

REFERENCES

1. Dolgikh T.I., Dalmatov V.V., Zapary N.S., Kadtsyna T.V. Cytomegalovirus infection in Omsk region // Zhurnal'mikrobiologii, epidemiologii i immunobiologii. 2008. №3. P.85-87. (in Russian)
2. Zhukova L.I., Kovalevskaya O.L., Lebedev V.V., Gorodin V.N. Acquired overt cytomegalovirus infection in immunocompetent adult patients // Epidemiologiya i infeksionnyyebolezni. 2014. №1. P.11-16. (in Russian)
3. Petrova K.K. Causes and diagnostic of miscarriage in early pregnancy in women with cytomegalovirus infection // Byulleten' fiziologii i patologiydykhaniya. 2017. Is. 64. P.50-54. DOI: 10.12737/article_59360bd64c0640.82215175 (in Russian)
4. Bechtel M., Froust W. Sexually transmitted diseases // Clin. Obstetr. Gynecol. 2015. Vol. 48. №1. P.172-184.
5. Berth M., Grangeot-Keros L., Heskia F., et al. Analytical issues possibly affecting the performance of commercial human cytomegalovirus IgG avidity assays // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. 2014. Vol. 33. №9. P.1579-1584.
6. Leruez-Ville M., Selier Y., Salomon L., et al. Prediction of fetal infection in cases with cytomegalovirus immunoglobulin M in the first trimester of pregnancy: a retrospective cohort // Clin. Infect. Dis. 2013. Vol. 56. №10. P.1428-1435.
7. Lumley S., Patel M., Griffiths P. The combination of specific IgM antibodies and IgG antibodies of low avidity does not always indicate primary infection with cytomegalovirus // J. Med. Virol. 2014. Vol. 86. №5. P.834-837.
8. Luvira V., Chamnanchanunt S., Bussaratid V., et al. Seroprevalence of latent cytomegalovirus infection among elderly Thais // Southeast Asian J. Trop. Med. Publ. Hlth. 2012. Vol. 43. №6. P.1419-1425.
9. Rahbar A., Orrego A., Peredo I., et al. Human cytomegalovirus infection levels in glioblastomamultiforme are of prognostic value for survival // J. Clin. Virol. 2013. Vol. 57. №1. P.36-42.
10. Susan P., Ricardo P., Erica M., et al. Cytomegalovirus in pregnancy: to screen or not to screen // BMC Pregnancy / Childbirth. 2013. Vol. 13. P.96.
11. Tomastik T., Lawilinska B., Rawlik D., et al. Congenital cytomegaly in one twin – a case report // Med. WiekuRozwoj. 2012. Vol. 6. №3. P.252-260.
12. Wu D., Wu Y., Wang L., et al. Evaluation of a novel array based toxoplasma, rubella, cytomegalovirus and herpes simplex virus IgG enzyme linked immunosorbent assay and its comparison with virionserion enzyme linked immunosorbent assays // Ann. Lab. Med. 2014. Vol. 34. №1. P.38-42.

Информация об авторе:

Гусейнова Замина Ниязи кызы – ассистент кафедры эпидемиологии Азербайджанского Медицинского Университета,
e-mail: iris.ax@mail.ru

Information about the author:

HuseynovaZaminaNiyazikyzy – Assistant of the Department of Epidemiology of the Azerbaijan Medical University,
e-mail: iris.ax@mail.ru

© ЗЕЙНАЛОВА Н.М. – 2019
УДК: 616.936.1

DOI: 10.34673/ismu.2019.156.1.010

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО МАЛЯРИИ В РАЙОНАХ ЛЕНКОРАНСКОЙ НИЗМЕННОСТИ

Зейналова Н.М.

(Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан)

Резюме.

Цель настоящего исследования заключалась в проведении оценки эпидемиологической ситуации по малярии в районах ленкоранской низменности до и в период элиминации.

Материалы и методы. Материалом для проведения ретроспективного эпидемиологического анализа заболеваемости малярией за 1994-1999 гг. и 2003-2012 гг. в следующих районах Ленкоранской низменности – Астаринский, Ленкоранский, Массалинский и Джалилабадский районы (форма № 1). Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ маляриологической ситуации в указанных районах.

Результаты. В 1994-1999 гг. число населенных пунктов-очагов, где были выявлены случаи заболевания малярией, выросло до 341. Максимальное расширение ареала малярии в районах Ленкоранской низменности были отмечены в 1996-1997 гг., когда случаи малярии были зарегистрированы в 180-ти населенных пунктах. По сравнению с 1997 г. в районах Ленкоранской низменности в 1999 г. заболеваемость малярией снижена в 3,2 раза, а численность очагов – в 2 раза. В 2003 году в Астаринском районе регистрировался 3 случая, в Джалилабадском районе 1 случай заболеваемости малярией. В последующие годы в этих районах случаи заболеваемости малярией не регистрировались.

Заключение. Показано, что в период элиминации также следует проводить противоэпидемические и профилактические мероприятия с целью мониторинга эпидемиологической ситуации по малярии.

Ключевые слова: малярия; элиминация; ретроспективный эпидемиологический анализ; эпидемиологический надзор.

THE RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION ON MALARIA IN THE DISTRICTS OF LENKORAN LOW – LYING AREA

Zeynalova N.M.

(Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan)

Summary.

Aim of present investigation is a carrying out of estimation of the epidemiological situation on malaria in the districts of Lenkoran before and in the elimination period.

Methods. For the carrying out of the retrospective epidemiological analysis of morbidity, the morbidity data on malaria in 1994-1999 and 2003-2012 years in the following districts of the Lenkoran, Astara, Masalli and Jalilabad districts (Form N

1) has been used as a material. The retrospective epidemiological analysis of malariological situation in the showing districts has been carried out.

Result. In 1994-1999 the number of focal points where malaria cases were detected increased to 341. The maximum expansion of the malaria area in the Lankaran lowland areas was noted in 1996-1997, when malaria cases were recorded in 180 settlements. Compared to 1997, in 1999 year in the Lenkoran lowland the incidence of malaria was reduced by 3.2 times, and the number of foci - by 2 times. In 2003, 3 cases were registered in Astara, in the Jalilabad region 1 case of malaria was also registered. In subsequent years, malaria cases have not been registered in these areas.

Conclusions. It was showed that in the elimination period the antiepidemic and preventive measures also must be conducted in order to control the epidemiological situation on malaria.

Key words: malaria; elimination; retrospective epidemiological analysis; epidemiological surveillance.

Проблема малярии все еще остается актуальной, несмотря на значительные успехи в ликвидации и элиминации этой инфекции в большинство стран мира [2-3,6,9-12].

В результате проведения под эгидой ВОЗ программ борьбы и ликвидации значительно сократился ареал малярии [13,14]. Ликвидации инвазии в европейских странах способствовало социально-экономическое развитие, изменение характера землепользования и улучшение бытовых условий жизни населения. Как показывает анализ эпидемиологической ситуации по малярии в мире к середине 1960-х годов обширные территории Южной Азии, Ближнего и Среднего Востока, Южной и Северной Америки были практически оздоровлены.

В последующие годы большинство стран не смогли поддержать достигнутого эпидемиологического благополучия, и наблюдается, вначале медленный, а затем быстрый рост числа случаев малярии, которое в 1976 г. достигло 150 млн. Наибольший подъем заболеваемости наблюдался в Южной Азии (Индия, Шри-Ланка, Пакистан), что привело к увеличению масштабов завоза в другие страны [8].

Проблема малярии остается высоко актуальной и для Азербайджанской Республики. Общими усилиями здравоохранения бывшего Союза после 60-х годов прошлого столетия на территории Азербайджана, где есть все географические и климатические условия для распространения малярии, эпидемиологическая ситуация на протяжении многих лет оценивалась как благополучная [1,4-5]. Но, в силу ряда эпидемиологических предпосылок (миграция, учащение завозных случаев, увеличение неиммунного к малярии контингента и др.) постепенно случаи регистраций заболеваемости участились. После принятия резолюции ВОЗ в 2012 году в рамках региональной республиканской Программы, разработанной Минздравом Азербайджана «Обратим малярию вспять», работа по борьбе с малярией усилилась [7].

Вместе с тем, проведение эпидемиологического мониторинга с целью оценки маляриологической ситуации в различных регионах республики по-прежнему считается важным и нужным.

Исходя из вышеотмеченного, цель настоящего исследования заключалась в проведении оценки эпидемиологической ситуации по малярии в районах Ленкоранской низменности до и в период элиминации.

Материалы и методы

Материалом для проведения ретроспективного эпидемиологического анализа заболеваемости служили статистические данные по заболеваемости малярией за 1994-1999 гг. и 2003-2012 гг. в следующих районах Ленкоранской низменности – Астаринский, Ленкоранский, Масаллинский и Джалилабадский районы (форма № 01).

Результаты и обсуждение

В Ленкоранской низменности и после ликвидации малярии в 1960 г. периодически отмечались эпидемические вспышки ее то в одном, то в другом районе. Последний по времени подъем заболеваемости маля-

рией здесь, согласно официальным данным, начался в 1994 г. и был связан с небывалым по масштабам перемещения неиммунного по малярии населения предгорных и горных районов на низменные, эпидемически неблагополучные, вызванным военными действиями в Нагорном Карабахе.

В приведенной ниже таблице 1 представлены данные о движении малярии по отдельным районам низменности за 1994-1999 гг.

Таблица 1

Заболеваемость малярией по районам низменности

Районы	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Всего
Астаринский	1	80	258	263	139	62	803
Ленкоранский	-	124	137	104	62	32	459
Масаллинский	54	30	56	46	52	37	275
Джалилабадский	-	-	7	47	12	7	73
Всего:	55	234	458	460	265	138	1610

Как видно из таблицы 1, в Астаринском районе после 20-тилетнего отсутствия, первый и единственный случай малярии был отмечен 28.10.1994 г. у беженки из Физулинского района. В этом же году в Масаллинском районе, после 2-х летнего отсутствия, по официальным данным, в 12-ти селах было выявлено 54 больных малярией. Анализ этих случаев показывает, что 13 из них были зарегистрированы в мае-июне, т.е. в первой половине года, когда еще не началась передача малярии, в селах Гасанлы, Сыгдаш и Сарчувар. Таким образом, эти больные должны быть отнесены к больным предыдущего года заражения. Аналогичное, мы полагаем, наблюдалось в Ленкоранском районе, т.к. неожиданное появление 124-х больных в 15-ти населенных пунктах при полном благополучии в 1993-1994 гг., нам кажется мало правдоподобным, учитывая, что в районе в эти годы отмечалась сложная военно-политическая обстановка и органы здравоохранения не имели возможности заниматься вопросами борьбы с малярией.

В таблице 2 представлены данные о темпах расширения ареала малярии в районах Ленкоранской низменности.

Таблица 2

Динамика численности очагов малярии в районах Ленкоранской низменности за 1994-1999 гг.

Районы	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Астаринский	1/1*	6/5	28/23	28/7	21/3	13/-
Ленкоранский	-	15/15	23/12	37/18	19/4	13/-
Масаллинский	12/12	15/8	25/12	22/9	16/3	20/2
Джалилабадский	-	-	4/4	13/12	6/1	4/-
Всего:	13/13	36/28	80/51	100/46	62/11	50/2

Примечание: * - в числителе указывается число всех очагов по району, а в знаменателе – число новых очагов, возникших в данном году.

Как видно из таблицы 2, за 1994-1999 гг. число населенных пунктов-очагов, где были выявлены случаи заболевания малярией, выросло до 341. Максимальное расширение ареала малярии в районах Ленкоранской низменности были отмечены в 1996-1997 гг., когда случаи малярии были зарегистрированы в 180-ти населенных пунктах, в том числе в 97-и в новых.

Анализ заболеваемости малярией по районам низменности за последние 5 лет показывает, что возникшие

в крупных населенных пунктах – райцентрах, сельсоветов, очаги малярии часто являются не только активными, но и стойкими. В Астаринском районе таких очагов пока насчитывается 13, из которых 5 возникли в 1995 г., а 8 – в 1996 г. В этих населенных пунктах зарегистрировано 672 случая малярии из 803-х (83,5%) выявленных в 41-м населенном пункте в 1995-1999 гг. 12 из 13-ти указанных очагов продолжали функционировать и в 1999 г.

В Ленкоранском районе из 8 активных очагов, возникших в 1995 г., функционировали в 1999 г. только 3. С 1997 г. продолжается передача малярии в 5 новых очагах. В Масаллинском районе функционируют 4 очага, возникших в 1994-1995 гг., и 3 очага 1997 года. В Джалилабадском районе стойких активных очагов, нет.

Характер распространения малярии в эндемичных районах Ленкоранской низменности обусловлен взаимодействием природных и социально-экономических факторов, преобладающих в каждом из них. Наиболее серьезными из них являются вид переносчика, представленного на данной территории и его численность, обусловленной ландшафтно-климатическими условиями. На изучаемой территории ареалы малярии и ее переносчика – *Anophelessacharovi* совпадают, чем объясняется распространение заболевания, в основном, на узкой приморской полосе территории этих районов, тогда как прилегающие к предгорьям более влажные лесные территории, с другим видом переносчика, остаются свободными от нее.

За период с 1994 по 1999 гг. в указанных районах малярия была отмечена в 14,4% населенных пунктов Джалилабадского района и в 55,4% – Масаллинского района. В Астаринском и Ленкоранском районах этот удельный вес составлял соответственно 42,4% и 31,6%. Такое несоответствие объясняется тем, что *An. sacharovi* распространен только на узкой полосе приморской части Астаринского (ширина полосы – 8-10 км) и Ленкоранского (ширина полосы – 15-20 км), тогда как в Масаллинском и Джалилабадском районах ареал этого переносчика достаточно широк (более 40 км), но численность его низкая – сказывается дефицит водоемов.

Проводимыми в Республике Азербайджан противомалярийными мероприятиями удалось заметно снизить заболеваемость малярией. По сравнению с 1997 г. в районах Ленкоранской низменности в 1999 г. заболеваемость малярией снижена в 3,2 раза, а численность очагов – в 2 раза.

Анализируя эпидемиологическую ситуацию по малярии уже в XXI веке – до и в период элиминации (2003-

2012 гг.) в вышеуказанных районах, можно увидеть, что в 2003 году в Астаринском районе регистрировался 3 случая, в Джалилабадском районе 1 случай заболеваемости малярией. В последующие годы в этих районах случаи заболеваемости малярией не регистрировались (табл. 3).

Таблица 3

Заболеваемость малярией по районам Ленкоранской низменности

Районы	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Астаринский	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ленкоранский	8	6	7	5	7	8	12	8	2	–
Масаллинский	10	6	3	–	–	–	–	–	–	–
Джалилабадский	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Всего	22	12	10	5	7	8	12	8	2	–

В Масаллинском районе случаи заболеваемости малярией отмечались только с 2003 по 2005 гг. (10,6 и 3 случаев соответственно). Из всех районов Ленкоранской низменности наибольший высокий уровень регистрации заболеваемости малярией был установлен в Ленкоранском районе. Здесь за 9 лет в среднем заболеваемость малярией составляла 7 случаев. В 2012 году заболеваемость малярией не регистрировалась. Данные, отраженные в таблице 3 показывают, что по числу регистрации заболеваемости малярией Ленкоранский район сохраняет лидирующую позицию.

Безусловно, в период элиминации благодаря проведенным противоэпидемическим и профилактическим мероприятиям уровень заболеваемости малярией в районах Ленкоранской низменности значительно снизился. Но регистрация все еще пусть даже спорадических случаев заболеваемости малярией указывает на то, что соответствующих плановых противомаларийных мероприятий следует проводить регулярно в установленном объеме и мониторировать маляриологическую ситуацию в особенно потенциально «опасных» в эпидемиологическом плане районах Республики Азербайджан.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователь несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях. Автор разрабатывал концепцию и дизайн исследования и написал рукопись. Окончательная версия рукописи была им одобрена. Автор не получил гонорар за исследование.

Материал поступил в редакцию: 17.03.2019 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев Х.И., Гаджиев И.А., Гусейнова Ф.И. Выявление случаев заболеваемости малярией среди местного населения – как показатель напряженности эпидемиологической ситуации // Современные достижения медицины Азербайджана. Баку, 2010. №2. С.58-64.
2. Аитов К.А., Малов И.В., Бурданова Т.М. и др. Завозные случаи малярии в Иркутской области // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2017. №2. С.115-119.
3. Астафьев В.А., Абашиев А.Т., Аитов К.А. и др. Малярия (клинико-эпидемиологические аспекты, диагностика, лечение, профилактика). Иркутск, 2012.
4. Багиров Г.А., Абдуллаев Х.И., Мамедов С.М. Динамика малярии в районах Ленкоранской низменности в 1994-1999 гг. // Материалы Республиканской научно-практической конференции ННИИ МП им. В.Ахундова. Баку, 2001. С.45-48.
5. Гаджиев И.А., Гусейнова Ф.И., Алиев М.И. и др. Эпидемиологическая ситуация по малярии в Агсуинском и Кюрдамирском районах, расположенных в Ширванской зоне в связи с республиканской программой по элиминации малярии // Гигиена, эпидемиология и иммунобиология (Казахстан). 2012. №2. С.40-43.
6. Миронова В.А., Солдатова Е.А., Сайдалиев С.С. и др. Ландшафтно-маляриологическое районирование Южного Узбекистана в целях предупреждения восстановления малярии // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2017. №1. С.308.
7. Предотвращение возобновления малярии в Азербайджанской Республике в 2016-2020 гг. – Национальная Стратегия. Баку, 2015. 34 с.
8. Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней / Под ред. В.И.Покровского. М.: Медицина, 1993. Т. 2. С.292-308.
9. Хусаинов Н.Г., Шамгунова Г.Ш., Резаков Ш.А., Шоумаров С.Б. Мониторинг ситуации и оценка противомаларийных мероприятий в Республике Узбекистан // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2010. №1. С.33-35.
10. Arevalo-Herrera M., Quinones M., Guerra C., et al. Malaria in selected non-Amazonian counties of Latin America // Acta Trop. 2011. Vol. 121. №3. P.303-314.
11. Das A., Anvikar A., Cator L., et al. Malaria in India: The Center for the Study of complex malaria in India // Acta Trop. 2011. Vol. 28. P.315-319.

12. Mace K., Arguin P. Malaria Surveillance – United States, 2014 // *Surveill. Summ.* 2017. Vol. 66. P.1-24. DOI: 10.15585/mmwr.ss6612a1.

13. Sturrok H., Novotny J., Kunene S., et al. Neactive case de-

lection for malaria elimination real-life experience from an ongoing program in Swaziland // *Plos one.* 2013. Vol. 8. №5. P. e6380. DOI: 10.1371/journal.pone.0063830.

14. World Health Organization. Global Technical Strategy for Malaria 2016-2030 / WHO. Geneva, 2016.

REFERENCES

1. AbdullaevKh.I., Gadzhiev I.A., Guseynova F.I. Detection of cases of malaria among the local population – as an indicator of the intensity of the epidemiological situation // *Modern achievements of medicine in Azerbaijan.* Baku, 2010. №2. P.58-64. (in Russian)

2. Aitov K.A., Malov I.V., Burdanova T.M., et al. Imported cases of malaria in the Irkutsk region // *Infektsionnyyebolezni: novosti, mneniya, obucheniy.* 2017. №2. P.115-119. (in Russian)

3. Astafyev V.A., Abashov A.T., Aitov K.A., et al. Malaria (clinical and epidemiological aspects, diagnosis, treatment, prevention). Irkutsk, 2012. (in Russian)

4. Bagirov G.A., Abdullaev Kh.I., Mamedov S.M. Dynamics of malaria in the regions of the Lenkoran lowland in 1994-1999 // *Proceedings of the Republican scientific-practical conference of the Scientific-Research Institute of MP them. V. Akhundov.* Baku, 2001. P.45-48. (in Russian)

5. Gadzhiev I.A., Guseynova F.I., Aliyev M.I., et al. Epidemiological situation on malaria in Agsu and Kurdamir districts located in the Shirvan zone in connection with the republican program for the elimination of malaria // *Gigiyena, e pidemiologiyazheneimmunobiologiya (Kazakhstan).* 2012. №2. P.40-43. (in Russian)

6. Mironova V.A., Soldatova E.A., Saidaliev S.S., et al. Landscape-malaria zoning of Southern Uzbekistan in order to prevent the recovery of malaria // *Meditsinskaya parazitologiya i parazitarnyye bolezni.* 2017. №1. P.308. (in Russian)

7. Prevention of the resumption of malaria in the Republic of Azerbaijan in 2016-2020. – National Strategy. Baku, 2015. 34 p. (in Russian)

8. Guide to the epidemiology of infectious diseases / Ed. V.I. Pokrovsky. Moscow: Medicine, 1993. Vol. 2. P.292-308. (in Russian)

9. Khusainov N.G., Shamgunova G.Sh., Rezakov Sh.A., Shoumarov S.B. Situation monitoring and evaluation of antimalarial measures in the Republic of Uzbekistan // *Meditsinskaya parazitologiya i parazitarnyye bolezni.* 2010. №1. P.33-35. (in Russian)

10. Arevalo-Herrera M., Quinones M., Guerra C., et al. Malaria in selected non-Amazonian counties of Latin America // *Acta. Trop.* 2011. Vol. 121. №3. P.303-314.

11. Das A., Anvikar A., Cator L., et al. Malaria in India: The Center for the Study of complex malaria in India // *Acta. Trop.* 2011. Vol. 28. P.315-319.

12. Mace K., Arguin P. Malaria Surveillance – United States, 2014 // *Surveill. Summ.* 2017. Vol. 66. P.1-24. DOI: 10.15585/mmwr.ss6612a1.

13. Sturrok H., Novotny J., Kunene S., et al. Neactive case detection for malaria elimination real-life experience from an ongoing program in Swaziland // *Plos one.* 2013. Vol. 8. №5. P. e6380. DOI: 10.1371/journal.pone.0063830.

14. World Health Organization. Global Technical Strategy for Malaria 2016-2030 / WHO. Geneva, 2016.

Информация об авторе:

Зейналова Наргиз Мехман кызы – ассистент кафедры эпидемиологии Азербайджанского Медицинского Университета.

Information About of the Author:

Zeynalova N.M. – assistant Azerbaijan Medical University, Baku.

© АММОСОВА Е.П., КЛИМОВА Т.М., ЗАХАРОВА Р.Н., ФЕДОРОВ А.И., БАЛТАХИНОВА М.Е., ГАВРИЛЬЕВА Л.А. – 2019

УДК 159.9.072.422

DOI: 10.34673/ismu.2019.156.1.011

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ЦЕННОСТНО-МОТИВАЦИОННЫЕ ОРИЕНТИРЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ ЯКУТИИ

Аммосова Е.П., Климова Т.М., Захарова Р.Н., Федоров А.И.¹, Балтахинова М.Е., Гаврильева Л.А.
(Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, Якутск, Россия)

Резюме.

Целью исследования было изучение ценностных ориентиров и установок коренного населения Республики Саха (Якутия), направленных на сохранение здоровья.

Методы. Проанализированы ответы 162 респондентов, проживающих в сельской местности Якутии. Программа обследования включала: опрос по анкете, содержащей социально-демографические характеристики; вопросы для выявления основных хронических неинфекционных заболеваний. В исследовании был использован опросник «Отношение к здоровью» разработанный Березовской Р.А. (2001 г.), в качестве содержательной теоретико-психологической основы выступает концепция «Психология отношений» В.Н. Мясищева. Из опросника использованы поведенческий и ценностно-мотивационный шкалы. Также у респондентов оценивалась самооценка здоровья. Используя кластерный анализ методом k-средних, респонденты были поделены на две группы с активным и с пассивным поведенческим компонентом в отношении здоровья.

Результаты. Здоровьесберегающее поведение у респондентов коррелировали с возрастом (63,5 и 42,9% соответственно, $p=0,008$), образованием ($p=0,025$), наличием хронических заболеваний (60,7% против 45,2% $p=0,049$). Анализ ценностно-мотивационной шкалы показал, что в группе лиц с активным поведенческим компонентом понятие «здоровье» занимало первое место как среди терминальных, так и инструментальных жизненных ценностей.

Заключение. Ценность здоровья как инструмента для достижения целей начинает осознаваться в зрелом возрасте, при появлении признаков ухудшения самочувствия и хронических заболеваний. В молодом возрасте акценты жизненных сил направлены на другие виды деятельности, большинство считают, что они здоровы и не уделяют внимание сохранению здоровья и профилактике заболеваний. Несомненно, социально-экономический уровень жизни населения является одной из главных причин данного явления. В условиях кардинальных изменений в укладе и образе жизни коренного населения Севера поведенческие навыки самосохранительного поведения, помо-