbilical Vein Endothelial Cells [Text] / K. M. Burgazli, M. A. Behrendt, M. Mericiler, R. Chasan, M. Parahuleva, A. Erdogan // Postgraduate Medicine. – 2014. – Vol. 126, Issue 1. – P. 118–128. doi: 10.3810/pgm.2014.01.2732
15. Rawlings, R. Comparison of Effects of Rosuvastatin (10 mg) Versus Atorvastatin (40 mg) on Rho Kinase Activity in Caucasian Men With a Previous Atherosclerotic Event [Text] / R. Rawlings, A. Nohria, P.-Y. Liu, J. Donnelly, M. A. Creager, P. Ganz et. al. // The American Journal of Cardiology. – 2009. – Vol. 103, Issue 5. – P. 437–441. doi: 10.1016/j.amjcard.2008.10.008
16. Spring, S. High-dose atorvastatin in peripheral arterial disease (PAD): effect on endothelial function, intima-media-thickness and local progression of PAD. An open randomized controlled pilot trial [Text] / S. Spring, R. Simon, B. van der Loo, T. Kovacevic, C. Broekes, V. Rousson et. al. // Thrombosis and Haemostasis. – 2008. – Vol. 99, Issue 1. – P. 182–189. doi: 10.1160/th07-04-0265
17. Tulmac, M. Single high dose atorvastatin does not ameliorate endothelial function and large arterial stiffness in dyslipidemic patients without atherosclerosis [Text] / M. Tulmac, V. Simsek, E. Tireli, O. Sahin, N. Yildirim, M. T. Dogru, H. Ebinc // European Review for Medical and Pharmacological Sciences. – 2012. – Vol. 16, Issue 6. – P. 824–828.
18. Елисеєв, М. С. Применение симвастатина у больных подагрой и гиперхолестеринемией [Текст] / М. С. Елисеєв, В. Г. Барскова, Е. Л. Насонов и др. // Лечащий врач. – 2009. – № 4. – С. 39–43.

Дата надходження рукопису 28.08.2017

Золотарьова Наталія Артемівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри, кафедра внутрішньої медицини № 4, Одеський Національний медичний університет, пров. Валіховський, 2, м. Одеса, Україна, 65082

E-mail: korona0704@gmail.com

Романченко Максим Ігорович, асистент, кафедра внутрішньої медицини № 4, Одеський Національний медичний університет, пров. Валіховський, 2, м. Одеса, Україна, 65082

E-mail: max.romanchenko@gmail.com

УДК: 159.91:378.091.212

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.113511

СИСТЕМАТИЗАЦІЯ ЧИННИКІВ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ СТАНІВ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

© М. М. Хаустов

В дослідженні проведено вивчення предикторів формування станів дезадаптації студентів.

Встановлено, що у формуванні порушень адаптації студентів медиків лежить багатофакторна обумовленість, у якій біологічні, соціальні і психологічні фактори представлені в нерозривному комплексі, що визначає специфіку клінічних проявів дезадаптивних станів та шляхи їх корекції та профілактики

Ключові слова: студенти медики, розлади адаптації, чинники ризику, соціально-психологічні чинники, особливості особистості

1. Вступ

Сучасний етап розвитку суспільства характеризується соціально-політичними та економічними змінами, підвищенням рівня психоемоційної напруги, що призводить до виникнення психологічних проблем у житті кожної людини та, без сумніву, негативно позначається на молоді студентського віку [1].

Одним з найважливіших педагогічних завдань будь-якого вищого навчального закладу є робота зі студентами, спрямована на більш швидку й успішну їх адаптацію до системи навчання, до нової систе-

ми соціальних відносин, на освоєння ними нової ролі студентів [2]. Студентський вік – це особливий період у розвитку особистості як за «кризовою насиченістю» (екзаменаційні стреси, вікові проблеми, усвідомлення змісту професійної діяльності як самореалізації та самоактуалізації та ін.), так і за насиченістю можливостей максимального розвитку здібностей і потенціалу особистості [3].

Аналіз наукової літератури, присвячений проблемам адаптації та дезадаптації людини до різних видів діяльності, дозволяє стверджувати, що вивчен-

ня динаміки процесу адаптації студентів до умов навчання у ВНЗ в умовах кредитно-модульної системи освіти та механізмів виникнення у них розладів адаптації, досліджено недостатньо, як в теоретичному так і практичному планах [4, 5].

2. Обґрунтування дослідження

Актуальність дослідження порушення адаптації студентів медичних університетів до навчальної діяльності обумовлена тим, що процес навчання відбувається в умовах інформаційного та емоційного стресу, значного психічного та фізичного напруження [6].

Успішність психічної адаптації людини визначається, насамперед, досягненням можливості виконання основних завдань діяльності. При оцінці адаптації студентів до навчальної діяльності, найчастіше використовувалися дві групи критеріїв: об'єктивні (успішність, суспільна та наукова активності, загальна та професійна спрямованість, стабілізація властивостей уваги, пам'яті, мислення) і суб'єктивні (відношення до навчальних предметів, до обраної професії, до отриманих знань) [7, 8].

В певній мірі протилежним поняттю «адаптація» є поняття «деадаптація». Деадаптацію в широкому значенні даного поняття визначають як порушення пристосування організму до умов існування. Відзначається, що соціальна деадаптація, обумовлена розумовою перевтомою та зниженням працездатності, може бути одним з ранніх проявів змін у психічній діяльності людини, а психічна деадаптація є універсальною ознакою дизфункціональних станів у психічній сфері. Як правило, деадаптивні стани виникають у результаті розладу всієї функціональної системи в цілому [9, 10].

Деадаптація є негативною стадією адаптивного процесу, що визначається функціональною недостатністю певних підсистем адаптаційного процесу [11].

Рішення завдань пошуку закономірностей і механізмів адаптації студентів до навчання у ВНЗ неминує приводить до необхідності аналізу всього комплексу факторів, що визначають особливості навчальної діяльності студентів [12].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

3. Мета дослідження

Систематизувати патогенетично значущі чинники формування розладів адаптації у студентів медичного університету.

4. Матеріал та методи

Для вирішення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики і деонтології було проведено комплексне обстеження 412 студентів I–III курсів Харківського національного медичного університету (ХНМУ), обох статей (216 жінок та 196 чоловіків), у віці 17–22 років (середній вік $18,0 \pm 2,0$ роки).

Усіх обстежених було розділено на три групи: I група – 215 – студентів мешканців східної Укра-

їни; 2 група – 87 студентів, мешканців Луганської та Донецької областей, які вступили до ХНМУ до початку АТО; 3 група – 110 студентів – переселенців з зони АТО.

У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-анамнестичний, з використанням опитувальника «Виявлення факторів ризику виникнення психоневрологічних захворювань» (Рацпропозиція ХНМУ № 207(11), 2002).

Клініко-психопатологічний – вивчення скарг, оцінку психічного і соматоневрологічного статусу студентів, виділення основних психопатологічних синдромів, їх динаміки. Як діагностичні критерії використовувалися критерії МКХ – 10.

Психодіагностичний з використанням скороченого багатфакторного опитувальника особистості (СМОЛ) (Л. Н. Собчик, 1998), використанням клінічних шкал тривоги та депресії Гамільтона (М. Hamilton, 1967), шкали оцінки професійної дезадаптації О. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої (2003).

Математико-статистична обробка результатів дослідження проводилась з використанням пакетів спеціалізованого програмного забезпечення (Statistica 6.0, MS Excel) з використанням методики t-критерію Ст'юдента.

5. Результати дослідження

У ході роботи проведено вивчення ролі та патогенетичної значимості соціально-психологічних факторів у формуванні розладів адаптації до навчання у ВНЗ.

Як показали результати дослідження студенти переселенці виявляють більш високий рівень розладів адаптації, в порівнянні зі студентами I та II груп. Так високий рівень дезадаптації, що вимагає вживання невідкладних заходів (психологічних і медичних) виявляють у себе 0,5 % студентів I групи, 2,2 % студентів II групи та 25,4 % студентів III групи. Виражений рівень дезадаптації, що вимагає обов'язкового втручання психологів, проведення програми по реадаптації – 2,4 % студентів I, 9,2 % – II та 36,4 % III груп відповідно. Помірний рівень дезадаптації, при якому корисно проведення консультативної роботи фахівців – 24,1 % студентів I групи, 25,0 % II групи та 30,4 % студентів III групи (табл. 1).

Таблиця 1

Рівень дезадаптації студентів (%)

Рівень дезадаптації	I група	II група	III група
Високий	0,5	2,2	25,4
Виражений	2,4	9,2	36,4
Помірний	24,1	25,0	30,4
Низький або відсутність	73,0	63,6	7,8

До факторів, які впливають на труднощі адаптації студенти відносять: зміну життєвого стереотипу (28,6 % студентів I групи, 29,6 % – II та 92,4 % – III групи); важкий навчальний матеріал, складна термінологія (24,2 % студентів I групи, 23,1 % –

II та 31,1 % студентів III групи); строгу навчальну дисципліну, необхідність відпрацювань пропущених занять та лекцій (15,4 %, 16,6 % та 17,9 % обстежених студентів відповідно).

Для студентів переселенців стресогенним чинником є необхідність адаптації у новому колективі (66,4 %), різка зміна життєвого стереотипу (79,8 %), новий соціальний статус – ВПО (92,5 %).

Як показали результати психодіагностичних досліджень у 46,1 % студентів III групи, клінічні прояви тривоги (по клінічній шкалі тривоги і депресії), у порівнянні з 4,2 % студентів I та 6,6 % II груп. Субклінічні прояви тривоги виявлені у 40,2 % студентів I, 12,5 % – II та 8,4 % – III груп.

Клінічні прояви депресії характерні для 32,4 % студентів III групи, 18,2 % студентів II групи та 2,4 % – I групи, а субклінічні прояви депресії для 33,1 %, 15,6 % та 4,9 % відповідно (табл. 2).

Таблиця 2

Вираженість тривоги і депресії у студентів (%)

Вираженість тривоги і депресії		I група	II група	III група
Клінічні прояви	тривоги	4,2	6,6	46,1
	депресії	2,4	18,2	32,4
Субклінічні прояви	тривоги	2,4	18,2	40,2
	депресії	4,9	15,6	33,1
Норма	тривоги	93,4	75,2	13,7
	депресії	92,7	66,2	34,5

При цьому як показали результати дослідження 33,4 % з усіх опитаних студентів III групи категорично заперечують необхідність психологічної допомоги, а 44,1 % вважають, що психологічна допомога їм потрібна в першу чергу при вирішенні таких проблем як: подолання інформаційного стресу, адаптація до нових умов навчання, входження в новий колектив, рішення особистісних проблем.

Проведене дослідження індивідуально-психологічних особливостей особистості студентів показало відмінності у профілі особистості студентів за шкалами СМОЛ в залежності від наявності станів дезадаптації (табл. 3).

За результатами обстеження студентів за допомогою методики СМОЛ були виявлені наступні особливості. Показники іпохондрії, депресії у чоловіків вище, ніж у жінок. Найбільш високих значень серед студентів без ознак психічної дезадаптації досягають показники шкали іпохондрії. Слід зазначити, що шкали брехні, корекції та достовірності є досить наближеними до середніх показників норми (рис. 1).

Порівнюючи профіль СМОЛ у адаптованих і дезадаптованих студентів загалом, можна сказати, що для жінок з ознаками дезадаптації характерні відхилення шкал депресії, іпохондрії, істерії, психопатії, психастенії, тоді як у адаптування студенток найбільші відхилення спостерігаються у шкал гіпоманії, іпохондрії. У чоловіків з порушенням адапта-

ції найбільш часто спостерігаються відхилення шкал іпохондрії, депресії, гіпоманії, шизофренії. Слід зазначити, що коливання значення шкал відбуваються в межах середньої норми (40–60), однак показники психопатії, параної і психастенії виходять за ці межі.

Таблиця 3

Особливості особистості студентів за методикою «СМОЛ»

Шкали	Без наявності дезадаптації		З проявами дезадаптації	
	Ч	Ж	Ч	Ж
L	51,58	50,02	53,54	46,93
F	45,625	49,01	50,62	56,25
K	54,48	54,95	54,48	51,06
Hs	59,59	54,55	59,58	58,37
D	44,82	41,52	52,08	50,93
Hy	42,66	41,94	55,5	46,49
Pd	38,69	39,71	49,36	49,15
Pa	38,85	40,84	43,2	42,44
Pt	39,99	37,65	48,7	45,96
Sc	40	40,83	50,01	47,27
Ma	41,81	43,78	47,5	50,7

Аналізуючи особливості обстеженого контингенту за окремими шкалами, виділено наступні особливості. Показники шкали брехні у чоловіків з порушеннями психічної адаптації (53,54) дещо вищі, ніж у адаптованих чоловіків (51,58); у жінок же, навпаки, відзначаються більш високі показники у групі адаптованих студенток (50,02), ніж у дезадаптованих (46,93).

Достовірність, як у чоловіків, так і у жінок, вище в групі обстежених, у яких виявлені ознаки порушення психічної адаптації (50,62 – чоловіки, 56,25 – жінки). У групі адаптована студентів: 45,63 – чоловіки, 49,01 – жінки.

Показники за шкалою корекції знаходяться на одному рівні в обох групах у чоловіків (54,48), і трохи вище у адаптована жінок, ніж у дезадаптованих (54,95 і 51,06 відповідно).

Шкала іпохондрії представлена приблизно на одному рівні в обох групах чоловіків (59,59 і 59,58); у жінок з ознаками порушення психічної адаптації (58,37) значно вище, ніж у адаптована (54,55). Аналізуючи показники шкали депресії, слід зазначити, що у студентів з ознаками психічної дезадаптації дана ознака сягає набагато більш високого рівня, як у чоловіків (52,08), так і в жінок (50,93), в той час як у здорових студентів 44,82 – чоловіки, 41,52 – жінки. Показники шкали істерії у здорових чоловіків – 42,66, у чоловіків з ознаками психічної дезадаптації – 55,5; у жінок: 41,94 – адаптована, 46,49 – у групі з порушеннями адаптації. Показники психопатії, як у чоловіків, так і у жінок, значно вище в групі з ознаками порушення психічної адаптації (49,36 і 49,15 відповідно), тоді як у групі адаптована студентів ці показники складають 38,69 у чоловіків і 39,71 у жінок. Шкала параної у чоловіків без ознак дезадаптації ви-

ражена значенням 38,85, в той час як у другій групі цей показник для чоловіків дорівнює 43,2. Жінки: без порушення психічної адаптації – 40,84, з ознаками дезадаптації – 42,44. Психастенія більш виражена в групі з ознаками порушення психічної адаптації, як у чоловіків (48,7), так і в жінок (45,96). У групі здорових студентів ці показники становлять відповідно 39,9 і 37,65. За шкалою шизофренії спостерігається найбільш виражене розбіжність значень серед чоловіків двох груп: 40 – адаптовані і 50,01 – дезадаптовані студенти. У жінок дана відмінність менш виражена, однак у групі з ознаками дезадаптації шкала шизофренії також має більш високе значення (47,27), ніж у групі без ознак порушень адаптації (40,83). Шкала гіпоманії має найбільш високі значення в групі жінок з ознаками дезадаптації (50,7). У здорових жінок цей показник становить 43,78. Чоловіки: 41,81 – адаптовані, 47,5 – група з ознаками порушень психічної адаптації (рис. 1).

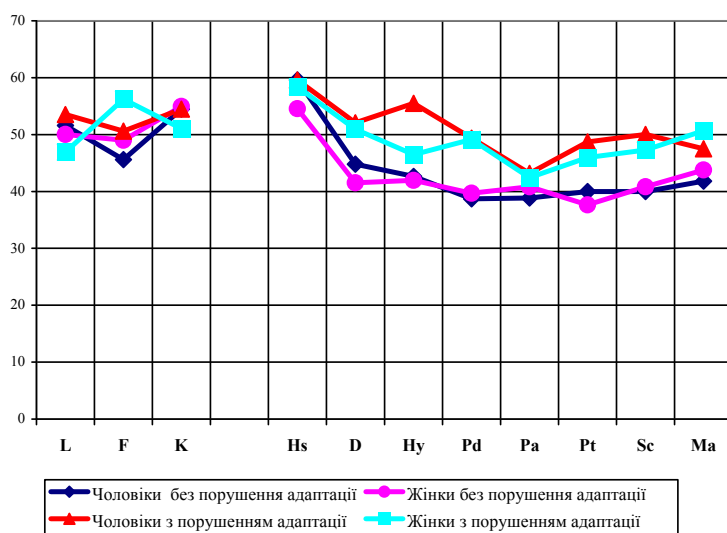


Рис. 1. Профілі особистості у студентів

6. Обговорення результатів дослідження

Таким чином, у формуванні розладів адаптації у студентів лежить багатофакторна обумовленість, у якій соціальні та психологічні фактори представлені в нерозривному комплексі, що визначає специфіку проявів дезадаптивних реакцій та станів.

На адаптацію до навчання студента у ВУЗі впливає комплекс соціальних, психологічних та педагогічних факторів, серед яких домінуючими є несприятливі побутові умови, недостатнє і нерегулярне харчування, різка зміна життєвого стереотипу, входження в новий колектив, згуртування навчальної групи.

Встановлено, що студентам переселенцям частіше притоманні високий та виражений рівні

дезадаптації, в порівнянні зі студентами I та II груп. Провідними чинниками ризику формування розладів адаптації для студентів переселенців є необхідність адаптації у новому колективі, різка зміна життєвого стереотипу, статус ВПО.

Як показали результати дослідження, для студентів з розладами адаптації (у переважній більшості студентів III групи) характерні виражені клінічні прояви тривоги та депресії.

Встановлено, що для жінок з ознаками дезадаптації у профілі особистості характерні відхилення шкал депресії, іпохондрії, істерії, психопатії, психастенії, у чоловіків з порушенням адаптації найбільш часто спостерігаються відхилення шкал іпохондрії, депресії, гіпоманії, шизофренії

Отримані дані, щодо розладів адаптації студентів корелюють з даними вітчизняних дослідників [1–3], проте новим є вивчення розладів адаптації у студентів переселенців. У сучасних дослідженнях увага приділяється формуванню розладів до навчальної та професійної діяльності у студентів медиків, які не постраждали внаслідок гібридної війни. Вивчення розладів адаптації у студентів групи ВПО проводиться вперше. За результатами дослідження було розширено та доповнено існуючі наукові уявлення про механізми формування порушень адаптації молодих осіб з категорії вимушено переселених осіб.

Виявлені чинники ризику формування станів дезадаптації у студентів є підґрунтям для розробки системи медико-психологічного супроводу студентів переселенців, психотерапевтичної корекції та психопрофілактики розладів адаптації, що визначає напрямки подальших наукових досліджень.

7. Висновки

1. Для студентів III групи достовірно частіше зустрічаються високий (25,4 %), виражений (36,4 %) та помірний (30,4 %) рівень дезадаптації, у порівнянні зі студентами I та II груп.

2. Факторами ризику формування розладів адаптації у студентів слід віднести: зміну життєвого стереотипу, важкий навчальний матеріал, складну термінологію, необхідність відпрацювань пропущених занять та лекцій, необхідність адаптації у новому колективі, різка зміна життєвого стереотипу, новий соціальний статус – ВПО; клінічні та субклінічні прояви тривоги та депресії; переважання психопатичних, істеричних та депресивних рис.

Література

- Малахов, П. С. Проблемність адаптації студентів-медиків [Текст] / П. С. Малахов, Ю. О. Асєєва, А. С. Харітонова // Медична психологія. – 2016. – № 2. – С. 3–5.
- Гавенко, В. Л. Дезадаптивні розлади у студентів-медиків [Текст]: мат. науч.-пр. конф. / В. Л. Гавенко, Н. В. Гавенко, В. В. Бойко // Новые подходы к диагностике, лечению и реабилитации психических заболеваний. – Х., 2010. – С. 112–113.

3. Кожина, Г. М. К проблеме адаптационного синдрома студентов младших курсов ВУЗов III–IV уровней аккредитации [Текст] / Г. М. Кожина, М. В. Маркова, Е. Г. Гриневич, К. О. Зеленська // Архив психиатрии. – 2011. – Т. 17, № 4 (67). – С. 32–35.
4. Зеленська, К. О. Сравнительный анализ особенностей адаптации к учебной деятельности студентов первокурсников [Текст] / К. О. Зеленська // Таврический журнал психиатрии. – 2011. – Т. 15, № 2 (52). – С. 22.
5. Кіосєва, О. В. Психопатологическая характеристика эмоциональной сферы у студентов младших курсов [Текст] / О. В. Кіосєва // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, № 1 (86). – С. 60–63.
6. Коваленко, М. В. Структурний аналіз перфекціонізму у студентів вищих навчальних медичних закладів [Текст] / М. В. Коваленко // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, № 3 (80). – С. 65–68.
7. Пшук, Н. Г. Роль психосоціальних чинників в генезі соціальної дезадаптації у студентської молоді [Текст] / Н. Г. Пшук, Д. П. Слободянюк // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, № 2 (83). – С. 86–91.
8. Чабан, О. С. Шляхи підвищення ефективності навчання студентів за спеціальністю «Медична психологія» [Текст] / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Л. Є. Трачук // Медична психологія. – 2016. – Т. 11, № 1. – С. 3–8.
9. Зорій, А. І. Взаємозв'язок особистісних рис студентів-медиків і показників вегетативної нервової системи під час складання іспитів [Текст] / А. І. Зорій // Медична психологія. – 2010. – Т. 5, № 1. – С. 15–18.
10. Маркова, М. В. Система психогігієни та психопрофілактики порушення функціонування студентської сім'ї [Текст] / М. В. Маркова // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, № 3 (64). – С. 133.
11. Корнієнко, О. В. Індивідуально-типологічний (інтровертований) та факторний аналізи психосоматичного здоров'я студенток-дівчат Київського національного університету імені Тараса Шевченка [Текст] / О. В. Корнієнко // Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». – 2015. – № 35. – С. 144–151.
12. Лобунець, Г. Ю. Проблема розладів психічної сфери студентів, які мають інвалідність [Текст] / Г. Ю. Лобунець // Медична психологія. – 2012. – № 4. – С. 48–50.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Кожина Г. М.
Дата надходження рукопису 18.08.2017*

Хаустов Максим Миколайович, кандидат медичних наук, доцент, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, Харківський національний медичний університет, пр. Науки, 4, м. Харків, Україна, 61022
E-mail: haustov217@gmail.com

УДК 616-053.31-06-022-053.1-078
DOI: 10.15587/2519-4798.2017.113521

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ И НОВОРОЖДЕННЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

© Н. А. Щербина, Л. А. Выговская

Изучено этиологическую структуру внутриутробных инфекций у беременных и проведена оценка их влияния на течение раннего неонатального периода. Установлено, что в этиологической структуре возбудителей внутриутробные инфекции ведущее место занимают микст-инфекции – хламидии в сочетании с вирусами герпетической группы, а неонатальный период наиболее тяжело протекает у детей с двойным или тройным инфицированием

Ключевые слова: внутриутробные инфекции, беременность, ранний неонатальный период, моно-инфекции, микст-инфекции, клинические симптомы

1. Введение

Внутриутробные инфекции относятся к широко распространенным тяжелым заболеваниям, обуславливающим серьезные нарушения здоровья детей. Однако данные относительно их частоты встречаемости в настоящее время различны. Ряд авторов считает, что данная патология встречается от 10 % [1] до 30 % случаев [2]. Другие исследователи указывают на наличие инфекционных заболеваний у 50–60 % доношенных и 70 % недоношенных новорожденных [3]. Таким образом, отмечается отсутствие единых

подходов в диагностике и статистическом учете внутриутробных инфекций. Поэтому вопрос об истинной распространенности внутриутробных инфекций остается до конца не выясненным.

Внутриутробная инфекция является одной из причин перинатальной заболеваемости [4] и младенческой смертности [5]. Данная проблема также актуальна в силу того, что новорожденные с внутриутробной инфекцией часто имеют тяжелые нарушения здоровья, которые в дальнейшем могут стать как причиной инвалидизации, так и снижения качества жизни в целом [6].