



АГЕНТСТВО ПЕРСПЕКТИВНЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ НАУКИ И ТЕХНОЛОГИЙ



№ 9
Часть II

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ
ПО МАТЕРИАЛАМ IX МЕЖДУНАРОДНОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
Г. БЕЛГОРОД, 31 ДЕКАБРЯ 2015 Г.

ISSN 2413-0869

АГЕНТСТВО ПЕРСПЕКТИВНЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
(АПНИ)

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ НАУКИ И ТЕХНОЛОГИЙ

Сборник научных трудов
по материалам
IX Международной научно-практической конференции

г. Белгород, 31 декабря 2015 г.

В восьми частях
Часть II



Белгород
2015

УДК 001
ББК 72
С 56

Современные тенденции развития науки и технологий :
С 56 сборник научных трудов по материалам IX Международной научно-практической конференции 31 декабря 2015 г.: в 8 ч. / Под общ. ред. Е.П. Ткачевой. – Белгород : ИП Ткачева Е.П., 2015. – № 9, часть II. – 148 с.

В сборнике рассматриваются актуальные научные проблемы по материалам IX Международной научно-практической конференции «Современные тенденции развития науки и технологий» (г. Белгород, 31 декабря 2015 г.).

Представлены научные достижения ведущих ученых, специалистов-практиков, аспирантов, соискателей, магистрантов и студентов по медицине, физической культуре, социологии.

Информация об опубликованных статьях предоставляется в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ) по договору № 301-05/2015 от 13.05.2015 г.

Электронная версия сборника находится в свободном доступе на сайте:
www.issledo.ru

УДК 001
ББК 72

ISSN 2413-0869

© Коллектив авторов, 2015
© ИП Ткачева Е.П. (АПНИ), 2015

СОДЕРЖАНИЕ

СЕКЦИЯ «МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ»	6
<i>Абдумаликова И.А., Горохова Г.И.</i> О РЕМОДЕЛИРОВАНИИ АЛЬВЕОЛЯРНО-КАПИЛЛЯРНОЙ МЕМБРАНЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	6
<i>Бегиев В.Г., Андреев В.Б., Москвина А.Н.</i> ТРАНСПОРТНАЯ ДОСТУПНОСТЬ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)	9
<i>Бондарева Т.М., Парфейников С.А.</i> АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОРФАННЫХ БОЛЬНЫХ	11
<i>Бриткова Т.А., Казарин Д.Д.</i> ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	15
<i>Габеева Ю.С., Парфейников С.А., Андреева И.Н., Бондарева Т.М., Цахилова Е.Н.</i> ИЗУЧЕНИЕ И АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЭКОЛОГИИ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РС-О-АЛАНΙΑ	17
<i>Заднипрный И.В., Третьякова О.С., Сатаева Т.П.</i> ВЛИЯНИЕ ХЛОРИДА КОБАЛЬТА НА СОСТОЯНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОГО МИОКАРДА ПОЛОВОЗРЕЛЫХ САМЦОВ-КРЫС	21
<i>Зуб А.В., Никифорова Е.М.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ДОСТАВКИ ИНСУЛИНА	25
<i>Киселевич М.Ф., Киселевич М.М., Головин А.И., Дороганова Н.А.</i> ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С АНЕМИЕЙ	29
<i>Курлыкин А.В., Строгонова А.Н., Осипов А.А., Харьковина А.А.</i> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНМПЕДАНСОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО РИСКА У БОЛЬНОЙ С ПРИОБРЕТЕННОЙ ИДЕОПАТИЧЕСКОЙ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ.....	33
<i>Мальшиева Л.А., Стрекаловская А.А.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ГАЗОВОГО СОСТАВА КРОВИ И КЩР У ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА В ЗИМНЕЕ ВРЕМЯ ГОДА.....	36
<i>Мамедова Г.Б., Акбарходжаев А.А., Исаев И.С.</i> ПРИМЕНЕНИЕ МАРКЕТИНГА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	38
<i>Микаэлян М.Ф., Хачатрян М.М., Житарь Б.Н., Федорова Е.П.</i> ВОПРОСЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, СВЯЗАННУЮ С ОБОРОТОМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ ПРЕКУРСОРОВ	41
<i>Морозова В.С., Петроченко С.Н., Мягкова М.А.</i> ДИАГНОСТИКА ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ОСНОВЕ СРАВНИТЕЛЬНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ АНТИТЕЛ К ЭНДОГЕННЫМ БИОРЕГУЛЯТОРАМ	45
<i>Оташихов З.И., Алимджанова С.К., Жалилова К.Г.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ПО ПРОПАГАНДЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ	49
<i>Привалихина А.В., Глотова Н.А., Нурсалиева А.Ж., Шутова А.С.</i> ВЛИЯНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА НА ФИБРОПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В ТКАНИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА	52

<i>Расулова Н.Ф., Наримбаев М.А., Салойдинов А.Ш.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КЛЮЧЕВЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ	54
<i>Расулова Н.Ф., Джалилова Г.А., Мухамедова Н.С.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН	56
<i>Рахова В.Н., Оксас Н.С.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРАС	60
<i>Саблина А.В., Лаврова О.В., Кутушева Г.Ф.</i> ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	63
<i>Самигулина Г.Р., Колесникова И.М.</i> АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ.....	69
<i>Самигулина Г.Р., Колесникова И.М.</i> ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА НА ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА	72
<i>Стяжкина С.Н., Третьяков Е.В., Хайбуллина Л.Р., Габдрахманова И.Б.</i> ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЙ МЕТОДОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ	76
<i>Убашева Ч.А.</i> ПРОЯВЛЕНИЕ ЭНТРОПИИ СВОБОДНО РАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В МИОКАРДЕ ПРИ КАТЕХОЛАМИНОВОМ КАРДИОНЕКРОЗЕ У НЕАДАПТИРОВАННЫХ К ВЫСОКОГОРЬЮ КРЫС	78
<i>Царик Г.Н., Корбанова Т.Н.</i> МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В КУЗБАССЕ	81
СЕКЦИЯ «ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ»	87
<i>Власова Е.Е., Прокопьева Э.К.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ИНТЕРЕСА ДЕТЕЙ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОЙ К ШКОЛЕ ГРУППЫ К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ДОШКОЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ.....	87
<i>Габибов А.Б., Майбородин С.В., Колесников И.А.</i> ВЛИЯНИЕ РАЗМИНКИ НА СОРЕВНОВАТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД	90
<i>Габибов А.Б.</i> ВОСПИТАНИЕ В СТУДЕНЧЕСКОМ СПОРТИВНОМ КОЛЛЕКТИВЕ ЛИЧНОСТИ.....	94
<i>Гагиева З.А., Шевченко О.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ БУДУЩИХ УЧИТЕЛЕЙ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ.....	98
<i>Горячев Р.Р., Курганова Е.В.</i> НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ГТО В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	100
<i>Кельдасов Т.Д., Никитин Ю.П., Ошурков Д.В.</i> ПРИМЕНЕНИЕ АКТИВНЫХ МЕТОДОВ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ	102
<i>Киркин А.А., Курганова Е.В., Лоскутов А.С.</i> ХРИСТИАНСКИЕ БОГОСЛОВЫ I-IV ВЕКОВ О СПОРТЕ	104
<i>Майбородин С.В., Габибов А.Б., Веровский А.А., Саенко С.Г.</i> СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РАЗВИТИЯ СТУДЕНЧЕСКОГО СПОРТА	106
<i>Морозов А.П., Семененко Н.А., Бучельникова М.В., Резванова С.К.</i> ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И СТРУКТУРЫ ТРЕНИРОВОЧНЫХ ЗАНЯТИЙ В БЕГЕ НА	

КОРОТКИЕ ДИСТАНЦИИ НА ЭТАПЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СПОРТИВНОГО МАСТЕРСТВА	109
<i>Никитин Ю.П., Лопатин Д.А., Ошурков Д.В.</i> ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ БОЕВЫМ ПРИЕМАМ БОРЬБЫ СЛУШАТЕЛЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ СИСТЕМЫ МВД РОССИИ.....	111
<i>Рыкова Н.Ф., Лорай К.А., Нестеров Д.В., Фирсова Н.И.</i> КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ СТУДЕНТОВ КЕМЕРОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ.....	113
<i>Седых Е.А., Зверева Е.В.</i> К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНИВАНИИ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ДОШКОЛЬНИКОВ В СВЕТЕ РЕАЛИЗАЦИИ ФГОС ДО	116
СЕКЦИЯ «СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ».....	119
<i>Игебаева Ф.А.</i> ОБ ИННОВАЦИОННО-ТВОРЧЕСКОМ ПОТЕНЦИАЛЕ АГРОСЕКТОРА РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН.....	119
<i>Игнатович Н.С., Сидорова Е.В.</i> ЕЖЕГОДНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ СОЦИАЛЬНО- ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ В СЕЛЬСКИХ НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ	121
<i>Игнатович Н.С., Сидорова Е.В.</i> «КАДРОВЫЙ СПЕКТАКЛЬ» КАК МЕТОД ОТБОРА КАНДИДАТОВ, ПРЕТЕНДУЮЩИХ НА РУКОВОДЯЩУЮ ДОЛЖНОСТЬ.....	123
<i>Мамутов Р.М., Абдураманов Л.А., Якубов Д.Б., Хамзин Ш.А.</i> ЕВРОПЕЙСКИЙ ОПЫТ РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕЖНАЦИОНАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ.....	125
<i>Маркина И.Л.</i> БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЕ ФОНДЫ В РОССИИ: ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ	131
<i>Новиков А.В., Санакина Е.А., Сурменева А.А.</i> РАЗВИТИЕ МАЛОГО И СРЕДНЕГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА В РОССИИ КАК ФАКТОР ЭКОНОМИЧЕСКОГО РОСТА.....	135
<i>Оборский А.Ю., Игнатов П.Н.</i> ОСОЗНАННОЕ МЕДИАПОТРЕБЛЕНИЕ КАК ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР УСПЕШНОГО ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ	138
<i>Омарова К.А., Маммаева Д.С.</i> СОЦИАЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЕМ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ	141
<i>Тимченко А.С.</i> СРЕДСТВА МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ КАК ЭЛЕМЕНТ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ	144

СЕКЦИЯ «МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ»

О РЕМОДЕЛИРОВАНИИ АЛЬВЕОЛЯРНО-КАПИЛЛЯРНОЙ МЕМБРАНЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Абдумаликова И.А.

доцент кафедры нормальной и патологической физиологии, канд. мед. наук,
Кыргызско-Российский Славянский университет,
Кыргызская Республика, г. Бишкек

Горохова Г.И.

старший преподаватель кафедры нормальной и патологической физиологии,
канд. биол. наук, с.н.с., Кыргызско-Российский Славянский университет,
Кыргызская Республика, г. Бишкек

Стенозирование трахеи на 2/3 ее просвета сопровождается легочной гипертензией, ремоделированием ультраструктурной организации альвеолярной мембраны, образованием локального осмоса в одних участках, слиянием базальных мембран эндотелиоцитов в одну общую мембрану в соответствующем нарушении газообмена в легких.

Ключевые слова: альвеолярно-капиллярная мембрана, легочная гипертензия, гликокаликс, сурфактант скорость кровотока, оксид азота.

Число больных с хроническими обструктивными болезнями легких и бронхиальной астмой, на почве которых формируется легочная гипертензия (ЛГ), из года в год нарастает. Увеличивается и число исследований этой проблемы, но без уделения должного внимания состоянию и роли альвеолярно-капиллярных мембран (АКМ).

Целью настоящей работы является обсуждение результатов изучения ультраструктурной организации АКМ крыс в норме и животных с экспериментальной легочной гипертензией.

Материал и методы

Работа выполнена на белых беспородных крысах-самцах весом 180-200г. ЛГ моделировалась стенозированием трахеи на 2/3 просвета по Ю.Х-М Шидакову и Л.Г. Гринько (1986). Через 37, 45, 60 суток животные умерщвлялись. Кусочки легких фиксировались в 1% растворе глутарового альдегида на фосфатном буфере с постфиксацией в 1% растворе четырехоксида осмия. В жидком азоте делали сколы образцов, помещали в камеру ВУП-4 для высушивания. Высушенные образцы монтировали на столик-объектодержателя, напыляли тонким слоем платины и исследовали в сканирующем микроскопе «Тесла-300» при ускоряющем напряжении 20 кВ. Для исследования в трансмиссионной электронной микроскопии образцы заливали в аралдиты, приготовленные по Милоннингу. Готовили полутонкие срезы и изучали в микроскопе «Тесла-500».

Результаты и обсуждение

Альвеоларно-капиллярная мембрана толщиной не более 2,1-0,3 мкм, занимающая около 55-62% площади альвеоларной стенки, состоит из плотно прилегающих один к другому эпителиального (ЭП) и эндотелиального (ЭН) слоев (рис. а).

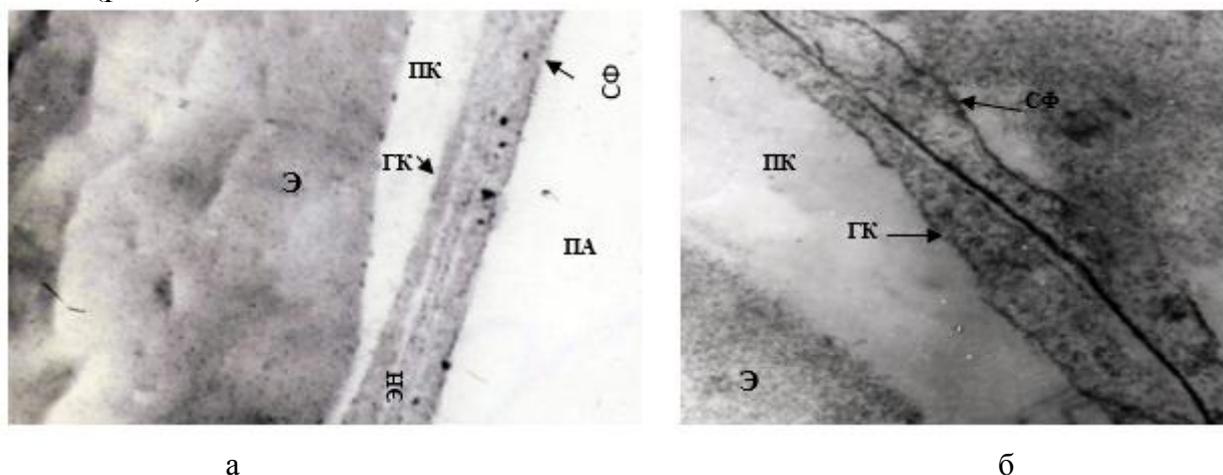


Рис. Сравнительная структура альвеоларно-капиллярной мембраны крысы. Сканирующая электронная микроскопия. X 15000.

а – в норме; б – на 37-е сутки развития ЭЛГ. Отмечается утолщение выстилки эндотелия капилляра и эпителия альвеол с нарушением целостности, усилением электронной плотности базальной мембраны (Э – эритроцит; ПК – просвет капилляра; ЭН – эндотелий капилляра; ЭП – эпителий альвеолы; ПА – полость альвеолы, ГК – гликокаликс, СФ – сурфактант)

Эпителиальный слой представляет собой плазмолемму эпителиоцитов, эндотелиальный – эндотелиоцитов. В результате тесного соприкосновения базальной мембраны капиллярных эндотелиоцитов и альвеоларных эпителиоцитов образуется двойная мембрана. Одна сторона ее омывается кровью, другая – соприкасается с альвеоларным воздухом.

Обе стороны АКМ покрыты неклеточным веществом: люминальная – гликокаликсом (ГК), альвеоларная – сурфактантом (СФ). Эндотелиальный гликокаликс представляет собой слой мукополисахаридов, синтезируемый эндотелиоцитами [3 с.146]. Гликокаликс имеет особенно большое значение для эпителия желудочно-кишечного тракта и сосудов легких [1,316 с.], как высокореактивная среда, благодаря содержанию большого количества рецепторов, воспринимающих самую различную информацию. Он способен на люминальной поверхности АКМ воспринимать изменения газового состава, кислотно-основного состояния, напряжения сдвига, скорости текущей крови.

Альвеоларный сурфактант – поверхностно-активное вещество легких (ПАВл), состоит из фосфолипидов (80-85%), белков, полисахаридов, холестерина и жирных кислот, продуцируется альвеолоцитами II типа, клетками Клара, альвеоларными макрофагами. Основная функция ПАВл – это поддержания устойчивости альвеол путем понижения поверхностного натяжения в них на выдохе. ПАВл толщиной всего лишь около 50-60 нм способно поддерживать поверхностное натяжение в альвеолах от 0,05 до 0,1 мН/см, что предотвращает спадание их стенок во время выдоха.

Недостаточность гликокаликса по одну сторону АКМ и ПАВл – по другую приводит к нарушению диффузионной способности легких (ДСЛ) или респираторному дистресс-синдрому (РДС).

Стенозирование трахеи на 2/3 ее просвета у крыс увеличивает сопротивление потоку воздуха четвертой степени; уменьшает просвет воздухоносных путей и приводит к нарастанию отношения остаточного объема легких к их общей емкости; развитию бронхоспазма; снижению выработки ПАВл; повышению секреторной активности альвеолоцитов и бронхиальных желез и нарушению очищения дыхательных путей.

Расширенные остаточным объемом воздуха альвеолы давят на кровеносное русло, окружающее их со всех сторон [2 с. 66], что приводит к повышению сопротивления кровотоку. Это в свою очередь сопровождается спазмом артериол легких (веноартериальный рефлекс) и легочной гипертензии.

В итоге создаются условия гиперфункции альвеолоцитов по одну сторону и эндотелиоцитов – по другую сторону АКМ. Это приводит к гиперфункции и гипертрофии АКМ и ремоделированию ее субклеточных структур (рис. б).

В эндотелиоцитах увеличивается число пиноцитозных пузырьков, находящихся в свободном состоянии в цитоплазме и связанных с плазмолеммой. Матрикс эндотелиоцитов приобретает повышенную электронную плотность. Базальная мембрана эндотелиоцитов отделяется от таковой эпителиоцитов, образуется между ними щель, выполняющая роль локального осмоса, что способствует переходу отечной жидкости в кровеносное русло и играет компенсаторно-приспособительную роль. Наряду с этим отмечаются участки легких, где базальная мембрана эндотелиоцитов и эпителиоцитов сливаясь между собой, образуют единую электронноплотную базальную мембрану, что нарушает аэрогематический обмен.

В эпителиоцитах, входящих в состав АКМ отмечается набухание митохондрий, нарушение целостности крист и другие ультраструктурные изменения.

Список литературы

1. Авцын А.П., Шахламов В.А. Ультраструктурные основы патологии клетки. М.: «Медицина», 1979. 316 с.
2. Иванов К.П., Мельников Н, Н, Морфодинамический анализ системы микроциркуляции в легких (прижизненные морфологические исследования) // Морфология. 2011. Т. 139, 3. С. 63-66.
3. Andrew Koo, C. Forbes Dewey et. al. Hemodynamic shear stress characteristic of atherosclerosis – resistant regions promotes glycocalyx formation in cultured endothelial cells // Am. J. Physiol. 2012. 137-146.

ТРАНСПОРТНАЯ ДОСТУПНОСТЬ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Бегиев В.Г.

профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения, общей гигиены и биоэтики медицинского института, д-р мед. наук, профессор, Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, Россия, г. Якутск

Андреев В.Б.

главный врач, кандидат медицинских наук, доцент, ГБУ РС (Я) «РБ 2- ЦЭМП», Россия, г. Якутск

Москвина А.Н.

старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения, общей гигиены и биоэтики медицинского института, Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, Россия, г. Якутск

В Республике Якутия транспортная доступность является главной проблемой транспортной инфраструктуры. Более трети административно-территориальных образований республики находится в крайне затруднительном положении при оказании экстренной медицинской помощи. Правительство РС (Я) проводит работу совместно с федеральным центром по устранению диспропорции в транспортной системе.

Ключевые слова: Республика Саха (Якутия), транспорт, транспортная доступность, Центр экстренной медицинской помощи.

ГБУ РС(Я) «Республиканская больница №2 – центр экстренной медицинской помощи» (РБ №2 – ЦЭМП) является головным учреждением по оказанию экстренной медицинской помощи взрослому населению республики. Согласно Уставу, целью деятельности ГБУ РС(Я) «Республиканская больница №2 – центр экстренной медицинской помощи» является охрана здоровья граждан, обеспечение доступности современных медицинских технологий на территории республики, повышение эффективности и качества оказания специализированной экстренной медицинской помощи.

Республика Саха (Якутия) занимает территорию 3103,2 тысячи квадратных километров, что составляет 18% всей территории Российской Федерации. Кроме того в состав территории Якутии входят многочисленные острова моря Лаптева и Восточно-Сибирского моря. 40% территории находятся за Полярным кругом, в зоне вечной мерзлоты [2,4].

В социально-экономическом развитии и обеспечении безопасной жизнедеятельности Республики Саха (Якутия) состояние транспортного комплекса является приоритетным. Вместе с тем, занимая 18,0% территории РФ, Якутия имеет недостаточно развитую транспортную сеть. Плотность автомобильных дорог на 1000 км² в 13 раз меньше, чем в РФ и в 2,3 раза ниже, чем в

ДФО. Более 90% территории обеспечено только сезонной транспортной доступностью [1, 4, 5, 6].

Слабо развитая сеть автодорог сохраняет сезонность транспортной доступности территории Якутии. Из 552 сельских населенных пунктов только 208 соединяют автодороги с твердым покрытием. Протяженность федеральных магистралей составляет около 14%, территориальные магистрали – 86%, представленные в подавляющем большинстве автозимниками, строящимися в холоднее время года в заболоченных и труднодоступных таежных тундровых районах.

Правительство РС (Я) при поддержке федерального центра проводит работу по устранению диспропорции в развитии транспортной системы. В соответствии с Постановлением Правительства РФ с 2005 года ведется строительство железной дороги до Якутска с совмещенным мостовым переходом через реку Лену. Этот документ включен в основные документы долгосрочного развития страны и регионов.

Значительна роль воздушного транспорта, учитывая большие расстояния между населенными пунктами и то, что в арктической зоне воздушный транспорт является безальтернативным. На долю воздушного транспорта приходится более 65% пассажирооборота республики. Учитывая размеры территории Якутии, количества удаленных территорий, климатических условий и слабости транспортной инфраструктуры – устойчивый рост авиатранспорта является фактором социально-экономического развития республики.

В рамках реализации Стратегии развития Арктической зоны РФ и национальной безопасности до 2020 года обеспечивается консолидация ресурсов и усилий всех заинтересованных субъектов государственной политики РФ в Арктике для решения ключевых проблем развития Арктической зоны РФ и обеспечения национальной безопасности в Арктике [4, 5].

Главной проблемой транспортной инфраструктуры в Якутии является транспортная доступность. Уровень транспортной доступности в большой степени формирует экономическое и демографическое развитие в любом регионе.

Наряду с развитием комплексной транспортной системы важное значение в обеспечении транспортной доступности имеет модернизация и внедрение инновационных технологий и видов транспорта, влияющих на реализацию социально-экономического потенциала страны, региона, муниципального образования. Транспортная доступность, применение новых видов транспорта, играет огромную роль в сохранении и укреплении здоровья населения.

В обеспечении медицинской помощи, экстренной специализированной медицинской помощи используются все имеющиеся в Республике Саха (Якутия) виды транспорта.

Результаты анализа деятельности санитарной авиации по отчетам Центра медицины катастроф МЗ РС(Я) (2003 г.), не выявили тесных корреляционных связей ($r=0.159$) между количеством на 1000 населения, которым оказана помощь по санзаданиям и расстоянием между улусным центром и столицей республики. По мере удаления не наблюдается взаимообусловленного увеличения количества вызовов для выполнения санитарных рейсов.

Анализ транспортной схемы ЛПУ улусов и городов показал, что десять улусов (Кобяйский, Жиганский, Эвено-Бытантайский, Булунский, Оленекский, Анабарский, Среднеколымский, Аллайховский, Абыйский, Нижнеколымский) вообще не имеют круглогодичной автомобильной дороги до населенного пункта, где расположено то или иное медицинское учреждение. Более трети административно-территориальных образований республики находится в крайне затруднительном положении при оказании экстренной медицинской помощи [4, 5, 6].

Развитие транспортной инфраструктуры является важным направлением укрепления социально-экономического потенциала Республики Саха (Якутия), обеспечения доступности и качества экстренной специализированной медицинской помощи, улучшения здоровья населения.

Список литературы

1. Бегиев, В. Г. Медицинская помощь работникам водного транспорта в Республике Саха (Якутия) / В.Г. Бегиев, С.С. Ратушняк, А.Н. Москвина // Social-Economic, sociopolitical sociocultural development of regions: materials of the international scientific conference on October 25-26, 2014 – Prague: Vedecko vydavatel'ske centrum "Sociosfera-C2". – p.68-72
2. Кривошапкин, И. И. Дар планете Земля. Особо охраняемые природные территории РС(Я). / И.И. Кривошапкин и др. // Якутск: Ураанхай, 2009. – 408 с.
3. Петрова, П. Г. Эколого-физиологические аспекты адаптации человека к условиям Севера. / П.Г. Петрова // Якутск: Дани Алма С, 2011. – 272 с.
4. Стратегия развития Арктической зоны Российской Федерации и обеспечения национальной безопасности на период до 2020 года, утвержденная Президентом РФ от 08.02.2013 г. №Пр-232.
5. Основы государственной политики Российской Федерации в арктике на период до 2020 года и дальнейшую перспективу. Утверждена Президентом РФ – [электронный ресурс]: Российская газета. URL: <http://www.rg.ru/2009/03/30arktika-osnovy-dok.html>
6. Якутия. Историко – культурный атлас. Из-во: Феодория. Москва. 870 с.

АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОРФАННЫХ БОЛЬНЫХ

Бондарева Т.М.

старший преподаватель кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации, канд. фармацевт. наук, Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ГБОУ ВПО ВолгГМУ МЗ РФ, г. Пятигорск

Парфейников С.А.

профессор кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации, д-р фармацевт. наук, профессор, Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ГБОУ ВПО ВолгГМУ МЗ РФ, г. Пятигорск

В статье освещены вопросы достаточно актуальные для отечественной системы здравоохранения и лекарственного обеспечения больных с орфанными заболеваниями, а также вопросы вывода на рынок орфанных препаратов. Рынок орфанных препаратов – один из наиболее наукоемких и активно развивающихся сегментов мирового фармацевти-

ческого рынка. Однако, несмотря на его активный рост, существуют определенные ограничения, которые сдерживают его развитие. Основная причина состоит в стабильном уровне емкости рынка, поскольку количество людей, страдающих редкими заболеваниями, ежегодно практически не изменяется.

Ключевые слова: обращение лекарственных средств, орфанные лекарственные препараты, мировой рынок, фармацевтические компании.

Выход на рынок орфанных препаратов для фармацевтических компаний сопряжен с крупными инвестиционными вложениями, необходимыми для проведения клинических исследований и разработки этих препаратов. Риск, с которым связана работа на рынке орфанных препаратов, компенсируется за счет государственных преференций и льгот. Законодательство разных стран, стимулирующее разработку орфанных препаратов, максимально старается мотивировать фармацевтические компании, но не всегда обходит проблемы, которые имеются на рынке. Одной из таких проблем является отслеживание тех препаратов, которые в результате своей прибыльности перешли в разряд лидеров фармацевтического рынка. Это связано с тем, что после выхода на рынок тех или иных орфанных препаратов многие из них начинают использоваться и для лечения распространенных заболеваний [1,4].

Впервые в мировой практике Закон об орфанных препаратах («сиротских лекарствах») принятый в январе 1983 г. в США, способствовал легализации статуса «орфанных» препаратов, что позволило американским и европейским законодателям определить параметры для его присвоения, а также предусмотреть определенные льготы, стимулирующие разработку лекарственных препаратов (ЛП) для лечения редких (орфанных) болезней [1,3].

Однако в США и ЕС существуют некоторые различия в присвоении статуса орфанного препарата, в определении срока исключительности пребывания на рынке после процедуры одобрения, а также в уровне налоговых скидок и преференций. Условие присвоения статуса орфанного препарата состоит в определении количества человек, страдающих заболеваниями, признающимися редкими. В США их число не должно превышать 200 000 человек (живущих в этой стране), а в ЕС – 228 тыс. человек. Другой параметр, который существенно отличается в законодательствах США и ЕС – это срок исключительности пребывания на рынке орфанного препарата. В США этот срок составляет 7 лет, в странах ЕС – 10 лет, но в том в случае, если к 7-му году определенный уровень прибыли будет превышен, то с ЛП будет снят статус орфанного. Таким образом, преимущество европейского законодательства ограничивается дополнительным условием, которое практически уравнивает его с американским. Кроме того, в американском законодательстве предусмотрены федеральные налоговые скидки (50% затрат на клинические исследования), а также льготы по оплате принятия решения по представленному ЛП [2].

В ЕС для компаний, разрабатывающих орфанные ЛП, предусмотрена компенсация затрат на процесс маркетингового одобрения. Несмотря на то, что развитие рынка орфанных ЛП в ЕС насчитывает всего лишь 7 лет, по ко-

личеству представленных и одобренных орфанных препаратов ЕМЕА не сильно уступает FDA с более чем 20-летней историей [5].

Для рынка орфанных ЛП США характерно равномерное увеличение количества как представленных, так и одобренных ЛП. За период 2004-2006 гг. количество представленных орфанных ЛП возросло со 150 до 200 (33,3%), а одобренных – с 90 до 118 (31,1%). Однако период 2005-2006 гг. характеризовался некоторым спадом на рынке орфанных ЛП, как в США, так и в ЕС. Так, динамика роста представленных для одобрения орфанных препаратов в ЕМЕА, была отрицательной: спад составил 11,8%. В FDA, несмотря на положительную динамику, темпы роста представленных орфанных ЛП снизились с 17,3 до 13,6%. Подобная же тенденция наблюдалась в отношении одобренных препаратов: в FDA этот показатель снизился с 22,2 до 7,2%, а в ЕМЕА с 17,3 до 7,9% [6].

Структура одобрений орфанных ЛП с точки зрения возрастного применения за период 2006-2012 гг. заметно изменилась. Если в 2006 г. 55% составляли препараты, используемые исключительно для лечения взрослых, то в 2013 г. их доля уменьшилась до 40%. Это произошло за счет активного увеличения доли педиатрических препаратов – на 12%. Подобные изменения связаны с разработкой законодательства в отношении препаратов для детей, что незамедлительно отразилось на структуре одобрений орфанных ЛП. Незначительная доля в структуре одобрений принадлежит ЛП, предназначенным для лечения, как взрослых, так и детей: в 2006 г. она составляла 11%, а в 2013 г. – 14%. Причем, в 2006 г. доля этих ЛП снизилась до 6%, что свидетельствует о некоторой неустойчивости рынка. Различны были и темпы прироста: наибольший показатель в 2006-2013 гг. был характерен для группы педиатрических ЛП – 35,2%, у препаратов для лечения взрослых и детей он составил 27,2%, а доля ЛП для лечения взрослых, напротив, снизилась на 27,2%.

Объем мирового рынка орфанных препаратов за период 2006-2013 гг. имел тенденцию к росту. За 3 года объем продаж увеличился с 27 до 33,3 млрд. долл., на 6,3 млрд. долл., или на 23,3%. Доля рынка орфанных ЛП составляла 4,8-5,2% от мирового фармрынка. Темп прироста за период 2006-2010 гг. составил 10%, а за 2010-2013 гг. – 12,1%. Подобный факт объясняется актуальностью проблемы сиротских препаратов для многих стран, а также позитивными результатами действия законодательства, сформированного в ЕС еще в 2000 г. [6].

Согласно докладу аналитической компании «Evaluate Pharma», посвященному орфанным ЛП, ожидается, что прирост объема рынка этих препаратов в денежном выражении будет вдвое большим, чем таковой рецептурных препаратов. В 2013 г. объем рынка орфанных препаратов увеличился на 7,1% по сравнению с 2011 г., достигнув продаж в 83 млрд. долларов. Отмечено сокращение объема продаж рецептурных ЛП (без учета дженериков) на 2,1% до 645 млрд. долларов. Количество заявок на регистрацию орфанных ЛП в США в 2013 г. уменьшилось на 7% по сравнению с 2011 г. (впервые с 2007 г.). Количество заявок, направленных на получение одобрения на мар-

кетирование орфанных ЛП, в странах ЕС увеличилось на 44% по сравнению с 2011 г., в 2011 г. было отмечено снижение данного показателя.

Аналитики BCC Research прогнозируют рост мирового рынка орфанных препаратов к 2015 г. до 53,6 млрд. долл. За период 2012-2015 гг. планируется увеличение его объема на 10,3 млрд. долл., или на 30,9%. Поступательное развитие мирового рынка орфанных препаратов свидетельствует о повышении спроса на них.

Структура терапевтических категорий орфанных препаратов за период 2006-2013 гг. заметно изменилась: доля противоопухолевых препаратов увеличилась с 36 до 46% (это крупнейшая группа рынка орфанных препаратов), доля противомикробных возросла с 4 до 9%, доля препаратов для лечения заболеваний скелетно-мышечной и нервной систем выросла с 8 до 14%. Рост вышеперечисленных терапевтических групп происходил на фоне снижения долей таких групп, как иммуностимулирующие средства (с 11 до 2%), препараты для лечения сердечно-сосудистой и дыхательной систем (с 10 до 2%). Такое существенное преобладание на рынке орфанных препаратов противоопухолевых, противомикробных средств, препаратов для лечения заболеваний скелетно-мышечной и нервной систем свидетельствует о повышении уровня концентрации данного рынка [6].

Согласно докладу, аналитической компании «Evaluate Pharma», мировой рынок орфанных препаратов в 2018 г. достигнет объема 127 млрд. долларов и на его долю будет приходиться 16% общего объема продаж рецептурных ЛП. Ожидается, что в 2014–2018 гг. среднегодовой темп прироста объема продаж данной категории препаратов, в денежном выражении составит 7,4%, что примерно в 2 раза превышает аналогичный показатель для рецептурных ЛП (без учета дженериков). Такие данные свидетельствуют об инвестиционной привлекательности рынка орфанных препаратов. В 1983 г., когда законодательство по орфанным препаратам вступило в силу, было одобрено 10 ЛП, а в течение последующих 20 лет – 210. Рынок орфанных препаратов характеризуется низкой конкуренцией и высокой стоимостью. Одна из причин отсутствия конкуренции – естественный невысокий уровень спроса на ЛП для лечения редких болезней.

Важнейшая тенденция рынка орфанных ЛП – постоянное увеличение бюджета финансирования клинических исследований, что в некоторой степени делает выгодным присутствие на данном рынке. Если в 1983 г. бюджет клинических исследований составил около 4 млн. долл., то к 2006 г. он превысил 13,2 млн. долл., а в 2013 г. достиг отметки в 32 млн. долл.

Таким образом, можно предположить, что в дальнейшем на рынке орфанных препаратов будет активно развиваться сегмент педиатрических ЛП, доля которых превысит 50%. В связи с этим многие фармацевтические компании сконцентрируют свои усилия на исследованиях и разработке препаратов именно этого сегмента, что позволит решить проблемы лечения редких болезней у детей, а рост финансирования разработок орфанных препаратов создает благоприятные условия для развития этого сегмента рынка и успешного решения проблем борьбы с редкими заболеваниями.

Список литературы

1. Васильев, А.Н. Введение в европейское законодательство о лекарственных средствах. Биологические ЛС / А.Н. Васильев, Е.В. Гавришина // Ремедиум. – 2013. – № 9. – С. 49.
2. Бондарева, Т.М. Взгляд на проблему редких заболеваний в России и Европе / Н.В. Габриелян, Т.М. Бондарева // Естественные и технические науки – М., 2014. – № 2(70). – С.96-99.
3. Изменения рынка клинических исследований в России // Российское агентство медико-социальной информации АМИ-ТАСС. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://ria-ami.ru>
4. Максимкина, Е.А. Государственное регулирование подобных биологических лекарственных препаратов для медицинского применения в Европейском союзе // Е.А. Максимкина, А. Кудрин // Ремедиум. – 2013. – № 7-8. – С. 70.
5. Орфанные («сиротские») препараты. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://ria.ru/spravka_health
6. Orphan Drug Act. U.S. Food and Drug Administration. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.fda.gov/regulatoryinformation>

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Бриткова Т.А.

доцент кафедры детских инфекций, канд. мед. наук, доцент,
Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

Казарин Д.Д.

студент лечебного факультета,
Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

В статье кратко рассматривается психосоматический фактор как звено патогенеза в развитии бронхиальной астмы в детском возрасте. Выявление и психологическая коррекция характерологических особенностей может являться одним из путей формирования групп риска и предупреждения развития заболевания.

Ключевые слова: бронхиальная астма, педиатрия, психосоматические особенности, психологическая диагностика.

По данным Всероссийского научного общества пульмонологов бронхиальной астмой страдают 5-10% детей, и во всём мире отмечается неуклонный рост числа больных бронхиальной астмой. В то же время бронхиальная астма является причиной значительного снижения качества жизни человека, нередко приводя к инвалидности и даже к летальному исходу, особенно в подростковом возрасте

Бронхиальная астма (БА) – полиэтиологическое заболевание, в патогенезе которого не последнюю роль играют психосоматические нарушения и тесное взаимодействие соматических и нервно-психических факторов [2], однако конкретные формы взаимодействия изучены недостаточно и касаются взрослого населения. В современном подходе к пониманию болезни принято

рассматривать структурный аттрактор болезни, включающий в себя психологические и социально-психологические факторы, способствующие возникновению заболевания [1]. При этом психологические факторы проявляются еще на доклинической стадии [3].

Исследование проведено на базе БУЗ МЗ УР «ГКБ №7» и МБОУ «Гимназия № 83» г. Ижевска, возраст детей составил 7-10 лет; экспериментальная группа (40 человек) с диагнозом бронхиальная астма, контрольная группа 1 (20 человек) с диагнозом острый бронхит или пневмония, а также контрольная группа 2 (20 человек) – здоровые дети. Использованы методики:

1. Тест Люшера для исследования преобладающих эмоций.
2. Рисуночный тест Розенцвейга для исследования эмоциональных реакций на стресс.
3. Тест Дембо-Рубинштейна для исследования самооценки (вариант «Лесенка» для детей 7-9 лет).
4. Статистический анализ в пакете SPSS.

Между здоровыми детьми и больными БА по ряду показателей обнаружены значительные отличия (по U-критерию Манна-Уитни при $p < 0,05$), которые касаются эмоционального фона, самооценки и реакций на фрустрацию (блокировку потребностей).

Поведенческие реакции на стресс оценивались по тесту фрустрационных реакций Розенцвейга (9 ситуаций со взрослыми, отказ и обвинение). У больных БА в структуре психологических факторов были выявлены поведенческие реакции на стресс в форме подавления отрицательных эмоций, в то время как у здоровых и детей с острыми заболеваниями преобладают агрессивные реакции. То есть дети с БА не склонны к отреагированию гнева, раздражения или страха в ситуации со взрослыми, хотя испытывают их. Эти особенности, в свою очередь, связаны с психическим напряжением, к которому очень чувствительна функция дыхательной системы, а механизмы ее регуляции сегодня рассматриваются в том числе и в контексте влияния психологических факторов.

По тесту Люшера, у детей с БА отмечается сниженный фон настроения, преобладание отрицательных эмоций (тревоги, уныния) по сравнению со здоровыми детьми.

Также статистически значимо отличие группы больных бронхиальной астмой от групп с острым заболеванием и здоровых детей по показателю самооценки «здоровье»: дети с диагнозом бронхиальная астма считают себя больными, ограниченными в возможностях и проявлениях активности. Значит, субъективное восприятие детьми с бронхиальной астмой качества собственной жизни связано с внутренней картиной своего заболевания. По другим показателям самооценки (ум, аккуратность, способности, умелость) не выявлено отличий между больными БА и здоровыми детьми

Таким образом, при лечении, а в особенности диагностике, в том числе и ранней, пациентов с БА необходимо принимать во внимание психологический фактор (подавление отрицательных эмоций, пессимистическое восприятие заболевания), что требует специальной подготовки педиатра-

пульмонолога и тесного взаимодействия с психологами и врачами-психотерапевтами. Также необходима разъяснительная работа с родителями (например, на занятиях в Астма-школе), склонными подавлять поведенческие реакции детей в ситуации стресса.

Список литературы

1. Ананьев В.А. Введение в психологию здоровья: Учебное пособие. СПб, 1998.
2. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: 1996. – 454 с.
3. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. М.: Эксмо, 2008
4. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара. Издательский дом Бахрак-М, 2015 г.

ИЗУЧЕНИЕ И АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЭКОЛОГИИ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РСО-АЛАНИЯ

Габеева Ю.С.

аспирант кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации,
Пятигорский медико-фармацевтический институт –
филиал ГБОУ ВПО ВолгГМУ МЗ РФ, Россия, г. Пятигорск

Парфейников С.А.

профессор кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации,
д-р фармац. наук, профессор, Пятигорский медико-фармацевтический инсти-
тут – филиал ГБОУ ВПО ВолгГМУ МЗ РФ, Россия, г. Пятигорск

Андреева И.Н.

профессор кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации,
д-р фармац. наук, профессор, Пятигорский медико-фармацевтический
институт – филиал ГБОУ ВПО ВолгГМУ МЗ РФ, Россия, г. Пятигорск

Бондарева Т.М.

старший преподаватель кафедры экономики и организации здравоохранения
и фармации, канд. фармац. наук, Пятигорский медико-фармацевтический
институт – филиал ГБОУ ВПО ВолгГМУ МЗ РФ, Россия, г. Пятигорск

Цахилова Е.Н.

доцент кафедры фармации, канд. фармац. наук, доцент,
ГБОУ ВПО Северо-Осетинская государственная медицинская академия МЗ РФ,
Россия, г. Владикавказ

В статье представлен материал, освещающий вопросы изучения и оценки влияния экологической обстановки на распространенность злокачественных новообразований у населения Республики Северная Осетия-Алания (РСО-Алания). Анализируя данные состояния окружающей среды по РСО-Алания, становится очевидным, что уровень загрязнения компонентов биосферы, несмотря на значительный спад производства, имеет тен-

денцию к росту, что, несомненно, оказывает влияние на увеличение числа больных со злокачественными новообразованиями, в частности с опухолями репродуктивной системы (рак молочной железы, рак шейки и тела матки, рак яичников).

Ключевые слова: экологическая обстановка, онкологические заболевания, опухоли репродуктивной системы.

На сегодняшний день для Республики Северная Осетия-Алания одной из важнейших проблем, требующих к себе серьезного внимания, является неблагоприятная обстановка с таким серьезным заболеванием как рак женской половой сферы (рак шейки и тела матки, рак яичников) [1,4].

Многое в профилактике рака зависит от каждого человека (курение, употребление алкоголя и некачественных продуктов питания), но в отдельных случаях человек бессилен. Примером является экологическое состояние окружающей среды. К сожалению, побочным эффектом научно-технического прогресса является постоянное ее ухудшение и все большая канцерогенная нагрузка на каждого человека. На сегодняшний день многочисленными исследованиями доказано, что данный фактор способен спровоцировать различные мутации в клетках организма и дать начало опухолевому росту. Плохая экология, качество питьевой воды, загрязненность воздуха, почвы – все это приводит к развитию онкологических заболеваний.

Особо сложная экологическая обстановка характерна и для РСО-Алания, что связано с продолжительным функционированием горнопромышленного и металлургического комплексов, объекты воздействия которых охватывают как горную, так и равнинную ее части, включая столицу г. Владикавказ.

Экологическая обстановка горных территорий РСО-Алания на площадях горного отвода Садонских рудников с замороженной поверхностной и наземной инфраструктурой остается крайне неблагоприятной для окружающей среды из-за высокого содержания в атмосферном воздухе токсичных и вредных компонентов, таких как: цинк, свинец, кадмий, мышьяк, ртуть и др. Активность миграций этих вредностей в окружающую среду соизмерима интенсивности выпадения атмосферных осадков. Так называемые «хвосты обогащения» на пойменных участках террас горных рек Фиагдон, Ардон, Баксан, Уруп превращают их в опасные гидротехнические сооружения для всей акватории региона. Большую экологическую опасность представляют и отвалы некондиционных урановых руд и горных пород разведочных выработок Фаснальского месторождения и Урупского горно-обогатительного комбината РСО-Алания [2,3].

Наличие мощного индустриального потенциала в республике на ограниченной территории повышает уровень экологического риска по всем его формирующим показателям. По комплексному показателю загрязнения атмосферного воздуха экологическая обстановка в г. Владикавказе характеризуется как зона «напряженной экологической ситуации», в остальных городах республики как зона «относительно удовлетворительной экологической ситуации». В соответствии с динамикой заболеваемости детского и взрослого

населения, по медико-демографическим показателям г. Владикавказ, Ардонский и Ирафский районы республики были признаны зоной «чрезвычайной экологической ситуации», а Моздокский, Дигорский, Кировский, Алагирский и Правобережный районы были отнесены к зоне «угрожающей здоровью населения». Если проанализировать сложившуюся ситуацию с ростом онкологической заболеваемости, то становится очевидным, пагубное влияние загрязненной окружающей среды. В г. Владикавказе наблюдается сверхнормативное загрязнение атмосферного воздуха двуокисью серы в концентрациях в 40-60 раз превышающих предельно допустимые нормы в населенных пунктах, а в черте города негативное влияние на почвы оказывают лежалые отходы цинкового производства первого и второго класса опасности, концентрация которых превышает предельно допустимые нормы в десятки раз [2,3].

Анализ данных материалов Северо-Осетинского республиканского центра по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды (за период 2012-2014 гг.) о состоянии атмосферного воздуха, воды, почв, свидетельствует о достаточно неблагоприятной ситуации в республике. Особую угрозу жизни городского населения представляет загрязнение атмосферы примесями, т.к. атмосферный воздух выступает своего рода посредником загрязнения других объектов природы, способствуя распространению больших масс загрязнения на значительные расстояния [3].

Так, в 2014 году в РСО-Алания выбросы загрязняющих веществ в атмосферу от стационарных источников составили 3,5 тыс. тонн, что на 0,55 тыс. тонн больше чем в 2013 году. За год выброшено диоксида серы 332,0 тонны, оксида углерода 1493,0 тонны, оксида азота 269 тонн. Наибольшее число стационарных источников загрязнения атмосферы сосредоточено в черте г. Владикавказа, выбросы от которых составляют 79,1% от всех выбросов в атмосферный воздух. Это выбросы предприятий металлургической промышленности, объектов тепловых сетей. Превышение максимальных значений среднегодовых концентраций загрязняющих веществ в атмосфере было по оксиду азота (выбросы автотранспорта) и по сернистому ангидриду в 2 раза; по оксиду углерода в 70 раз; по хлористому водороду в 1 раз, по бенз(а)пирену в 1,4 раза. Причем, характерна тенденция на повышение уровня загрязнения по оксиду углерода, диоксиду серы и пыли. Содержание в атмосферном воздухе оксидов углерода, даже в количествах, не превышающих предельно допустимые концентрации (ПДК), приводит к повышению уровня онкологической заболеваемости и смертности. Однако, наибольшие выбросы загрязняющих веществ в атмосферный воздух, по-прежнему, происходят в г. Владикавказе.

Относительно удовлетворительное состояние атмосферного воздуха в сельских районах РСО-Алания, что связано с отсутствием в сельской местности крупных промышленных предприятий, меньшим количеством автотранспорта и других объектов загрязнения. Годовые выбросы загрязняющих веществ в атмосферный воздух в сельской местности республики составляют всего около 7% от общих объемов выбросов стационарных источников.

К веществам, неблагоприятно влияющим на репродуктивное здоровье и

вызывающим развитие злокачественных опухолей шейки и тела матки, яичников, молочной железы относятся такие вещества как: свинец, ртуть, кадмий, мышьяк, бензол, сероуглерод стирол, бенз(а)пирен, и др. Повышенные концентрации этих веществ характерны для окружающей среды РСО-Алания. Так, среднегодовые концентрации тяжелых металлов в атмосферном воздухе г. Владикавказ в 2014 году были превышены и составили: хром – 0,156 мкг/м³; марганец – 0,112 мкг/м³; железо – 6,84 мкг/м³; никель – 0,22 мкг/м³; медь – 2,43 мкг/м³; цинк – 2,99 мкг/м³; свинец – 0,68 мкг/м³ от допустимых норм ПДК. Именно тяжелые металлы, по токсикологическим оценкам, среди факторов окружающей среды, оказывают самое существенное и негативное влияние на здоровье населения, занимая ведущее место в снижении иммунобиологической реактивности, являясь важнейшим биомаркером экологического неблагополучия. Многолетний мониторинг внешней среды, осуществляемый Госсанэпиднадзором РСО-Алания, показывает, что в почвах г. Владикавказа в больших количествах накопились вредные химические соединения. Практически на всей территории города концентрация такого сильного ядовитого вещества как кадмий, превышает значения ПДК от 1,5 в Затеречном районе до 10 раз в Промышленном районе. Концентрация свинца и цинка в почвах в среднем превышена в 4 раза на всей территории. Содержание металлов в почвах Промышленного района было выше, чем в Затеречном районе. Средние концентрации свинца в почве Промышленного района превышали ПДК в 9 раз, а максимальные – в 110 раз, кадмия – в 13 и 150 раз соответственно, меди – в 2,4 и в 45 раз, цинка – в 12 и 68 раз, т.е. гигиенические нормативы по этим 4 металлам превышены в десятки раз. По среднегодовым концентрациям солей тяжелых металлов в почве, превышено влияние на организм человека кадмия в 10 раз, свинца в 3,8 раза, меди в 2,5 раза, цинка в 4 раза [3].

Ориентируясь на немецкие нормативы содержания металлов в почве, разработанные для разного типа использования почв, практически по всей территории Промышленного района РСО-Алания превышен норматив 400 мг/кг, установленный для свинца на территориях жилой застройки. Согласно требованиям Агентства по охране окружающей среды США (EPA), при таком уровне содержания свинца в почве, т.е. выше 400 мг/кг, необходима срочная очистка почв [3].

Если учитывать, что кадмий и свинец помимо общетоксического эффекта обладают и канцерогенным действием, то следует говорить о том, что население этих районов находится в опасной ситуации. Эти химические вещества обладают однонаправленным действием: рак, почки, гормональная система, органы дыхания, кровь, аномалии развития, репродуктивная система, нервная система. Маршрут воздействия – это путь, проходимый химическим агентом от источника поступления в окружающую среду до организма, подверженного воздействию. В данном случае химические вещества осаждаются в почву, накапливаются в приземном слое, откуда они повторно с атмосферным воздухом, пылью, с продуктами питания, а у детей и путем заглатывания почвы, поступают в организм, вызывая многочисленные раковые заболевания.

Список литературы

1. Бутаев, Т.М. Демографические проблемы и здоровье населения РСО-Алания / Т.М. Бутаев, Н.А. Меркулов, Л.В. Гиголаева. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: old.skgmi-gtu.ru
2. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Северная Осетия-Алания в 2013 году». – Владикавказ, 2014.
3. Информационный сборник статистических аналитических материалов «Анализ заболеваемости населения Республики Северная Осетия-Алания за 2009-2014 гг.». – Владикавказ, 2014.
4. Медико-социальные аспекты и тенденции распространенности онкологических заболеваний в Республике Северная Осетия-Алания / З.А. Бадоева, С.А. Амбалова, А.А. Медоева [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2015. – №1. – С. 17-22.

ВЛИЯНИЕ ХЛОРИДА КОБАЛЬТА НА СОСТОЯНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОГО МИОКАРДА ПОЛОВОЗРЕЛЫХ САМЦОВ-КРЫС

Заднипрный И.В.

профессор, зав. каф. топографической анатомии, д.м.н., профессор,
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского КФУ им. В.И. Вернадского,
Россия, г. Симферополь

Третьякова О.С.

профессор, зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения с курсом
организации здравоохранения ФПО, д.м.н., профессор,
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского КФУ им. В.И. Вернадского,
Россия, г. Симферополь

Сатаева Т.П.

доцент кафедры медицинской биологии, к.м.н., доцент,
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского КФУ им. В.И. Вернадского,
Россия, г. Симферополь

В данной статье посвящена проблемам кобальт-индуцированной гипоксии. Кобальт является важным биохимическим микроэлементом, участвующим в гемопоезе, однако его повышенное содержание в организме может оказывать отрицательное воздействие на ткани и органы за счет развития гистотоксической гипоксии. Выявлено, что наиболее показательным маркером повреждения сократительного миокарда было набухание митохондрий, часть которых имела резко просветленный матрикс, а также частично или полностью лицированные кристы.

Ключевые слова: хлорид кобальта, крысы, гипоксия, миокард.

Известно, что любое экологическое воздействие вызывает цепь последовательных адаптивных реакций, носящих не только физиологический, но и зачастую патологический характер, реализующихся вплоть до нарушения гомеостатических механизмов, в тесной пространственной (в пределах этого организма) и временной взаимосвязи. Концентрации веществ, даже жизненно

необходимых для функционирования организма, имеют свои гомеостатические пределы, превышение которых, будь-то избыток или их недостаток, приводит к комплексу как локальных, так и системных реакций, направленных на устранение результатов этого дисбаланса [1, 2, 4].

Одним из экологически значимых для организма химических факторов является элемент Периодической системы Д.И. Менделеева кобальт (Co) – элемент девятой (по старой классификации – побочной подгруппы восьмой группы) четвёртого периода периодической системы химических элементов Д.И. Менделеева, атомный номер – 27. Кобальт относится к числу эссенциальных микроэлементов, постоянно присутствующих в тканях растений и животных. Вместе с тем, его избыток, как и многих других элементов или более сложных веществ, может быть для организма токсичным и даже губительным [1, 3]. Природный источник кобальта – минералы. В больших количествах он содержится в медно-никелевых рудах, добываемых на территории Красноярского края. Избыточные количества кобальта у человека могут вызвать отравление. Токсические дозы Co в пище составляют 200-350 мкг/кг [2].

Кобальт генотоксичен, поскольку индуцирует окислительный стресс, апоптоз. Есть сведения, что кобальт может способствовать развитию опухолей, и поэтому он внесен Агентством по исследованию рака (IARC) в перечень канцерогенных агентов [6]. И, наконец, избыток кобальта вызывает в организме состояние гипоксии [3, 5, 7].

Несмотря на то, что токсическое действие кобальта доказано многократно, молекулярные механизмы его токсичности до конца не идентифицированы. Известно, что в основе очень многих проявлений влияния кобальта на функции живых организмов лежит один универсальный внутриклеточный механизм – активация так называемого индуцируемого гипоксией фактора, или *hypoxia inducible factor* (HIF) [5]. HIF считается ведущим транскрипционным регулятором генов млекопитающих, ответственных за реакцию на недостаток кислорода. Он активируется в физиологически важных местах регуляции кислородных путей, обеспечивая быстрые ответы на гипоксический стресс, включает гены, регулирующие процесс ангиогенеза, вазомоторный контроль, энергетический метаболизм, эритропоэз и апоптоз. Механизм токсического действия данного фактора связан с блокированием синтеза гемоглобина (ингибирование абсорбции железа), нарушением тканевого дыхания, инактивацией α -кетоглутаратдегидрогеназы, пируватдегидрогеназы и других оксидаз, взаимодействием с тиоловыми группами липоевой кислоты [2, 5].

Известно, что хроническая интоксикация солями кобальта приводит к заболеваниям верхних дыхательных путей и к развитию кардиопатий, однако механизм влияния кобальта на миокард малоизучен [3, 4].

Цель данного исследования – изучение влияния хлорида кобальта (CoCl₂) на сократительные кардиомиоциты и гемомикроциркуляторное русло половозрелых самцов крыс.

Материал и методы исследования

Экспериментальную группу составили 10 самцов крыс линии Wistar, в возрасте 10-12 месяцев и массой 180±15,8 г, которым на протяжении 7 дней внутрижелудочно вводили водный раствор CoCl₂ в среднетоксической дозе

60 мг/кг. Контрольную группу составили 6 интактных животных. Опыты на животных выполнялись в соответствии с правилами гуманного обращения с животными (Приказ МЗ СССР №742 от 13.11.84 г.). После измерения массы тела и сердца фрагменты миокарда левого желудочка были взяты для гистологических исследований.

Для гистологических исследований образцы тканей левого желудочка сердца фиксировались в 10% нейтральном формалине и после соответствующей проводки заливались в парафин по Меркулову. Гистологические срезы изготавливались толщиной 10-15 мкм, окрашивались гематоксилин-эозином и исследовались с помощью микроскопа Olympus CX-31 (Япония).

Подготовка материала для электронной микроскопии осуществлялась по стандартным методикам. Ультратонкие срезы изготавливались на ультратоме УМТП-4 (Украина), окрашивались толуидиновым синим, контрастировались цитратом свинца и уранилацетатом по Рейнольдсу. Ультратонкие срезы изучались с применением электронного микроскопа "Selmi" (Украина).

Результаты и обсуждение

Результаты исследования свидетельствуют, что даже кратковременное введение хлорида кобальта обладает выраженным кардиотоксическим эффектом, что проявлялось различными феноменами. Так, масса тела подопытных крыс была снижена на $12,6 \pm 5,2\%$ в сочетании с прогрессирующим уменьшением массы сердца до $15,8 \pm 7,3\%$ по сравнению с контрольной группой ($p \leq 0,05$). По данным световой микроскопии у экспериментальных животных отмечались явления токсической кардиомиопатии, проявлявшиеся в виде неравномерной гипертрофии, отека и гидропической дистрофии кардиомиоцитов, очагового лизиса миофибрилл, которые сочетались с проявлениями нарушений гемодинамики на уровне микроциркуляторного русла: явлениями слажда и диапедезными кровоизлияниями.

При проведении электронномикроскопического исследования был выявлен наиболее показательный маркер повреждения миокарда в виде разрушения клеточных мембран и набухания митохондрий, часть которых имела резко просветленный матрикс, а также частично или полностью лизированные кристы (рис. 1). Это явление, по-видимому, основано на ферментном блоке комплекса дыхательной цепи ионами Co^{2+} .

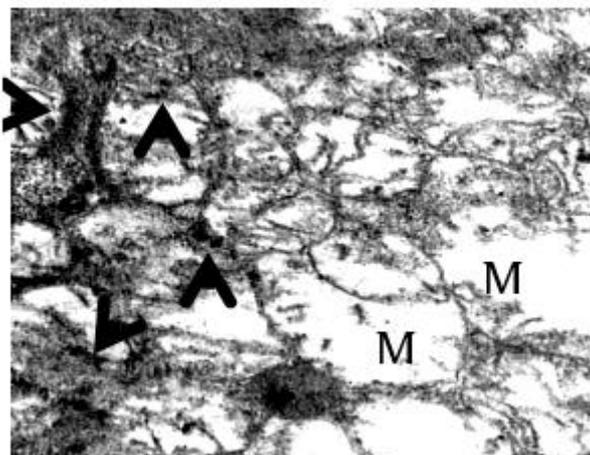


Рис. 1. Ультраструктура кардиомиоцита самца крысы после введения $CoCl_2$. Лизис крист и оболочек митохондрий (М). Накопление ионов Ca^{2+} . ТЭМ $\times 25000$

Известно, что митохондрии, в условиях гипоксии, также становятся источником значительных проблем для самой клетки [8]. Парадоксальность ситуации заключается в том, что активация процессов свободно-радикального окисления в условиях гипоксии связана с высокой степенью восстановленности компонентов дыхательной цепи и систем микросомального окисления, которые, в свою очередь, становятся источниками генерации активных кислородных радикалов, переводя остатки кислорода в радикальные формы [8]. Это несет непосредственную угрозу повреждения всем без исключения клеточным структурам и запускает один из механизмов деструкции мембранных структур клетки – перекисное свободно-радикальное окисление. Кроме того, в результате деэнергизации и утраты нативных градиентов, ионы кальция, устремляясь в клетку, выступают в роли активаторов фосфолипазной деструкции мембранных структур клетки [4]. Помимо этого, отмечалось резкое расширение саркоплазматической сети кардиомиоцитов, вероятно обусловленное накоплением ионов Ca^{2+} (см. рис. 1), появление ригорных комплексов, сопровождаемое локальным лизисом миофибрилл.

Помимо этого, при кобальт-индуцированной гипоксии выявлена активизация гиперпластических процессов, которая проявлялись в виде замещения погибших кардиомиоцитов коллагеновыми волокнами, синтезированными фибробластами в интерстиции и периваскулярном пространстве, что в дальнейшем может привести к ремоделированию миокарда (рис. 2).

Известно, что нарушение доставки субстратов и кислорода в условиях гипоксии, которое усугубляется дисфункцией гемомикроциркуляторного русла, неминуемо отражается на морфологическом состоянии кардиомиоцитов и может приводить к нарушению их сократительной способности [8]. Изменения сократительного аппарата кардиомиоцитов, проявляющиеся в виде атрофии и лизиса миофибрилл, были наиболее выражены на периферии кардиомиоцитов, вблизи капилляров.

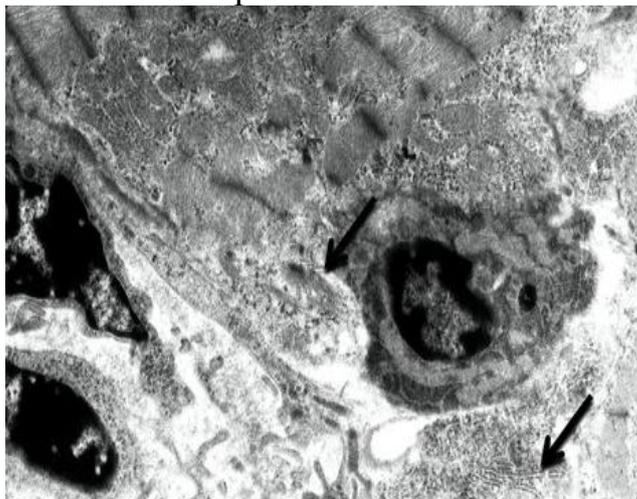


Рис. 2. Ультраструктура кардиомиоцита самца крысы после введения CoCl_2 . Ригорные комплексы и деструкция миофибрилл. Коллагеновые волокна в интерстиции и периваскулярном пространстве (стрелки). ТЭМ $\times 18000$

Выводы

1. Введение больших доз хлорида кобальта (CoCl_2) оказывает выраженное патологическое воздействие на миокард половозрелых самцов крыс.

2. Основные морфологические признаки кобальтового повреждения миокарда у крыс представлены в виде явлений смешанной дистрофии и отека и деструкции эндотелиоцитов и сократительных кардиомиоцитов, лизиса миофибрилл, появления ригорных комплексов. Повсеместно наблюдались явления нарушения гемодинамики, а именно: периваскулярный отек, капиллярное полнокровие. В периваскулярном пространстве определялись тонкие прослойки соединительной ткани.

3. Структурные изменения гемомикроциркуляторного русла усугубляют патологические изменения сократительного аппарата кардиомиоцитов в условиях гипоксии.

Таким образом, указанные морфологические изменения требуют своевременной кардиопротекции.

Список литературы

1. Авцын А. П., Жаворонков А.А. Микроэлементозы человека. М: Медицина, 1991, 496 с.
2. Бузоева М.Р., Брин В.Б., Албегова Ж.К. Влияние применения глины Ирлит-7 на почечные эффекты внутрижелудочного введения хлорида кобальта, его экскрецию и накопление в тканях организма крыс // Вестник МАНЭБ. 2005.Т. 10. №8.С.34-37.
3. Громова О.А., Кудрин А.В. Микроэлементы в иммунологии и онкологии. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 544 с.
4. Barile Frank A., Clinical Toxicology. Principles and Mechanisms, CRC Press London, New York, Washington, 2004, p. 441.
5. Bruick R.K. Oxygen sensing in the hypoxic response pathway: regulation of the hypoxia-inducible transcription factor // Genes Dev. 2003. Vol. 17. p. 2614–2623.
6. Chlorinated Drinking-water, Chlorinated By-products; Some Other Halogenated Compounds, Cobalt and Cobalt Compounds // World Health Organization – Internal Agency for Research on Cancer. IARC monographson the evaluation of carcinogenic risks to humans.1991. Vol. 52. p. 449 – 450.
7. Edel J., Pozzi G., Sbbioni E. et al. Metabolic and toxicological studies on cobalt // Sci. Total Environ. 1994. Vol. 150. p. 233 – 244.
8. Zadnipyany I.V., Sataieva T.P. Neonatal rat myocardium survival in terms of chronic hemic hypoxia // In the world of scientific discoveries. 2014. Vol. 10, N 58. P. 281-290.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ДОСТАВКИ ИНСУЛИНА

Зуб А.В.

студент 5 курса 9 группы педиатрического факультета,
Волгоградский государственный медицинский университет,
Россия, г. Волгоград

Никифорова Е.М.

доцент кафедры детских болезней педиатрического факультета, к.м.н.,
Волгоградский государственный медицинский университет,
Россия, г. Волгоград

Несмотря на достигнутые успехи и значительное количество исследований в области диабетологии, остается много нерешенных вопросов. В статье представлена оценка

качества жизни у детей и подростках с сахарным диабетом I типа. Способ доставки инсулина с помощью помпы способствует стабилизации углеводного обмена, профилактике раннего развития осложнений сахарного диабета и улучшению психоэмоционального статуса детей.

Ключевые слова: качество жизни, сахарный диабет, помповая инсулиноterapia, шприц-ручки.

В последнее десятилетие в медицине интенсивное развитие получило новое научное направление – исследование качества жизни (КЖ) больных с хроническими заболеваниями. Сахарный диабет I (СД I) относится к таким заболеваниям и является важной медико-социальной проблемой современного здравоохранения России. СД I, как хроническая болезнь, практически всегда создает в жизни ребенка целый комплекс преград, ограничений, способных неблагоприятно отразиться на его психическом, физическом развитии [1]. Среди них в детском возрасте можно выделить: ограничение познавательной деятельности (по причине частого пребывания в больницах, перехода на домашнее обучение и т.д.) игровой, двигательной активности (к ней может привести прекращение посещения спортивных секций, занятий физкультурой в школе), а также общения со сверстниками [2]. В многочисленных нерандомизированных исследованиях показано, что подобные ограничения, могут далеко выходить за пределы действительно необходимых, а само их наличие и степень выраженности в большинстве случаев зависит не столько от реального состояния больного ребенка, сколько от способов доставки инсулинов [5]. Эффективные терапевтические подходы должны давать возможность пациенту достигать хорошего гликемического контроля и, в то же время, они должны соответствовать возможности вести гибкий образ жизни [4]. В свете растущего числа возможных вариантов выбора терапии, оценка качества жизни все чаще влияет на принятие решения в пользу определенного вида терапии в каждой конкретной ситуации [6]. Качество жизни, во многом зависящее от проводимой терапии, от способа доставки инсулина, дает важную информацию о влиянии заболевания на физическое, психологическое и социальное функционирование больного. Необходимо подчеркнуть, что общепринятого определения понятия «качества жизни» до сих пор не существует. И вопрос о том, как его охарактеризовать, породил в последние годы немало споров. А. Campbell и соавт., – качество жизни может быть оценено соответствующим образом лишь с помощью мнения и предпочтений самого пациента. Взаимосвязь между субъективной оценкой качества жизни и здоровья, и объективными параметрами, такими как, например, вариабельность метаболического контроля, в ряде случаев достаточно для оценки качества жизни [5].

Цель исследования: оценить связь между эффективностью различных режимов интенсифицированной инсулинотерапии у детей и подростков с СД I типа и особенностями психоэмоционального статуса.

Материалы и методы: исследуемая группа – пациенты с СД I -го типа ($n = 76$) в возрасте от 3 до 17 (средний возраст 12.8 ± 1.7 лет) лет с длитель-

ностью болезни и продолжительностью заместительной инсулинотерапии от одного года до 12 лет. В исследование не вошли пациенты с тяжелой сопутствующей патологией (острой или хронической), симптоматика которой доминировала над проявлениями СД I и требовала активного лечения. Данная группа больных изначально находилась на заместительной инсулинотерапии по интенсифицированной (базисно-болюсной) схеме в режиме ежедневных многократных инъекций посредством инсулиновых шприц-ручек (инсулины лизпро и изофан), с последующим переводом на постоянную подкожную инфузию инсулинами ультракороткого действия с установкой им инсулинового дозатора – помпы (инсулин лизпро). Всех детей из данной группы разделили по продолжительности болезни на: I группу- болеющие до 5 лет СД I типа (n=38), с средней продолжительностью болезни $2,9 \pm 0,17$ года, и II группу – со стажем диабета более 5 лет (n=38), с средней продолжительностью болезни $11,6 \pm 2,3$ года. Среди показателей, характеризующих состояние углеводного обмена в обеих группах, оценивали динамику показателей гликемии (колебания в течении суток) и гликированного гемоглобина (HbA1), потребность в инсулине на 1 кг. массы тела у детей и подростков (n=76), страдающих СД I. Состояние липидного обмена, в исследуемых группах, оценивали с помощью показателей холестерина и триглицеридов. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась на персональном компьютере Celeron с использованием пакета статистических программ «Microsoft Office Excel 2010». Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали $p < 0,05$.

Полученные результаты и выводы: I группа детей, находившиеся на шприц-ручках, отмечали лабильность гликемии в течение суток и предъявляли жалобы характерные для гипо- и гипергликемических состояний. При этом средний уровень гликемии составил 8,7 ммоль/л. При последующем переводе данной группы детей и подростков на помповую инсулинотерапию, отмечается снижение предъявляемых ранее жалоб, а средний уровень гликемии при этом снижается до 7,5 ммоль/л ($p < 0,05$). На фоне помповой терапии у больных уменьшилась потребность в инсулине: до перевода на помповую инсулинотерапию получали 0,897 Ед/кг, а после перевода 0,728 Ед/кг в сутки ($p < 0,05$). А так же выявлена тенденция к снижению среднего значения гликированного гемоглобина. У детей I группы отмечается снижение данного показателя по сравнению с периодом лечения этих пациентов многократными инъекциями инсулина (8,12% на ручках и 7,25% на помпе).

Дети II группы так же отмечают жалобы характерные для гипогликемии и у них наблюдается аналогичная тенденция (как в I группе) – снижение среднего уровня гликемии с 9,343 ммоль/л на шприц-ручках, до 7,53 ммоль/л ($p < 0,05$) после перевода на помповую инсулинотерапию. HbA1 снижается с 8,3% до 7,9%. Сохраняется тенденция на уменьшение среднего значения инсулина на килограмм массы тела, как и в I группе – снижение показателя с 1,198 ммоль/л до 1 ммоль/л, на помповой инсулинотерапии.

В обеих группах стабилизируются и снижаются показатели углеводного обмена, но в I группе эти изменения развиваются быстрее и оказываются

более выраженными. Так, показатели гликированного гемоглобина (основной показатель эффективности терапии) в I в первой группе при переводе на помпу снизились почти на 1%, во II группе только на 0,4%.

При оценке липидного обмена выявлено: и в I группе и во II группе значимо не изменились такие показатели как уровень холестерина ($4,5 \pm 0,29$ vs $4,7 \pm 1,3$) и триглицеридов ($1,5 \pm 0,07$ vs $1,1 \pm 0,22$). Установлена высоко достоверная ($p < 0,01$) и сильная связь в обеих группах, между уровнем гликемии при поступлении и HbA1, с тенденцией к большей степени компенсации СД1 типа на помпе, в I группе ($r = 0,945$) и II группе ($r = 0,843$).

Желание быть похожими на своих сверстников, что является отличительной чертой детей на данном этапе развития личности [3], часто становится причиной несоблюдения ими плана лечения, что в свою очередь приводит к возникновению ряда конфликтных и спорных ситуаций, а также нарушению комплаентности. По этой же причине многие из них уклоняются от расспросов о диабете как о своей болезни при общении с окружающими, отказываются от использования шприц-ручек в школе и других общественных местах.

Пациенты, переведенные на помповую инсулинотерапию, утверждают, что возможность регулировать базальную инсулинемию в течение суток позволила пациентам расширить диету и более лабильно регулировать режим приема пищи, а так же уменьшить болевые ощущения в местах инъекций, по сравнению с использованием шприц-ручек.

Отсутствие визуальных атрибутов болезни (шприц-ручек) позволило подросткам, использующим инсулиновую помпу, чувствовать себя более свободно в общении со сверстниками, и позволило повысить социальную и физическую активность.

Выводы:

При переводе на помповую инсулинотерапию у детей стабилизируются колебания среднесуточной гликемии и достоверно снижается доза инсулина на кг массы тела.

Перевод детей на помповую инсулинотерапию на начальных этапах заболевания способствует более стабильному течению и длительному использованию низких доз инсулина.

Способ доставки инсулина с помощью помпы способствует стабилизации углеводного обмена и профилактике раннего развития осложнений сахарного диабета.

Улучшение психоэмоционального статуса у детей, использующих помповую инсулинотерапию, обусловлено уменьшением болевых ощущений в местах инъекций, отсутствием визуальных атрибутов болезни, расширением возможностей общения со сверстниками.

Таким образом, способ доставки инсулина с помощью помпы способствует стабилизации углеводного обмена, профилактике раннего развития осложнений сахарного диабета и улучшению КЖ.

Список литературы

1. Аметов А.С. Перспективы лечения сахарного диабета в ближайшие 10 лет. // Русский медицинский журнал, том 13, стр. 288–203, №6, 2005.

2. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2006. – №4

3. Кулагина И. Ю., Колюцкий В. Н. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека. М.: ТЦ Сфера, 2004. 464 с.

4. Русаленко М. Г., Мохорт Т. В., Шаршакова Т. М. Сахарный диабет 1-го типа: состояние компенсации и разработка организационных технологий обучения и мониторинга // Вестник ВГМУ. – 2011. – Т. 10. № 2. – С. 120–126

5. Danne T., Aman J., Schober E. et al. A comparison of postprandial and preprandial administration of insulin aspart in children and adolescents with type 1 diabetes // Diabetes Care. 2003. Vol. 26. Suppl. 8. P. 2359–2364.

6. A. Campbell Schade D. S., Valentine V. To pump or not to pump. // Diabetes Care, Vol. 25, P. 2100–2102, 2002.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С АНЕМИЕЙ

Киселевич М.Ф.

доцент кафедры акушерства и гинекологии, канд. мед. наук, доцент,
Белгородский государственный национальный исследовательский
университет (НИУ «БелГУ»), Россия, г. Белгород

Киселевич М.М.

доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и клинических
информационных технологий, канд. мед. наук,
Белгородский государственный национальный исследовательский
университет (НИУ «БелГУ»), Россия, г. Белгород

Головин А.И., Дороганова Н.А.

студенты, Белгородский государственный национальный исследова-
тельский университет (НИУ «БелГУ»), Россия, г. Белгород

В статье проведен анализ родов в Перинатальном центре Белгородской областной клинической больницы святителя Иоасафа за период с 2012-2014 гг. За 3 года было 17 505 родов, из них с анемией – 4349 (24,8%) случаев. Осложнения во время беременности наблюдались у 3310 (76,1%), а в родах – у 2830 (65,0%) женщин. Родоразрешались через естественные родовые пути 2880 (66,2%) женщин, а путем операции кесарево сечение 1469 (37,8%) женщин. Послеродовой период у 18 родильниц осложнился эндометритом и субинволюцией матки.

Ключевые слова: беременность, анемия, роды.

Анемия беременных является одним из частых осложнений в современном акушерстве. Основным признаком анемии у беременных является снижение уровня гемоглобина (Hb) менее 110 г/л [4, с.53, 6, с.182]. Среди беременных наиболее часто встречается железодефицитная анемия, а другие реже [1, с.65, 2, с.899]. Анемия вызывает высокий процент различных осложнений во время беременности (ранние токсикозы, угроза прерывания беременности, гестозы, гипоксия плода), а также осложнений в родах (кровотече-

ние в последовом и раннем послеродовом периоде, гипоксия и гипотрофия плода) [2, с.5, 4, с.55, 5, с.1280, 7, с.83].

Частота анемии у беременных по данным отечественных авторов составляет от 21 до 80% случаев [1, с.64, 2, с.898, 3, с.224].

Целью исследования явилось изучение течения беременности и родов у женщин с анемией в Белгородской области.

С 2012 по 2014 гг. был проведен анализ родов в Перинатальном центре Белгородской областной клинической больницы святителя Иоасафа.

За этот период в Перинатальном центре было проведено 17 505 родов, из них с анемией беременности было 4349 родов, что составляет 24,8% случаев. Эти данные представлены в табл. 1.

Таблица 1

Частота анемии у обследуемых женщин Перинатального центра Областной клинической больницы святителя Иоасафа г. Белгорода за 2012 – 2014 гг.

Роды	2012 г.	2013 г.	2014 г.	Всего
Всего проведено родов	5896	5897	5712	17 505
Из них с анемией	1400 (23,7%)	1549 (26,3%)	1400 (24,5%)	4349 (24,8%)

Из таблицы 1 видно, что по годам отмечался рост числа родов, и незначительное снижение их было в 2014 г. Вместе с тем число случаев анемии по годам было почти на одном уровне (23,7% и 24,5%) и только незначительное увеличение произошло в 2013 г. (26,3%).

Преобладающее большинство женщин были жительницы сельской местности, которые составили 2701(62,1%), а городской местности – 1648(37,9%) человек. По возрасту до 20 лет было 950 (21,8%), от 21 до 25 лет – 1494(34,3%), от 26 до 30 лет – 935(21,5%), от 31 до 35 лет – 672(15,4%) и старше 36 лет – 298(6,8%) женщин.

Первородящих было 2503(57,6%) женщин, а повторнородящих – 1846(42,4%). В анамнезе имели искусственные аборты 680(15,6%) женщин, самопроизвольный выкидыш – 109(2,5%), нарушение менструального цикла – 295(6,8%) и инфекции передаваемые половым путем (ИППП) – 208(4,8%). Первичная явка беременных на диспансерный учет в женскую консультацию до 12 недель составила 3105 (71,4%), а поздняя – 1244(28,6%).

Течение беременности у 3310(76,1%) женщин характеризовалось различными осложнениями: у 735(16,9%) имела место ХФПН (хроническая фетоплацентарная недостаточность), у 560(12,9%) – ХВГП (хроническая внутриутробная гипоксия плода), у 483(11,1%) – ранний токсикоз, у 661(15,2%) – угроза прерывания беременности, у 594(13,7%) – гестоз, у 152(3,5%) – артериальная гипотензия и у 125(2,9%) – многоводие. Эти данные представлены в табл. 2.

**Осложнения во время беременности у женщин с анемией по данным
Перинатального центра Белгородской областной клинической больницы
святителя Иоасафа за 2012– 2014 гг.**

Наименование осложнений	2012 г.		2013 г.		2014 г.		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ХФПН	243	5,6	252	5,8	240	5,5	735	16,9
ХВГП	185	4,3	192	4,4	183	4,2	560	12,9
Ранний токсикоз	160	3,7	165	3,8	158	3,6	483	11,1
Угроза прерывания беременности	219	5,0	225	5,2	217	5,0	661	15,2
Гестоз	197	4,5	201	4,6	196	4,5	594	13,7
Артериальная гипотензия	49	1,3	55	2,3	48	1,1	152	3,5
Многоводие	40	0,9	46	1,0	39	0,9	125	2,9
ИТОГО	1093	25,1	1136	26,1	1081	24,9	3310	76,1

Из таблицы 2 видно, что осложнения во время беременности наблюдались у 3310(76,1%) женщин и среди них преобладали ХФПН (хроническая фетоплацентарная недостаточность (735-16,9%), угроза прерывания беременности (661-15,2%), гестоз (594-13,7%) и ХВГП (хроническая внутриутробная гипоксия плода (560-12,9%),

Амбулаторное лечение было проведено у 3367(77,4%) беременных с анемией I степени, а у 982(22,6%) с анемией II и III степени – стационарное лечение.

Срочные роды имели место у 3865(88,9%), преждевременные – у 484(11,1%) женщин. Родоразрешались через естественные родовые пути 2980(68,5%) и путем операции кесарева сечения – 1369(31,5%).

В родах наблюдались различные акушерские осложнения: кровотечение у 997(22,9%), ХФПН (хроническая фетоплацентарная недостаточность) у 651(15,0%), преждевременное излитие вод у 380(8,7%), разрыв шейки матки у 281(6,5%), эпизиотомия у 259(5,9%), перинеотомия у 118(2,7%), ручное отделение плаценты у 90(2,0%), ручная ревизия матки у 74(1,7%) женщин. Осложнения в родах представлены в табл. 3.

Таблица 3

**Осложнения в родах с анемией беременности Перинатального центра Белгородской
областной клинической больницы святителя Иоасафа за 2012 – 2014 гг.**

Наименование осложнений	2012 г.		2013 г.		2014 г.		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Кровотечение	328	7,5	380	8,7	269	6,2	997	22,9
ХФПН	216	5,0	223	5,1	212	4,9	651	15,0
Преждевременное излитие вод	123	2,8	138	3,2	119	2,7	380	8,7
Разрыв шейки матки	92	2,1	105	2,4	84	1,9	281	6,4
Эпизиотомия	85		94		80		259	5,9
Перинеотомия	38	8,7	44	10,1	36	8,2	118	2,7
Ручное отделение плаценты	29	6,7	35	8,0	26	6,0	90	2,0
Ручная ревизия матки	23	5,3	31	4,1	20	4,6	74	1,7
ИТОГО	934	21,5	1050	24,1	846	19,5	2830	65,0

Из таблицы 3 очевидно, что наиболее частыми осложнениями в родах были кровотечение (997-22,9% случаев), ХФПН (651-15,0% случаев) и преждевременное излитие околоплодных вод (380-8,7% случаев), а остальные встречались реже. Таким образом, осложнения в родах наблюдались у 2830(65,0%) женщин.

Всего родилось 4349 детей, из них – 4347(99,6%) живых и в 2(0,4%) случаях мертворожденные. По полу родилось 2401(55,2%) мальчиков и 1948(44,8%) девочек. Имели оценку по шкале Апгар при рождении: 0 баллов – 2(0,4%) детей, от 3-5 баллов – 410(9,4%), от 6-7 баллов – 840(19,3%), от 8 – 10 баллов – 3097(71,2%).

Масса родившихся детей была различной. Так, массу тела до 2000 г имели – 287(6,6%) детей, от 2001-2500 г – 381(8,8%), от 2501-3000 г – 733(16,8%), от 3001-3500 г. – 1470(33,8%), от 3501-4000 г. – 1130(26,0%) и свыше 4001 г – 348(8,0%).

Послеродовой период у большинства родильниц и новорожденных протекал удовлетворительно. Только у 18(0,4%) женщин послеродовой период осложнился эндометритом и субинволюцией матки.

Таким образом, течение беременности и родов у женщин с анемией было неблагоприятным для матери и плода.

Выводы:

1. Частота анемии в родах у женщин Белгородской области составляет 24,8% случаев.

2. Течение беременности и родов с анемией характеризовалось высоким процентом осложнений (76,1% и 65,0 % соответственно).

Список литературы

1. Бурлев В.А., Лечение латентного дефицита железа и железодефицитной анемии у беременных /В.А. Бурлев, Е.Н. Коноводова, Н.В. Орджоникидзе, В.Н. Серов, Т.Б. Елохина //Российский вестник акушера-гинеколога. 2006. №1. С. 64-68.

2. Дворецкий Л.И. Железодефицитная анемия в практике акушера-гинеколога /Л.И. Дворецкий, Е.А. Заспа //РМЖ. 2008. Т. 16(29). С. 898-906.

3. Демихов В.Г., Моршакова Е.Ф., Румянцева А.Г. Патогенез и лечение анемии беременных. Москва: Практическая медицина. 2015. 224 с.

4. Подзолкова Н.М. Железодефицитная анемия беременных /Н.М. Подзолкова, А.А. Нестеров, С.В. Назарова, Т.В. Шевелева //Русский медицинский журнал. 2003. №11(5). С. 52-57.

5. Allen L. Anemia and Iron Deficiency, Effects of Pregnancy Outcome || Am. J Clin Nutr. 2000. V. 1280-1284S.

6. Levy A., Fraser D., Katz M. Maternal anemia during pregnancy is an independent risk factor for low birthweight and preterm delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod. Biol. 2005; 122 : 182-186.

7. Milman N. Iron prophylaxis in pregnancy – general or individual and in which dose? Ann Hematol. 2006; 12 : 82-88.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНМПЕДАНСОМЕТРИИ В ОЦЕНКЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО РИСКА У БОЛЬНОЙ С ПРИОБРЕТЕННОЙ ИДЕОПАТИЧЕСКОЙ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ

Курлыкин А.В.

врач анестезиолог-реаниматолог,
ФГБУ «ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии
имени Дмитрия Рогачева» Минздрава России, Россия, г. Москва

Строгонова А.Н.

врач анестезиолог-реаниматолог,
ФГБУ «ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии
имени Дмитрия Рогачева» Минздрава России, Россия, г. Москва

Осинов А.А.

врач анестезиолог-реаниматолог,
ФГБУ «ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии
имени Дмитрия Рогачева» Минздрава России, Россия, г. Москва

Харькина А.А.

врач анестезиолог-реаниматолог,
ФГБУ «ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии имени
Дмитрия Рогачева» Минздрава России, Россия, г. Москва

В статье обоснована эффективность применения метода биоимпенансометрии в предоперационном обследовании детей с гематологическими заболеваниями. Представлен клинический пример использования метода с целью конкретизации волемиического и нутритивного статусов у больной с приобретенной идеопатической апластической анемией.

Ключевые слова: предоперационное обследование, биоимпедансометрия.

Предоперационное анестезиологическое обследование направлено на определение оптимального метода анестезии для решения клинической задачи и основано на анализе анамнестических сведений о больном, а также оценке степени выраженности обусловленных течением патологического процесса системных нарушений. В рутинной практике протокол указанного обследования включает объективный осмотр ребенка, данные лабораторных и инструментальных методов исследования (ЭКГ, рентгенография, при наличии показаний – компьютерная и магниторезонансная томография). Перечисленный комплекс обеспечивает необходимый объем информации, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. N 909н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология» [1-4]. Вместе с тем, ряд клинических ситуаций диктуют необходимость детализации показателей гемодинамического, нутритивного и волемиического статусов вслед-

ствие высокого риска развития интраоперационных нарушений перфузии [5]. Решение указанной задачи во многом может быть достигнуто за счет использования различных модификаций метода биоимпедансометрии [6, 7].

Далее приводим клинический пример, демонстрирующий целесообразности применения метода биоимпедансометрии при предоперационном анестезиологическом обследовании.

Пациентка Варвара Д. возраст 16 лет, находилась на лечении в ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Министерства здравоохранения РФ с диагнозом: «Приобретенная идеопатическая апластическая анемия, сверхтяжелая форма».

В соответствии с протоколом лечения больной назначена лучевая терапия торакоабдоминальной зоны.

Объективно: девочка в сознании, адекватна. Жалобы на головную боль, слабость. Кожа бледная, визуально отеки не выявлены. Дыхание самостоятельное, адекватное 14-18 в мин. Аускультативно: дыхание жесткое, хрипов нет. Гемодинамика: сердечные тоны приглушены, ЧСС – 84 в мин., пульс удовлетворительных свойств, АД – 95/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, в акте дыхания участвует активно. Дизурических явлений нет.

При лабораторном обследовании выявлена анемия (число эритроцитов – $2,47 \times 10^{12}/л$, Hb 63 г/л), тромбоцитопения (число тромбоцитов – $52 \times 10^9/л$).

Антропометрия: рост 162 см (45,6 перц.), вес 53 кг.

Индекс массы тела 20,2 (40,1 перц.), окружность плеча 27,5 (50-75 перц.).

Результаты биоимпедансного анализа:

- общая вода организма (ОВО) – 22,8 кг (3-10 перц.),
- внеклеточная жидкость – 10,6 кг (3-10 перц.),
- внутриклеточная жидкость – 12,2 кг (3-10 перц.),
- активная клеточная масса – 54,4 % нормы,
- скелетно-мышечная масса (СММ) – 70,7% нормы,
- жировая масса – 177,1 % нормы.

По результатам анестезиологического обследования был выполнен прогноз рисков развития осложнений интраоперационного периода по общепринятой методологии ASA. В результате анализа данных биоимпедансометрии было сформулировано следующее заключение: пациентка, имеющая антропометрические данные близкие к референсным значениям имеет выраженный избыток жировой массы, значительное снижение скелетно-мышечная массы, а также сниженные показатели жидкости организма (как вне-, так и внутриклеточный сектор).

При планировании анестезиологического обеспечения пациентки и рисков развития осложнений, с учетом данных биоимпедансометрии, рекомендовано принять во внимание следующие индивидуальные особенности:

- высокий риск гипотензии при введении средств для анестезии;
- снижение резистентности к кровопотере (исходно низкая кислородная емкость крови и резко снижено общее количество внеклеточной жидкости);
- риск развития резистентности гипотензии к проводимой инфузионной терапии (рассчитанной без учета исходной гиповолемии), высокая вероятность необходимости использования сосудосуживающих средств;
- снижение метаболически активных клеток (АКМ) позволяет предположить пролонгированное действие опиатов;
- снижение скелетно-мышечной массы до 70,7% не исключает пролонгированный эффект миорелаксантов, и длительную постнаркозную депрессию дыхания.

Заключение: использование биоимпедансного анализа у пациентов с высоким анестезиологическим риском позволяет повысить безопасность анестезии.

Список литературы

1. Салтанов А. И. Основные вопросы анестезиологического обеспечения в клинике детской онкологии. Дет. хирургия 2001; 5:35–9.
2. Сидоров В. А., Цыпин Л. Е., Гребенников В. А. Ингаляционная анестезия в педиатрии. М.: Медицинское информационное агентство, 2010. 192 с.
3. Щукин В.В., Спиридонова Е.А., Лазарев В.В., Харькин А.В., Цыпин Л.Е., Айзенберг В.Л. Анестезиологическое обеспечение малоинвазивных вмешательств в детской онкогематологии: протокол предоперационной подготовки больного. Онкогематология. 2013. № 3. 22-26 с. DOI: <http://dx.doi.org/10.17650/1818-8346-2013-8-3-22-26>
4. Щукин В.В., Харькин А.В., Спиридонова Е.А., Лазарев В.В., Цыпин Л.Е., Айзенберг В.Л. Анестезиологическое обеспечение малоинвазивных вмешательств в детской онкогематологии: возможности и ограничения ингаляционной и внутривенной анестезии. Онкогематология. 2013. № 4. 32-36 с. DOI: <http://dx.doi.org/10.17650/1818-8346-2013-8-4-32-36>.
5. Мороз В.В., Бобринская И.Г., Васильев В.Ю., Спиридонова Е.А., Тишков Е.А., Сурахин В.С. Шок. Учебно-методическое пособие. Научно-исследовательский институт общей реаниматологии им. В.А. Неговского РАМН. Москва, 2011.
6. Коновалова М.В., Вашура А.Ю., Година Е.З., Николаев Д.В., Руднев С.Г., Третьяк А.В., Хомякова И.А., Цейтлин Г.Я. Особенности компонентного состава тела у детей и подростков с острым лимфобластным лейкозом в состоянии ремиссии. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2011. Т. 90. № 4. 31-37 с.
7. Цейтлин Г.Я., Вашура А.Ю., Коновалова М.В., Балашов Д.Н., Масчан М.А., Бельмер С.В. значение биоимпедансного анализа и антропометрии для прогнозирования осложнений у детей с онкологическими и неонкологическими заболеваниями после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. Онкогематология. 2013. № 3. 48-54 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГАЗОВОГО СОСТАВА КРОВИ И КЩР У ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА В ЗИМНЕЕ ВРЕМЯ ГОДА

Малышева Л.А.

доцент кафедры нормальной и патологической физиологии, канд. мед. наук,
Мединститут, Северо-Восточный федеральный университет,
Россия, г. Якутск

Стрекаловская А.А.

доцент кафедры нормальной и патологической физиологии, канд. мед. наук,
Мединститут, Северо-Восточный федеральный университет,
Россия, г. Якутск

В статье представлены результаты исследования газов крови и кислотно-щелочного равновесия у населения Крайнего Севера, выявлены изменения в показателях насыщения гемоглобина кислородом и снижение парциального напряжения кислорода в крови в зимнее время.

Ключевые слова: гипоксия, газы крови, гипоксемия, кислотно-щелочное равновесие, кислород, углекислый газ.

Население, проживающее, на территории Крайнего Севера подвергается воздействию различных неблагоприятных климатических и экологических факторов. Одним из таких факторов является неустойчивость состава атмосферы по показаниям парциальных давлений кислорода и углекислого газа. Содержание кислорода в атмосферном воздухе на Севере больше по сравнению с умеренными широтами за счет более высокого давления, что приводит к развитию вторичной гипероксической гипоксии [4, с.12].

Главная причина снижения содержания кислорода в артериальной крови – это нарушение диффузии газов (O_2 и CO_2) через альвеолярно-капиллярную мембрану легких в следствии её физиологического отека [2, с.62] Гипоксия приводит к нарушению энергетического метаболизма и кислотно-основного состояния организма. В экологически неблагоприятных условиях могут возникать нарушения структуры и функции паренхиматозных органов, которые имеют метаболический генез и нарушением кислотно-щелочного равновесия. Данные нарушения можно квалифицировать, а отдельную нозологическую единицу – «синдром напряжения», который проявляется в снижении уровня здоровья населения и средней продолжительности жизни [3, с.192].

В настоящее время отмечается постоянный рост концентрации углекислого газа в воздухе [1, с.184]. Изменения уровня углекислого газа имеет сезонные колебания, связанные с интенсивностью фотосинтеза, дыханием почвы и антропогенной деятельностью человека. Наиболее высокая концентрация углекислого газа в воздухе наблюдается в РС(Я) в холодное время года (декабрь-январь), а минимальная – в летний период (май-июнь).

Цели исследования: Определить изменения газового состава крови и показателей кислотно-щелочного равновесия у жителей РС(Я) в зимнее время года.

Материалы и методы: Всего было обследовано 120 человек, студенты мужского пола в возрасте 18-21 года якутской национальности. Все обследуемые на момент исследований не имели признаков заболеваний и были признаны практически здоровыми.

Исследование параметров КЩР крови проводилось по стандартным методикам с применением микроанализатора кислотно-основного состояния крови ABL-330. Изучение особенностей газового состава крови включало определение следующих показателей артериализированной капиллярной крови: рН, рСО₂ (парциальное напряжение углекислого газа), рО₂ (парциальное напряжение кислорода), НСО₃⁻ (бикарбонаты плазмы), ВЕ (дефицит буферных оснований), SB (стандартный бикарбонат), SatO₂ (насыщение кислородом гемоглобином в %), а также Нв (содержание гемоглобина).

Таблица

Некоторые показатели газового состава крови у жителей РС(Я) в зимнее время года (M±m)

	Показатели
рН (ед)	7,38±0,003
рО ₂ (мм рт.ст)	77,91±1,56
рСО ₂ (мм рт.ст)	41,87±0,35
Нв (гр %)	15,52±0,12
SatO ₂ (%)	95,64±0,18
SB (мэкв/л)	23,78±0,14
ВЕ (мэкв/л)	-0,46±0,18

Основные показатели находятся в пределах физиологической нормы, но наблюдается незначительное снижение насыщения гемоглобина кислородом и парциального напряжения кислорода с развитием гипоксемии. Причем, артериальная гипоксемия выявлена у 16,7% исследуемых, а также компенсированный респираторный ацидоз у 20% человек.

Вывод: Таким образом, данное исследование показывает, что в холодное время года у жителей Крайнего Севера развивается вторичная гипреоксическая гипоксия, сопровождающаяся гипоксемией с развитием компенсированного газового ацидоза.

Список литературы

1. Агаджанян А.Н., Борисова Н.В., Егорова Г.А., Мальшева Л.А., Петрова П.Г. Сравнительная характеристика динамики респираторной системы, газового и кислотно-щелочного состава крови у коренных и пришлых жителей Республики Саха (Якутия) // Вестник новых медицинских технологий. 2006. Т. XIII. №2. С. 184-185.
2. Величковский Б.Т. Молекулярные механизмы нарушения газообменной функции легких на Крайнем Севере // Пульмонология. – 2005. №4. С. 61-64.
3. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации. Новосибирск: Наука, 1980. 192 с.
4. Сырова А.О. Кислород основа жизни. Харьков. 2013. С. 230.

ПРИМЕНЕНИЕ МАРКЕТИНГА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Мамедова Г.Б., Акбарходжаев А.А., Исаев И.С.

ассистенты кафедры общественного здоровья, организации и управления здравоохранением, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан, г. Ташкент

В статье представлены преимущества применения системы маркетинга в медицинских учреждениях. Формирование нового предпринимательского подхода в медицине тесно связано с развитием социально-экономического устройства общества, с возможностью максимально быстро воспринимать результаты развития научно-технического прогресса. В этих условиях развитие службы маркетинга особенно важно и необходимо.

Ключевые слова: маркетинг, финансирование, медицинские учреждения.

Маркетинг в здравоохранении – дисциплина новая. Связано это с тем, что в течение ряда лет существования здравоохранения медицинские услуги не продавались, а оказывались независимо от их стоимости. Поэтому необходимости использования маркетинга как философии, стратегии и метода не было. Однако необходимо отметить, что в условиях развития рыночных отношений в здравоохранении весьма важной задачей для медицинских организаций всех форм собственности является научное обоснование и практическая реализация концепции маркетингового планирования и управления их деятельностью [5, с.23]. Исследования по маркетингу услуг (в т.ч., услуг медицинского характера) в западных странах стали активно проводиться в 70-80-х г. XX в., а в Узбекистане – в конце 90-х г. Они во многом носят поисковый характер и касаются отдельных аспектов указанной проблемы, возможностей использования маркетинговых подходов в деятельности отдельных медицинских организаций (преимущественно коммерческих).

Говоря о маркетинге необходимо отметить, что же собой представляет маркетинг, чем отличается рынок медицинских услуг и сама медицинская услуга. Существует множество определений понятию маркетинг, мы решили привести некоторые из них. Так, например Ф.Котлер (1991 г.) дает определение маркетинга следующим образом: маркетинг – вид человеческой деятельности, направленный на удовлетворение нужд и потребностей путем обмена [2, с.64].

Американская медицинская ассоциация определяет маркетинг как комплексный процесс планирования, экономического обоснования и управления производством услуг здравоохранения, ценовой политикой в области лечебно-профилактического процесса, продвижением услуг (товаров медицинского значения) к потребителям, а также процессом их реализации [1, с.25].

Подводя итог можно отметить, что маркетинг в здравоохранении – это комплексная система мер по организации управления хозяйственной деятельностью учреждений, основанной на изучении и формировании спроса на медицинские услуги, строго направленном расходовании ресурсов с целью

максимального удовлетворения потребностей населения в медицинской помощи и укреплении здоровья. Особенностью маркетинга в здравоохранении является то, что учреждения здравоохранения предоставляют услуги. Какими же отличительными характеристиками обладают медицинские услуги на рынке здравоохранения, разберем основные понятия медицинских услуг:

Медицинская услуга – это совокупность необходимых, достаточных, добросовестных, целесообразных профессиональных действий медицинского работника (исполнителя, производителя услуг), направленных на удовлетворение потребностей пациента (заказчика, потребителя услуг) [3, с.98].

Медицинская услуга – мероприятие или комплекс мероприятий, проводимых при заболеваниях или при непосредственной угрозе их развития, направленных на предупреждение заболевания и восстановление здоровья, имеющих самостоятельное, законченное значение и определенную стоимость [4, с.80].

Однако говоря о применении маркетинга в здравоохранении необходимо отметить, что одним из видов маркетинговой стратегии в современном здравоохранении должна стать стратегия социально-этического маркетинга, которая предполагает ведение лечебно-профилактической деятельности, продажи товаров и услуг для отдельных специальных групп населения (пенсионеров, ветеранов войны и труда, блокадников, одиноких, малообеспеченных, многодетных, лиц с социально значимыми заболеваниями и др.). В коммерческой деятельности должна обязательно быть предусмотрена программа спонсорства, бесплатности, снижения цен, благотворительности, честности, этической направленности. Благоприятный имидж медицинской организации, ее искренняя благотворительность создают психологическое доверие и, в конечном счете – медицинский и экономический эффект [6, с.206].

Подводя итог вышесказанного важно отметить, что в процессе реформирования отношений в здравоохранении происходит разгосударствление медицинских учреждений и приватизация ведут к тому, что лечебным учреждениям приходится вести свою деятельность в условиях рынка медицинских услуг. Сокращаются объемы финансирования за счёт средств государственного бюджета. Поэтому в новых рыночных условиях для обеспечения выживаемости медицинские учреждения переходят к новому механизму хозяйствования, при котором немалое значение занимает маркетинг.

Знание механизма функционирования рынка медицинских услуг и правил взаимодействия рыночных контрагентов поможет руководителю здравоохранения в его работе по обеспечению нормальной жизнедеятельности вверенного ему лечебно-профилактического учреждения. В современных условиях, одним из важных моментов становится увеличение числа потребителей медицинских услуг, обращающихся в лечебно-профилактические учреждения. Это увеличивает объем медицинской помощи оказываемый населению и повышает доходы учреждений здравоохранения. Использование методов маркетингового управления, направлено на привлечение потребителей меди-

цинских услуг и оптимизацию работы лечебно-профилактических учреждений. Поэтому необходимо исследовать рынок и принимать оптимальные управленческие решения. Для лечебно-профилактических учреждений особенно важно выбрать свою нишу на рынке реализации медицинских услуг. Выбор такой ниши зависит во многом, как от состояния заболеваемости населения той или иной патологией, так и от основных целей и задач медицинского учреждения, а также его структуры и ресурсов, которыми располагает конкретное лечебно-профилактическое учреждение [3, с.99].

Работа медицинского учреждения в условиях рынка может резко измениться, и под воздействием различных факторов, принимать как положительный результат (прибыль), так и отрицательный (убыток). Роль государства в этой схеме ограничивается созданием условий для существования рынка медицинских услуг и защитой прав их потребителей, то есть государство обеспечивает гарантированный минимум медицинского обслуживания для всех граждан и проводит политику, направленную на полное удовлетворение социальных потребностей населения. А для того чтобы это стало возможным необходимо способствовать созданию и развитию отделов маркетинга в учреждениях здравоохранения со специально обученными специалистами маркетологами, которые бы учитывали возможности и барьеры рынка медицинских услуг и способствовали гармоничному развитию медицинских учреждений в условиях рынка.

Список литературы

1. Вихров И.П., Андреас Кнот, «Менеджмент социальных услуг», учебно-методическое пособие. Караганда 2012 г., с.25.
2. Иорданская Н.А. Маркетинг в здравоохранении : учебное пособие/Н.А. Иорданская, Т.В. Поздеева, В.А. Носкова, Изд. Организация Нижегородская государственная медицинская академия.-Н.Новгород: НижГМА,2008. – 64 с.
3. Мамедова Г.Б., «Применение принципов маркетинга в системе здравоохранения» Материалы Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы гигиенической службы Узбекистана» Ташкент 2012 год, 28 апреля, стр.98-99.
4. Исмаилова Н.М., Мамедова Г.Б., Эффективность применения маркетинга в медицинских учреждениях, *Austrian Journal of Technical and Natural Sciences*, September-October, 2014, ISSN 2310-5607, стр.80-83.
5. Кемалов Р.Ф. Маркетинговая стратегия в управлении здравоохранением / Р.Ф. Кемалов // *Экономика здравоохранения*. - 2005. - №10. - с.23-27.
6. Эшдавлатов Б.М., «Развитие службы маркетинга в медицинских учреждениях», Ежемесячный научный журнал «Молодой учёный», № 3, Россия, Казань, стр.206-208.

ВОПРОСЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, СВЯЗАННУЮ С ОБОРОТОМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ ПРЕКУРСОРОВ

Микаэлян М.Ф.

преподаватель кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации,
канд. фармац. наук, Пятигорский медико-фармацевтический институт –
филиал Волгоградского государственного медицинского университета,
Россия, г. Пятигорск

Хачатрян М.М.

доцент кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации,
канд. фармац. наук, доцент, Пятигорский медико-фармацевтический
институт – филиал Волгоградского государственного медицинского университета,
Россия, г. Пятигорск

Житарь Б.Н.

декан факультета последипломного образования, доцент кафедры фармации
факультета последипломного образования, канд. фармац. наук,
Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал Волгоградского
государственного медицинского университета, Россия, г. Пятигорск

Федорова Е.П.

доцент кафедры фармации факультета последипломного образования,
канд. фармац. наук, доцент, Пятигорский медико-фармацевтический инсти-
тут – филиал Волгоградского государственного медицинского университета,
Россия, г. Пятигорск

В статье рассматриваются вопросы профессиональной подготовки фармацевтиче-
ских и медицинских работников, чья деятельность связана с оборотом наркотических
средств, психотропных веществ и их прекурсоров. Показана необходимость разработки
специальных обучающих программ, позволяющих повышать профессиональные знания и
дающих возможность ориентироваться в значительном объеме нормативно-правовой ба-
зы, касающейся оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров.

Ключевые слова: наркотические средства, психотропные вещества, нормативная
база, обучающая программа, повышение квалификации.

За последние годы в Российской Федерации наркоситуация имеет ста-
бильную тенденцию к росту. Данные различных экспертных оценок свиде-
тельствуют о том, что количество лиц, допускающих немедицинское потреб-
ление наркотических средств приближается к 8 млн. человек, доминирую-
щую часть которых составляют молодые люди в возрасте до 18-20 лет, по-
требляющие наркотики опийной группы. Сложившаяся ситуация угрожает
здоровью нации, безопасности государства, состоянию общественного пра-
вопорядка и экономике страны.

В связи с этим, государственная политика направлена, прежде всего, на совершенствование мероприятий по профилактике наркомании, методик уголовно-процессуального комплекса в сфере нелегального оборота наркотических средств (НС) и психотропных веществ (ПВ), гармонизацию законодательства, регулирующего легальный оборот НС, ПВ и прекурсоров.

Обращение НС и ПВ контролируется, как на международном, так и на национальном уровнях. Международное правовое регулирование отражено в 3-х Конвенциях: «Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г.»; «Конвенции о психотропных веществах 1971 г.» и Конвенции ООН «О борьбе против незаконного оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров» 1988 г., а также в специальных Политических декларациях Генеральной Ассамблеи ООН и решениях Комиссии ООН по наркотическим средствам и Международного комитета по контролю наркотиков (МККН) ООН [1, 2, 3].

На национальном уровне регулирование оборота НС и ПВ закреплено в Федеральном законе № 3-ФЗ от 08.01.1998 «О наркотических средствах и психотропных веществах» (с изм. и доп.) [6], ряде постановлений Правительства РФ, Пленума Верховного Суда РФ, ведомственных приказах и инструкциях, в т.ч. Министерства здравоохранения РФ. Данные документы определяют основную стратегию работы государственных органов, медицинских и фармацевтических организаций, конечной целью которых является забота о здоровье российских граждан, предотвращение возникновения опасной зависимости и защита общественного порядка.

При решении вопроса о мерах контроля над НС, ПВ и их прекурсорами и предотвращения зависимости оценивается опасность этих веществ с позиции прямого фармакологического воздействия конкретного лекарственного препарата (ЛП) на человека, а именно: возможность трансформации наркотического ЛП в организме; сепарационное, изоляционное действие, когда из комбинированного ЛП возможно выделение одного или нескольких компонентов, входящих в состав наркотического ЛП.

Поскольку НС, ПВ и их прекурсоры используются в лечебных целях, то одним из аспектов государственной политики является контроль за деятельностью юридических и физических лиц, занимающихся оборотом указанных веществ, направленный на предупреждение, выявление и пресечение правонарушений в сфере их легального оборота. В связи с чем, международное право учитывает не только требования, связанные с рецептурным отпуском указанных ЛП, но и обязательство государств лицензировать все виды деятельности, связанные с этими веществами. В соответствии с международным правом Правительством РФ принят ряд нормативных документов, предусматривающих основные положения по всем видам деятельности в этой сфере.

В огромном массиве нормативных документов медицинские и фармацевтические работники должны уметь ориентироваться, знать основы законодательного регулирования деятельности, связанной с оборотом НС, ПВ, и прекурсоров, порядок определения потребности в указанных веществах, их

истребование, прием, хранение, назначение, отпуск, реализацию, перевозку, уничтожение, учет и другие мероприятия. Только, обладая необходимыми теоретическими знаниями и практическими навыками, медицинские и фармацевтические работники будут в состоянии качественно выполнять свои функциональные обязанности и решать задачи по охране здоровья граждан, в т.ч. оказанию им своевременной и эффективной медицинской помощи в полном объеме по обезболивающей терапии.

В связи с этим «Положение о лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений», утвержденное Постановлением Правительства РФ от 22.12. 2011 г. № 1085, регламентирует обязательное повышение квалификации специалистов с фармацевтическим и медицинским образованием не реже 1 раза в 5 лет. Порядок допуска лиц к работе с названными веществами включает необходимость ознакомления работников со всей нормативной базой международного и отечественного законодательства в этой сфере деятельности с целью повышения их профессионализма [4, 5].

Однако законодательством не регулируются конкретные вопросы по получению соответствующих знаний, не утверждена специальная программа обучения и объем часов профессиональной подготовки специалистов по обороту НС, ПВ и прекурсоров.

При этом проверки аптечных и медицинских организаций показывают, что число различных нарушений в этой сфере деятельности до сих пор не снижается. В основном они касаются назначения, учета, хранения, уничтожения и отпуска НС и ПВ. Новые законодательные акты, утвержденные в 2015г., несколько смягчили требования по обороту НС, ПВ и прекурсоров в медицинских и фармацевтических организациях, но в них остались нераскрытыми некоторые вопросы, что создает условия для двусмысленного толкования этих норм и вызывает дополнительные трудности в работе с указанными веществами.

Основываясь на вышеизложенном, для совершенствования профессиональной подготовки медицинских и фармацевтических работников сотрудниками факультета последипломного образования Пятигорского медико-фармацевтического института – филиала ГБОУ ВПО Волгоградского государственного медицинского университета разработаны и утверждены дополнительные профессиональные образовательные программы повышения квалификации по специальности «Организация работы с наркотическими средствами, психотропными веществами и прекурсорами» (кол-во часов 36/13ЕТ и 72/23ЕТ).

Целью разработки данных программ явилось ознакомление фармацевтических и медицинских работников с основными вопросами, касающимися современного законодательного регулирования оборота контролируемых веществ, их лицензирования, порядка допуска лиц к работе с НС и ПВ, хранения, учета и регистрации операций, назначения, отпуска и реализации, перевозки и т.д.

Основная задача указанных программ – повышение квалификации фармацевтических и медицинских работников, углубление и систематизация

профессиональных знаний в области организации работы и подготовки к лицензированию деятельности, связанной с оборотом НС, ПВ и их прекурсоров, а также изучение новых законодательных и нормативных актов, методических указаний и рекомендаций, необходимых в ежедневной практике.

Программа состоит из нескольких блоков, которые включают следующие темы: особенности современной терминологии в сфере обращения НС, ПВ и прекурсоров; отечественный и международный опыт по противодействию их незаконному обороту; основы фармакологического воздействия указанных веществ на человеческий организм. Наибольшее внимание в программе уделено вопросам лицензирования деятельности, требованиям к специалистам, хранению НС, ПВ и прекурсоров, а также учету, формированию запасов, нормативам потребности, порядкам перевозки и уничтожения, правилам назначения, использования и системе фармацевтического контроля НС, ПВ и прекурсоров.

Кроме того, показано, что специалист должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями, заключающимися в готовности не только демонстрировать гражданскую позицию, владеть практическими способностями поиска научной информации с использованием современных компьютерных технологий, но и непрерывно самосовершенствоваться. При этом они должны обладать способностями своевременного и безотказного обеспечения населения, нуждающегося в НС и ПВ, владеть вопросами их эффективности, безопасности и фармакотерапии. Специалисты при назначении должны уметь давать биофармацевтическую оценку различных лекарственных форм, содержащих НС и ПВ, – инъекционных, пероральных, подъязычных, трансдермальных и др.

Таким образом, разработанные программы позволят повысить профессиональные знания фармацевтических и медицинских работников и дадут возможность ориентироваться в нормативно-правовой базе, касающейся оборота НС, ПВ и прекурсоров.

Список литературы

1. Единая конвенция о наркотических средствах 1961г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://consultant.ru>
2. Конвенция о психотропных веществах 1971 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://consultant.ru>
3. Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://consultant.ru>
4. Постановление Правительства РФ от 06.08.1998 г. № 892 «Об утверждении Правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами» (с изм. и доп.). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://consultant.ru>
5. Постановление Правительства РФ от 22.12. 2011 г. № 1085 «О лицензировании деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений») (с изм. и доп.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://consultant.ru>
6. Федеральный закон от 08.01.1998г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (с изм. и доп.). [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://consultant.ru>

ДИАГНОСТИКА ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ОСНОВЕ СРАВНИТЕЛЬНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННЫХ АНТИТЕЛ К ЭНДОГЕННЫМ БИОРЕГУЛЯТОРАМ

Морозова В.С.

старший научный сотрудник, канд. хим. наук,
Институт физиологически активных веществ РАН, Россия, г. Черноголовка

Петроченко С.Н.

научный сотрудник, канд. биол. наук,
Институт физиологически активных веществ РАН, Россия, г. Черноголовка

Мяжкова М.А.

зав. лабораторией иммунохимии физиологически активных веществ,
д-р биол. наук, профессор, Институт физиологически активных веществ РАН,
Россия, г. Черноголовка

В группе больных игроманией (14 человек) проведено сравнительное определение естественных антител (е-АТ) к эндогенным биорегуляторам: опиоидным пептидам, биогенным аминам, катехоламинам. Установлено достоверное снижение уровня антител к бета-эндорфину у больных обследованной группы. Обнаружена корреляция между уровнем реабилитационного потенциала и содержанием антител к бета-эндорфину, дофамину и серотонину. Полученный результат может быть использован для диагностики, терапии и прогноза течения заболевания.

Ключевые слова: диагностика, игромания, естественные антитела, ИФА.

В последние 15 лет в иммунологии сформировалось новое научное направление, изучающее роль естественных, природных антител (е-АТ) в течении биохимических процессов, происходящих в организме человека. Естественные антитела существуют в норме как физиологический компонент в кровотоке здоровых людей. Эти молекулы способны связываться с эндогенными биорегуляторами и участвовать в регуляции гомеостаза [8]. Получено экспериментальное подтверждение гипотезы о многообразии физиологических функций е-АТ. Доказано, что эти АТ являются вспомогательными и регуляторными молекулами, участвующими в формировании нормального иммунного ответа, гомеостатической регуляции, становлении идиотипического репертуара и защите организма от инфекционных и вирусных агентов [13]. Обобщенный анализ накопленных экспериментальных данных позволил Avreames S. и соавторам [1] представить естественный иммунитет как систему стабильного гомеостатического равновесия между Е-АТ и их антигенными мишенями, которыми могут служить многочисленные компоненты внутренней среды организма, включая и другие антитела (идиотипическая сеть). Нарушение сложившегося равновесия с каким-либо антигеном, по мнению авторов, приводит к инициации иммунного ответа, направленного на восстановление гомеостаза.

Ранее нами были выполнены фундаментальные исследования, позволившие установить новые данные о естественных антителах [7, 10, 11]. Так, при патологии в сыворотке крови человека увеличивается уровень специфических естественных антител по сравнению с нормой и изменяются их свойства. Они превращаются в высокоспецифичные молекулы, которые способны с высокой аффинностью (Ka) связываться с эндогенными биорегуляторами, устраняя тем самым, на первом этапе их нежелательное, повреждающее действие [9]. Биохимическую индивидуальность организма человека отражают e-AT, представляющие тонкую и всеохватывающую систему регуляции гомеостаза на молекулярном уровне. Они координируют различные процессы, происходящие в организме, путем взаимодействия с соответствующими антигенами [6]. В связи с этим содержание e-AT может коррелировать с характером и тяжестью течения заболевания, эффективностью проводимой терапии [4, 5]. На сегодняшний день установлено, что при развитии некоторых видов наркомании происходит специфическое изменение гуморального иммунитета, выражающееся в увеличении уровня антител, связывающих как экзогенный наркотик, так и эндогенные нейромедиаторы [12].

В последние годы в мире зарегистрировано значительное возрастание количества людей с клиническими проявлениями патологического влечения к азартным играм. Эти люди нуждаются в лечебно-реабилитационной помощи. Рядом исследователей, специализирующихся в области наркологии, высказано предположение, что в основе подобного поведения лежат те же патогенетические механизмы, что и при развитии классических случаев зависимости от психоактивных веществ (наркотиков и алкоголя) [2, 3]. Создание новых методов выявления уровня e-AT, которые могут являться теми природными маркерами, отражающими течение заболевания игроманией, позволит впервые получить не использовавшийся ранее в медицинской практике диагностический тест.

Целью настоящего исследования является определение естественных антител к эндогенным биорегуляторам у больных игроманией методом иммуноферментного анализа, установление взаимосвязи изменений иммунного статуса больных с клиническими проявлениями заболевания.

Материалы и методы

Обследовано 14 больных с патологической зависимостью от азартных игр в возрасте от 20 до 49 лет. Длительность заболевания варьирует от 15 до 40 лет. Количество времени, отводимое на игру, имело тенденцию к быстрому увеличению: с 30 минут до 2 суток, от 1 раза в 1-2 недели до ежедневного пребывания в игровом заведении. У всех без исключения больных отмечалась различной степени выраженности игровая деградация, включающая морально-этические, интеллектуальные, эмоциональные и поведенческие нарушения, приводящие к личностной и социальной дезадаптации. Исследование осуществляли по специально разработанной системе, включающей клиничко-диагностическое, экспериментально-психологическое обследование и выявление уровня реабилитационного потенциала. Для ИФА проводили забор крови у больных в начале лечебного процесса. В качестве группы срав-

нения использовали сыворотки крови здоровых доноров (15 человек) в возрасте от 20 до 40 лет.

В работе использованы следующие биохимические реагенты: конъюгаты кроличьих антител против иммуноглобулинов человека, меченые пероксидазой хрена, тетраметилбензидин, перекись водорода 30%, твин-20 (Sigma). ИФА проводили на 96-луночных планшетах фирмы Nunc. Результаты анализа учитывали на спектрофотометре Multiskan при 450 нм. Синтез конъюгированных антигенов эндогенных биорегуляторов на полимерном носителе, а также ИФА, осуществляли по методам, разработанным нами ранее [7, 12].

Результаты и их обсуждение

Данное исследование проведено на стыке иммунологии и медицины и стимулировано поиском новых диагностических маркеров заболевания для создания комплексной системы экспертизы и диагностики, с последующим выбором методов дифференцированного лечения и реабилитации больных игровой зависимостью.

Сравнительное выявление естественных антител в сыворотке крови больных игроманией и здоровых доноров проводили на панели антигенов: опиоидные пептиды (бета-эндорфин, дерморфин), биогенные амины (серотонин, гистамин), катехоламины (дофамин, норадреналин), вазопрессин, ангиотензин II. Процедура проведения ИФА традиционно включает стадии иммобилизации антигена на полистирольный планшет, инкубацию с анализируемым образцом сыворотке крови и детекцию образовавшихся иммунных комплексов. Для реализации первой стадии ИФА были получены конъюгированные антигены низкомолекулярных соединений: β -эндорфина, дерморфина, дофамина, серотонина, гистамина и ангиотензина по специально разработанной нами технологии с применением полимерной матрицы (4-полинитрофенилакрилата). Использование этого приема позволяет полностью сохранить структуру исходных высоколабильных гаптен [7].

При анализе результатов ИФА достоверные изменения уровней е-АТ в сыворотке крови больных игроманией по сравнению с нормой обнаружены в следующих случаях. Так, у 12 человек достоверно повышен уровень антител к ангиотензину II и к гистамину. Для 4 пациентов отмечено достоверное увеличение содержания е-Ат к серотонину дофамина. Важно отметить, что у 10 обследованных больных достоверно снижен уровень антител к бета-эндорфину. При определении антител к вазопрессину, дерморфину в сыворотке крови больных данной группы не было обнаружено достоверных отличий по сравнению с группой здоровых доноров. Результаты анализа и распределение по антигенам представлено в таблице.

Дальнейший анализ результатов ИФА в группе больных игроманией провели, сопоставляя наиболее значимые данные, полученные при определении уровня е-Ат к опиоидным пептидам и биогенным аминам, включая катехоламины. Индивидуализация полученных результатов ИФА для каждого больного явилась первым подтверждением высказанного предположения о том, что возникновение и прогрессирование болезни «игромания» имеет

одинаковые с наркоманией патогенетические механизмы, хотя эта зависимость и не связана с прямым действием экзогенного токсического вещества на организм человека [2, 3].

Таблица

Данные ИФА определения антител к эндогенным биорегуляторам у больных игроманией

Исследуемый антиген	Средние по группе значения OD ₄₅₀ в ИФА*				Доноры
	Больные игроманией				
	Выше нормы		Ниже нормы		
	OD ₄₅₀ ИФА	Кол-во чел.	OD ₄₅₀ ИФА	Кол-во чел.	
Ангиотензин II	0,92±0,12	12человек	-	-	0,55±0,09
β-эндорфин	-	-	0,23±0,02	10человек	0,45±0,06
Дофамин	0,80±0,06.	4человека	-	-	0,52±0,04
Серотонин	0,82±0,09	4человека	-	-	0,55±0,07
Гистамин	1,06±0,12	12человек	-	-	0,74±0,08

* p < 0,01 (в сравнении с донорами)

Было установлено, что из 14 обследованных пациентов-игроманов у 10 человек (72%) в 2 раза снижен уровень специфических естественных антител к бета-эндорфину, а содержание естественных антител к серотонину и дофамину оставалось в норме (группа II). У 4 больных игроманией (группа I) при норме антител к бета-эндорфину установлено их пониженное содержание для серотонина и дофамина. Для практической оценки полученных результатов в клинике проведено сопоставление данных ИФА определения естественных антител к опиоидным пептидам и биогенным аминам с УРП – уровнем реабилитационного потенциала. Было установлено, что высокий УРП в диапазоне 146 -135 обнаружен у больных с достоверно повышенным содержанием естественных антител к серотонину и дофамину, при этом уровень антител к бета-эндорфину остается нормальным (группа I). Средний УРП 67-78 соответствует пациентам в группе (II) больных-игроманов. Именно для этой категории больных обнаружен специфический иммунодефицит.

Выводы

1. В результате проведенного исследования показано, что при развитии «игровой» зависимости происходит нарушение в иммунной системе, проявляющиеся в изменение синтеза иммуноглобулинов, связывающих нейромедиаторы опиоидной и моноаминовой природы.

2. Выявление уровней иммуноглобулинов твердофазным ИФА может быть использовано в клинической практике, для ранней диагностики заболевания, контроля эффективности проводимой терапии, осуществления профилактики и своевременной диспансеризации.

Список литературы

1. Avrameas S., Ternynck T. The natural autoantibodies system: between hypotheses and facts // Molecular Immunology. 1993. V.30 (12). P. 1133-1142.
2. Даренский И.Д. Зависимость от азартных игр: В сб. Современные достижения наркологии. Москва, 2005. С.44-45.

3. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных: Руководство по наркологии. Под редакцией Н.Н. Иванца. Москва, 2002. Т. II. С. 222-271.
4. Келина Н.Ю., Куликова О.А., Петроченко С.Н., Мягкова М.А., Мамелина Т.Ю. Современное состояние проблемы определения болезни как результата нарушений адаптации организма // XXI Век: итоги прошлого и проблемы настоящего плюс. 2014. № 01(17). С. 196 – 200.
5. Келина Н.Ю., Мягкова М.А., Петроченко С.Н. Естественные антитела: норма и патология // XXI век: итоги прошлого и проблемы настоящего плюс. 2013. № 09(13). Т. 2. 2013. С.128 – 133.
6. Морозова В.С., Габрильянц О.А., Мягкова М.А. Диагностика и профилактика заболеваний зависимости: монография. М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2015. 178 с.
7. Мягкова М.А., Брюн Е.А., Копоров С.Г., Панченко О.Н., Абраменко Т.В. Иммуноглобулины, связывающие опиоидные пептиды, биогенные амины и опиаты у больных наркоманией // Судебно-медицинская экспертиза. 2001. Т. 44. №1. С.18-20.
8. Мягкова М.А., Морозова В.С. Естественные антитела и их физиологические функции // Иммунопатология. Аллергология. Инфектология. 2014. №3. С. 75-81.
9. Мягкова М.А., Морозова В.С. Иммунохимические свойства естественных антител к физиологически активным соединениям // Фундаментальные исследования. 2014. №11 (часть 5). С. 1066-1070.
10. Мягкова М.А., Панченко Л.Ф. Естественные антитела к эндогенным биорегуляторам в патогенезе наркомании // Наркология. 2002. №10. С. 31-44.
11. Мягкова М.А., Панченко Л.Ф. Новый подход в диагностике и профилактике наркомании на основе определения антител к наркотическим веществам и эндогенным биорегуляторам // Наркология. 2004. №6. С.49-51.
12. Мягкова М.А., Петроченко С.Н., Морозова В.С., Шипицын В.В., Сокольчик Е.И., Брюн Е.А. Иммуноферментный анализ естественных антител к эндогенным биорегуляторам для диагностики заболеваний зависимости // Вопросы наркологии. 2007. № 5. С. 40-45.
13. Полетаев А.Б. Физиологическая иммунология (естественные аутоантитела и проблемы наномедицины): монография. М.: Миклош, 2011. 219 с.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ПО ПРОПАГАНДЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Оташехов З.И.

старший преподаватель кафедры общественного здоровья, организации
и управления здравоохранением, Ташкентский педиатрический медицинский
институт, Узбекистан, г. Ташкент

Алимджанова С.К., Жалилова К.Г.

студенты, Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Узбекистан, г. Ташкент

В данной публикации рассматриваются основные определения понятия здорового образа жизни, приоритетные направления программ по пропаганде здорового образа жизни. Раскрывается роль всех факторов способствующих поддержанию здорового образа жизни, в том числе и сотрудников первичного звена здравоохранения.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, профилактика, пропаганда, первичное звено.

Пропаганда здорового образа жизни (ЗОЖ) является одной из основных задач медицинских работников в деле укрепления здоровья населения [4, с. 197]. Формирование здорового образа жизни – это целая система общественных и индивидуальных видов, способов, форм деятельности, активности, направленных на преодоление факторов риска возникновения и развития заболеваний, оптимального использования в интересах охраны и улучшения здоровья социальных, психологических и природных условий и других факторов влияющих на образ жизни [2, с. 81]. И эта программа должна координировать совместные усилия государственных, общественных организаций, медицинских учреждений, самого населения.

Здоровье – это весьма сложный, системный по своей сущности феномен. Он имеет свою специфику проявления на физическом, психологическом и социальном уровне рассмотрения [3, с. 115]. Здоровье и благополучие в руках каждого. Поэтому не случайно помощь в развитии личных навыков является одним из главных направлений деятельности по укреплению здоровья отмечено в состоявшейся (Оттавская Хартия ВОЗ, 1986 г.) В 1986 г. в Оттаве (Канада) состоялась 1 Международная конференция по укреплению здоровья. На этой конференции была принята хартия «Здоровье для всех к 2000 году», которая была подписана государствами – членами Всемирной организации здравоохранения. Медицинские работники должны предоставлять максимально полную информацию о различных аспектах здоровья, помогать людям в формировании ответственного и позитивного отношения к своему здоровью и здоровью общества в целом, менять не всегда здоровые привычки своих сограждан и содействовать развитию навыков ЗОЖ [1, с. 367].

Оттавская Хартия, как ее стали называть, выделила следующие направления для укрепления здоровья: Создание ориентированной на здоровье государственной политики. Создание благоприятной социальной среды; Усиление действий на местном уровне пропаганде ЗОЖ, поддержку местных инициатив по укреплению здоровья и борьбу с негативными явлениями в обществе с учетом специфики каждой страны, каждого решения; Развитие личных навыков основывается на обучении людей всему, что касается здоровья и ЗОЖ; Переориентация существующих медицинских услуг состоит в том, что больший упор делается на усиление роли профилактики болезней и их предотвращении, нежели на лечении уже имеющейся болезни [5, с. 54].

Проблема здоровья и здорового образа жизни носит выраженный комплексный характер. На ее изучении сосредоточены усилия многих научных дисциплин. По данным ВОЗ, из всех факторов риска первое место занимает нездоровый образ жизни. Существует множество факторов нарушающих ЗОЖ. Примерно в росте заболеваемости до 20% занимают наследственные факторы, 50% условия жизни и 20% загрязнение окружающей среды и примерно 10% приходится на дефекты, недостатки и другие отрицательные явления в работе органов здравоохранения. Значение образа жизни усиливается еще и тем, что он непосредственно влияет на здоровье, тогда как социальные условия опосредованы [4, с. 201]. Нами проведено изучение мнения пациентов и средних медицинских работников для выявления причины роста забо-

леваемости, т.е. увеличение нездоровых по сравнению со здоровыми. В начале социологического опроса пациентам, было предложено указать основные источники информации о здоровом образе жизни.

Результаты исследования показали, что основными источниками о здоровом образе жизни являются телевизионные передачи (58 %). Газеты и журналы же являются источником информации о здоровом образе жизни у 45 % опрошенных. 34 % респондента обращаются за информацией о здоровом образе жизни к интернету, аргументируя это удобством получения информации на рабочем месте. Непопулярными источниками информации о здоровом образе жизни оказались радиопередачи (2,5 %) и медицинские работники (5%). Таким образом, на сегодняшний день роль медицинских работников в формировании здорового образа жизни населения не достаточно велика, а ведь именно медицинский работник при непосредственном контакте с пациентом зная его состояние, может адресно рекомендовать борьбу за здоровье каждого в отдельности и группы в целом. На вопрос анкеты, «Какая информация о здоровом образе жизни вас интересует больше всего?» большинство респондентов (43,4%) выбрали ответ «борьба со стрессами». Не менее актуальна информация о рациональном питании – получить сведения по этому вопросу хотят 31,5 % респондентов. Информация о физической активности интересует 16,6 % респондентов. Получить информацию о борьбе с вредными привычками хотят 6,2 %. О грамотном приеме медикаментов хотели бы знать 2,3 % респондентов. Большая часть опрошенных (98,3 %) обращают внимание на информационно-наглядные средства, расположенные в медицинских учреждениях (плакаты, стенгазеты, уголки здоровья, информационные стенды). Таким образом, эффективность этих недорогих средств достаточно высока. Основная часть пациентов (97,5 %) считают необходимым получить специально разработанные буклеты «Кодексы здоровья и долголетия» с рекомендациями по здоровому образу жизни. Одним из направлений работы профилактики по формированию здорового образа жизни является проведение обучающей программы в школах здоровья. Считают необходимым проведение таких программ 64,9% пациентов. Необходимость создания как можно большего количества сайтов в интернете признают 73,6 % респондентов, что объясняется желанием получить информацию в короткие сроки. По мнению пациентов, для того, чтобы люди вели здоровый образ жизни необходимо: популяризировать здоровый образ жизни в СМИ (2,5%), государственных программах (21,6 %), усилия каждого человека (10,3%). Большинство опрошенных (61,8 %) выбрали все три вышеперечисленных варианта ответов.

Практические рекомендации в вопросах пропаганды здорового образа жизни касаются организации информационных сообщений и обучающих семинаров, которые должны включать следующие тематические разделы: рациональное питание, влияние вредных привычек на здоровье и борьба с ними, польза физкультуры и спорта, способы снятия эмоционального стресса и напряжения. Совершенствование и развитие работ всевозможных тематических школ здоровья. Эффективным было бы совершенствование систематических вы-

пусков специально разработанных буклетов, которые содержат конкретные рекомендации, разработанные для каждой целевой группы населения. Важно так же использование данных информационных средств не только в медицинских учреждениях, но и на предприятиях, работники которых обслуживаются в данном ПМСП (Первичная медико-санитарная помощь) или СВП (Сельский врачебный пункт) то есть создание уголков здоровья на рабочих местах.

Список литературы

1. Аскарлова Р.И., Самадова В.Т., «Пропаганда формирования здорового образа жизни среди населения» – Материалы республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы гигиены, санитарии в Узбекистане», 20 апреля 2012 года, стр. 367-369.
2. Искандарова Ш.Т., Хайдарова Б.А., «Роль медицинской сестры в пропаганде здорового образа жизни среди населения» – Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана №1, 2013год, стр. 81-83.
3. Мамедова Г.Б., «Роль медицинских сестер поликлиник и СВП при внедрении здорового образа жизни среди населения»- Republican conference of young scientists «ON THE WAY TO THE DISCOVERY», 9 апреля, 2013 года, стр. 115.
4. Махмудова Н.М., Аскарлова Р.И., «Роль медицинских сестер поликлиник и СВП при внедрении здорового образа жизни среди населения» – Материалы республиканской научно-практической конференции «Проблемы гигиены, санитарии и профессиональной патологии», 26 апреля 2013 года, стр.197-201.
5. Махмудова Н.М., Мамедова Г.Б., «Проблемы социальной адаптации детей инвалидов» – Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана №1, 2013год, стр. 54-57.

ВЛИЯНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА НА ФИБРОПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В ТКАНИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Привалихина А.В., Глотова Н.А., Нурсалиева А.Ж., Шутова А.С.

научные сотрудники морфологической лаборатории
кафедры патологической анатомии, клинической патологии,
Алтайский государственный медицинский университет, Россия, г. Барнаул

В статье продемонстрирована взаимосвязь с уровнем тестостерона и развитием фиброза кавернозных тел полового члена при эректильной дисфункции.

Ключевые слова: тестостерон, половой член, фиброз кавернозных тел.

Распространенность ЭД среди мужчин всех возрастных групп в среднем достигает 33% и напрямую зависит от возраста и сопутствующих заболеваний. У мужчин в возрасте от 40 до 50 лет почти 50 % испытывают проблемы с эрекцией и имеют различной степени выраженности ЭД, в возрасте 50-69 лет – 48-57 % [1].

В основе развития ЭД лежит снижение процентного содержания гладкомышечных клеток в пещеристой ткани полового члена [1] и развитие фиброза кавернозных тел, который является одним из морфологических проявлений ЭД.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили биоптаты кавернозных тел полового члена 31 мужчины с эректиль-

ной дисфункцией в возрасте от 34 до 74 лет (средний возраст 54 ± 11 лет). В качестве контрольной группы исследовали фрагменты ткани полового члена от 20 мужчин в возрасте до 40 лет (средний возраст 29 ± 6 лет). Лабораторными методами определяли содержание в крови уровень общего тестостерона (норма – 12,1-38,3 нмоль/л).

Все приготовленные стеклопрепараты окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван Гизон и азотнокислым серебром в модификации И.П. Боброва (2010) [3]. Использовали активность области ядрышко-вых организаторов (ОЯОР) как наиболее показательный параметр морфо-функциональной активности клетки [2].

Статистические расчеты проводили автоматизировано в статистическом пакете прикладных программ Stat Soft STATISTICA, 6.0. Вычисляли значение средних величин и стандартное отклонение, модальное значение величин. Если данные соответствовали нормальному распределению данных, применяли параметрический критерий для сравнения двух выборок – t-критерий Стьюдента. При отсутствии нормального распределения данных применяли непараметрические критерии – U-критерий Манна-Уитни. Значимость между средними величинами считали статистически достоверными при значении $p \leq 0,05$. Степень корреляции оценивали с использованием непараметрического метода – рангового коэффициента корреляции Спирмена (r).

Результаты исследования. Наше исследование показало, что при ЭД отмечается снижение содержания гладкомышечных клеток в кавернозных телах полового члена (ЭД – $38,90 \pm 2,94\%$, контроль – $44,61 \pm 1,37\%$, $p=0,0001$) с их дистрофическими изменениями и пикнозом ядер при нарастании содержания коллагеновых волокон (ЭД – $25,85 \pm 1,82\%$, контрольная группа $20,20 \pm 1,44\%$, $p=0,0001$). У 37% в исследуемом материале отмечали появление очаговых фиброзных изменений в кавернозных телах. При этом число ОЯОР, их суммарная площадь (таблица) при ЭД в фибробластах увеличивалось и снижалось в эндотелиальных клетках кавернозных тел. Было также отмечено увеличение в 1,5 раза количество фибробластов проявляющих наибольшую морфо-функциональную активность (количество гранул в ядрышке более 1 при ЭД составило 35%, а в контроле 22% от общего числа клеток), и снижение в 1,75 раза субпопуляции активных эндотелиальных клеток (при ЭД более 1 гранулы эндотелиальные клетки – 40% клеток от общего их числа, в контроле – 70%).

При определении содержания уровня общего тестостерона в крови отмечено его снижение до низшей границы нормы: модальное значение – 13,4 нмоль/л. Корреляционный анализ показал прямые зависимости между уровнем общего тестостерона крови и количеством активных субклонов фибробластов и эндотелиальных клеток в кавернозных телах полового члена ($r = -0,73$, $p=0,00001$; $r=0,4$, $p=0,03$ соответственно); а также прямую связь между возрастом пациентов и процентным содержанием коллагеновых волокон в кавернозных телах полового члена ($r=0,40$, $p=0,00001$).

Таким образом, снижение уровня общего тестостерона крови при ЭД может сопровождаться увеличением числа ОЯОР в фибробластах и приводить к склеротическим изменениям в кавернозных телах полового члена.

Снижение числа ОЯОР в эндотелиальных клетках позволяет говорить о снижении морфо-функциональной активности эндотелия, что может быть неким морфологическим выражением эндотелиальной дисфункции. Изучение изменений морфо-функциональной активности клеток кавернозных тел полового члена при ЭД во взаимосвязи с изменениями компонентов соединительнотканного матрикса на фоне снижения общего уровня тестостерона может нам помочь в понимании морфогенеза данного заболевания.

Список литературы

1. Гервальд В.Я. Патоморфологический анализ и патогенетические особенности органической эректильной дисфункции и болезни Пейрони: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2011. 21 с.
2. Криворучко А.Ю. Активность областей ядрышковых организаторов в трофобласте при воздействии гипоксии // Морфология. 2007. Т. 132, № 4. С. 64-67.
3. Модификация гистохимического метода выявления ядрышковых организаторов на гистологических срезах // И.П. Бобров [и др.]. Архив патологии. 2010. № 3. С. 35-37.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КЛЮЧЕВЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Расулова Н.Ф.

доцент кафедры общественного здоровья, организации и управления здравоохранением, к.м.н., Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан, г. Ташкент

Наримбаев М.А.

магистр кафедры общественного здоровья, организации и управления здравоохранением, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан, г. Ташкент

Салойдинов А.Ш.

студент, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан, г. Ташкент

В данной публикации раскрываются значимость организационных умений и навыков руководителей, осуществляющих свою деятельность в управлении медицинскими учреждениями. Даются основные определения понятию компетентность их набор и виды компетенций, которыми должен обладать современный руководитель.

Ключевые слова: организация, менеджмент, компетенции.

Организация деятельности медицинских учреждений приобретает особую значимость на современном этапе развития здравоохранения. Управленческие проблемы находят свое отражение во всех предлагаемых для обсуждения концепциях и программах реформы системы здравоохранения в стране. Поэтому представляется актуальным рассмотреть общие методологические подходы к деятельности организаций, занимающихся оказанием медицинских услуг населению [2, с.171].

Опыт зарубежных стран свидетельствует о том, что в вопросах управления лечебно-профилактическими учреждениями в настоящее время все отчетливее проявляются новые тенденции, которые представляют несомненный как практический, так и теоретический интерес. Все организации, независимо от того, в какой сфере они действуют, сталкиваются с общими проблемами в области управления.

На основе общих закономерностей выстраиваются конкретные методы управления в зависимости от тех условий, в рамках которых они применяются. Не является исключением и здравоохранение. Специфика управления учреждений первичного звена здравоохранения обусловлена, прежде всего, тем, что здравоохранение – особая сфера деятельности, существенно отличающаяся от других видов деятельности. Учреждения первичного звена здравоохранения имеют особые характеристики, которые требуют модификации общих принципов управления или изменения акцентов. Учитывая важность охраны здоровья населения, ведущую роль в развитии системы здравоохранения в Узбекистане играет государство.

Государственный сектор в сфере здравоохранения является областью, где воплощаются коллективные социальные ценности, которые не могут быть адекватно реализованы за его пределами. Эти ценности определяются не через рынок, а в ходе общественного развития и политического процесса на основе учета разнообразия социальных и экономических интересов, существующих в обществе. Для осуществления подобных задач необходима особая модель управления. Совершенствование этой модели управления является основной задачей руководителя медицинского учреждения. Поэтому ключевым моментом в данной ситуации являются набор компетенций руководителя, позволяющего ему принимать рациональные решения, эффективно управлять организацией и привести ее к успеху.

Основными качествами, определяющими выбор руководителя организации здравоохранения, являются деловые качества и квалификация. Нужно отметить, что именно деловые качества и квалификация отражают уровень организаторской культуры руководителя, владение технологией управленческой работы: подбором, расстановкой и использованием кадров, выработкой норм, нормативов и регламентов, личных планов и планов деятельности подразделений, служб, оперативных планов и планов-графиков проведения мероприятий, доведением заданий до исполнителей инструктажем, распорядительством, контролем [1, с.69].

В литературе описаны различные точки зрения на то, из каких компонентов складывается компетентность. Некоторые авторы утверждают, что понятие компетентности включает в себя поведенческие аспекты отдельных работников в процессе выполнения своих обязанностей, а также их знания и навыки, которые оказывают влияние на это поведение, либо являются основанием для него.

По утверждению L. Spencer с соавторами [3, с. 256], компетентность включает в себя: мотивы – образцы основных потребностей, которые могут управлять и направлять поступки, заставляющие человека делать выбор; свойства – основные склонности к определенному поведению или модель реагирования; например самоуверенность, устойчивость к стрессам, самокон-

троль, выносливость и т.д.; я – концепции – установки или ценности конкретного человека; объем знаний – знания определенных фактов или процедур (технических или коммуникативных); когнитивные и поведенческие навыки – скрытые от наблюдения или видимые.

Другие авторы, например S.Fletcher [4,с.126], останавливаются на том, что для компетентного осуществления деятельности и выполнения работы более важны не сами знания, а именно их практическое применение. Некоторые думают, что компетентность связана лишь с поведением. Но всё же, личные качества, такие как эрудиция, знания и навыки следует рассматривать по отдельности в качестве вклада в работу, а также того, что своим поведением работник преобразует в продукцию и последствия. Компетенции в большей мере оценивают «как» работают сотрудники, чем «что» они делают. И хотя большинству специалистов нужно соответствовать основным критериям знаний, умений, навыков и опыта, компетенции описывают полный набор характеристик, которые способствуют успешной работе личности в организации.

Список литературы

1. Мамедова Г.Б. «Совершенствование ключевых компетенций менеджера в области организационной культуры» Восточно-Европейский журнал общественного здоровья, – 2008 год, № 2 (2), стр. 67-70.
2. Мамедова Г.Б. «Развитие организационной культуры в учреждениях здравоохранения» Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы экологии и гигиены в Узбекистане» 2008г., стр. 171-172.
3. Spencer L., McClelland D. and Spenser S. Competency Assessment Methods, Hay/McBer Research, Boston. – 1990. – P. 256.
4. Fletcher S. NVQs, Standards and Competence // Kogan Page, London, 1991. – P. 126.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Расулова Н.Ф.

доцент, кафедры общественного здоровья, организации и управления здравоохранением, к.м.н., Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан, г. Ташкент

Джалилова Г.А.

старший преподаватель, кафедры общественного здоровья, организации и управления здравоохранением, к.м.н., Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан, г. Ташкент

Мухамедова Н.С.

доцент, к.м.н., кафедры общественного здоровья, организации и управления здравоохранением, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан, г. Ташкент

В данной публикации раскрываются результаты анализа эффективности мер принятых в Республике Узбекистан по охране репродуктивного здоровья населения.

Также в статье описываются основные законодательно-правовые акты и их реализация в области охраны репродуктивного здоровья населения.

Ключевые слова: профилактика, охрана, репродуктивное здоровье населения.

Приоритетными задачами здравоохранения Республики Узбекистан являются охрана материнства и детства, укрепление репродуктивного здоровья (РЗ) населения [2, с. 24]. Репродуктивное здоровье – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней и недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и ее функций и процессов [6, с.169]. Врачи, медицинские сестры, работая в системе первичного звена здравоохранения, осуществляют профилактику заболеваний на индивидуальном и семейном уровне, проводят анализ социальных и биологических факторов риска, влияющих на здоровье семьи [5, с.197]. В программу по совершенствованию репродуктивного здоровья населения, профилактики материнской заболеваемости и смертности в Узбекистане входило расширение мероприятий по планированию семьи, оздоровлению беременных, послеродовой реабилитации, профилактике обострений хронических соматических заболеваний, предупреждению осложнений беременности, сохранение и улучшение репродуктивного здоровья населения на уровне оказания первичной медицинской помощи в условиях работы специалистов первичного звена [1, с. 18]. Состояние репродуктивного здоровья во многом определяется образом жизни человека, а также ответственным отношением к половой жизни. В свою очередь, все это влияет на стабильность семейных отношений, общее самочувствие человека [7, с.113]. Приоритетность социальной политики в Узбекистане, возведение охраны здоровья матери и ребенка в ранг государственной политики способствовали значительному снижению материнской и детской заболеваемости и смертности [4, с.227].

С первых лет независимости Республики Узбекистан охрана здоровья матери и ребенка была возведена в ранг государственной политики. Это положение закреплено в ряде основополагающих правительственных документах, Государственной программе реформирования системы здравоохранения, а также Постановлений руководителя страны и Правительства: ПКМ «Неотложные меры по оздоровлению женщин фертильного возраста» (1993), ПКМ «Скрининг матери и ребенка» (1998), ПКМ «Здоровое поколение» (2000 г.), ПКМ «Мать и дитя» (2001 г.), ПКМ «О дополнительных мерах по укреплению здоровья женщин и подрастающего поколения» (2002 г.), ПКМ «О мерах по реализации приоритетных направлений повышения медицинской культуры в семье, укрепления здоровья женщин, рождению и воспитанию здорового поколения» (2002 г.), ПКМ «О медицинском освидетельствовании лиц, вступающих в брак» (2003 г.), ПКМ «О мерах по реализации проекта "Укрепление здоровья женщин и детей" с участием АБР» (2004 г.), ПКМ «О мерах по реализации проекта «Национальная программа по фортификации муки» (2005 г.). Национальный план действий по обеспечению благополучия детей в Узбекистане: УП-№3923 от 19 сентября 2007 г. «Об основных

направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения»; ПП-№700 от 2 октября 2007 г. «О мерах по совершенствованию организации деятельности медицинских учреждений республики»; ПП-892 от 18 июня 2008г. «О Государственной программе раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний для предупреждения рождения инвалидов с детства»; Стратегия улучшения питания населения Республики Узбекистан на 2009-2011 гг. и ряд других. Введены в действие Законы «О профилактике йод дефицитных заболеваний» (2007 г.), «О гарантиях прав ребёнка» (2008 г.) [8].

Все эти программы содержат меры по созданию необходимых условий для рождения и воспитания здорового ребенка. Основными направлениями программ в области охраны репродуктивного здоровья, материнства и детства являются: совершенствование системы охраны репродуктивного здоровья населения; скрининг матери и ребёнка; развитие системы непрерывного обучения, повышения квалификации специалистов и уровня знаний населения в области охраны репродуктивного здоровья, улучшения медицинской культуры в семье; расширение международного сотрудничества по улучшению репродуктивного здоровья женщин, рождения и воспитания детей; укрепление материально-технической базы учреждений детства и родовспоможения.

За последние годы были приняты несколько нормативных документов, направленных на совершенствования оказания медицинской помощи по охране репродуктивного здоровья. В частности, в 2009 и 2010 годах были изданы три Постановления Президента Республики Узбекистан, касающиеся охраны матерей и детей: № ПП-1096 от 13 апреля 2009 г. «О дополнительных мерах по охране здоровья матери и ребенка, формированию здорового поколения»; № ПП-1144 от 1 июля 2009 г. «О программе мер по дальнейшему усилению и повышению эффективности проводимой работы по укреплению репродуктивного здоровья населения, рождению здорового ребенка, формированию физически и духовно развитого поколения на 2009-2013 гг.»; № ПП 1271 от 27 января 2010 года «О Государственной программе «Год гармонично развитого поколения» [3, с.52].

Министерством здравоохранения совершенствована нормативно-правовая основа оказания медицинской помощи в родильных и детских учреждениях. Были изданы следующие приказы, разработанные с учетом рекомендаций ВОЗ: №145 от 30 марта 2007 г. «О внедрении современных технологий по повышению эффективности оказания медицинской помощи детям на первичном звене здравоохранения»; №155 от 10 апреля 2007 г. «Об оказании стационарной помощи детскому населению Республики Узбекистан»; №74 от 18 марта 2009 года «О профилактике передачи ВИЧ инфекции от матери ребенку в учреждениях системы Министерства здравоохранения»; №226 от 20 июля 2009г «Основы ухода за здоровым и больным новорожденным ребенком»; № 291 от 25 сентября 2009 г «О порядке выдачи медицинского заключения о признании инвалидами детей в возрасте до 16 лет и улучшение качества оказания им медицинской помощи»; № 56 от 27 февраля

2010г «О порядке выдачи медицинской справки о рождении, медицинского свидетельства о перинатальной смерти и смерти в учреждениях здравоохранения Республики [4, с.227].

В рамках реализации целевых программ по охране материнства и детства в Республике Узбекистан уделяется, как уже отмечено, внимание охране репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста. В республике организованы Республиканский Центр репродуктивного здоровья и 18 его филиалов во всех регионах республики. За 2012-2013 г. проведены 12 “Недель оздоровления женщин фертильного возраста, девочек-подростков и детей”.

С целью оказания практической помощи на местах во все регионы республики были направлены 814 членов Ассоциации акушер-гинекологов, ведущий профессорско-преподавательский состав и ведущие специалисты 1- и 3-клиник Ташкентской медицинской академии, Ташкентского педиатрического медицинского института, Ташкентского института усовершенствования врачей, Республиканского специализированного центра акушерства и гинекологии, Республиканского перинатального центра, учреждений Главного управления здравоохранения г. Ташкента. Специалистами была оказана высококвалифицированная медицинская помощь 290203 женщинам фертильного возраста и 195703 детям и девочкам-подросткам. За январь-июнь 2013 года медицинскими осмотрами охвачены 8338098 женщин фертильного возраста и 8012773 детей до 14 лет, из них у 3485847 (41,8%) женщин и 2998201 (37,4%) детей проведены оздоровительные мероприятия. Во втором полугодии, начиная с июля месяца медицинскими осмотрами охвачены 5185242 женщин фертильного возраста и 4005801 детей до 14 лет, из них у 2351626 (45,4%) женщин и 1806260 (45,1%) детей проведены оздоровительные мероприятия. 1620412 женщин фертильного возраста охвачены современными методами контрацепции.

Продолжается реализация Постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан №156 от 22 июля 2010 года «О дополнительных мерах по укреплению репродуктивного здоровья матерей и детей в сельских районах республики”.

Согласно утвержденному Минздравом, Минюстом и Комитетом по делам религии графику, во всех регионах республики проведены 14 учебных семинаров для специалистов органов ЗАГСa по профилактике ранних и родственных браков, укреплению репродуктивного здоровья населения с участием директоров РЦРЗН (Республиканского центра репродуктивного здоровья населения) и их филиалов [2, с. 25].

Особое внимание уделяется повышению медицинской культуры населения по вопросам охраны репродуктивного здоровья, охраны здоровья матери и ребенка и по формированию здорового образа жизни. Были разработаны и изданы серии брошюр «Здоровая мать – здоровый ребенок», буклетов, сборников вопросов и ответов, плакатов и других наглядно-информационных материалов для всех слоев населения [5, с.171].

Список литературы

1. Учебная программа «Улучшение системы менеджмента услуг по охране здоровья матери и ребенка» ЦДМ, авт. д.м.н., проф. Д.А. Асадов и соавт., Ташкент 2010, с. 18.
2. «Результаты самостоятельной оценки служб общественного здравоохранения Республики Узбекистан», Технический отчет, Ташкент 2011. С.24-25.
3. Профилактика в охране материнства и детства, Асадов Д.А., Горбунова И.Г., организация и управление здравоохранением № 9(39), 2013. С.52-53.
4. Мухамедова Н.С., Сатарова З.Р., Одилова М.А., Результаты проводимых реформ в Республике Узбекистан в области охраны материнства и детства, сборник науч. Трудов, Проблемы гигиены, санитарии и профессиональной патологии, Ташкент 2013, С.227.
5. Махмудова Н.М., Аскарлова Р.И., Роль медицинских сестер поликлиник и СВП при внедрении здорового образа жизни среди населения, сборник науч. трудов, Проблемы гигиены, санитарии и профессиональной патологии, Ташкент 2013, с.197
6. Кротин П.Н., Куликов А.М. Репродуктивное здоровье подростков как фактор демографического развития// Демографическое развитие Санкт-Петербурга и Северо-Запада России: Мат. конф. СПб., 2004. С.169-171.
7. Буянова С.Н., Малышева З.В., Савельева И.С, Соколова И.И. Мероприятия по сохранению репродуктивного здоровья девушек-подростков /В кн. «Репродуктивное здоровье женщины и потомство» (под ред. Федоровой М.В., Краснопольского В.И., Лягинской А.М.). – М., «Медицина». – 1997. С. 113-124.
8. www.minzdrav.uz – Официальный сайт Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРАС

Рахова В.Н.

доцент кафедры терапевтической стоматологии, канд. мед. наук, доцент,
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Россия, г. Санкт-Петербург

Окрас Н.С.

ассистент кафедры терапевтической стоматологии, канд. мед. наук,
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Россия, г. Санкт-Петербург

В статье рассматривается применение литотерапии в комплексном лечении и профилактике рецидивов ХРАС.

Ключевые слова: ХРАС, комплексное лечение ХРАС, литотерапия, цеолит, природные минералы.

ХРАС – это хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, характеризующееся высыпанием чаще на неизменной слизистой оболочке губ, щек, боковых поверхностях языка, переходной складки афт.

Заболевание протекает с периодическими ремиссиями и частыми обострениями [1, 2]. По данным ВОЗ, заболеванием страдает до 20% населе-

ния. Впервые ХРАС может возникать у детей старше 4-х лет, но наиболее часто возраст начала первой атаки – 10-30 лет.

Этиология заболевания окончательно не выяснена. Считается, что ХРАС могут спровоцировать бактериальная и вирусная инфекции. Предрасполагающими факторами являются гормональный дисбаланс, хронические соматические заболевания (особенно хронические колиты), гипо- и авитаминозы, стрессы, смена климата, локальная травма рта, монодиеты, прием различных лекарственных средств.

В патогенезе заболевания основная роль принадлежит аутоиммунным процессам и нарушениям неспецифической защиты. Важную роль играет перекрестная [5] иммунная реакция. Вырабатываемые антитела на постоянно присутствующую в ротовой полости и кишечнике бактериальную флору могут по ошибке атаковать эпителиальные клетки слизистой из-за схожести их антигенной структуры. Разрушение эпителия ведет к образованию афты [6].

На протяжении первых трех лет от начала заболевания ХРАС протекает в легкой форме. Общее лечение начинается с обследования у других специалистов для разработки индивидуальной комплексной патогенетической терапии. Однако, все применяемые терапевтические средства недостаточно эффективны, что можно объяснить неясностью генеза заболевания [3]. Поэтому актуальным является поиск новых препаратов и их комбинаций.

Особое место при местном лечении ХРАС занимают лекарственные средства природного происхождения, не обладающие иммунодепрессивным действием и не являющиеся антибиотиками. Афоризмом стали слова Гиппократа – великого врача и естествоиспытателя древности: «Врач лечит, природа исцеляет».

Одним из перспективных представителей данной группы средств является комплекс минералов на основе природных цеолитов (глин), который является молекулярным ситом, обладает калиброванным размером пор (около 4 ангстрем), поэтому взаимодействует только на уровне селективного ионного обмена.

Известно, что минеральные вещества выполняют роль коферментов практически во всех обменных процессах организма, влияют на клеточные и гуморальные факторы иммунитета. Кроме того, они обладают сорбционными свойствами, избирательно подавляют патогенную микрофлору и, тем самым, купируют воспалительный процесс.

Целью настоящей работы явилось клиническое исследование применение природных минералов (литотерапии) у больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом с давностью заболевания более трех лет. Всего под наблюдением находилось 27 пациентов в возрасте 32-47 лет (8 мужчин и 19 женщин). Минеральный комплекс «Литовит» применяли местно в виде полосканий взвесью (разведение 1:50) 3-4 раза в день в течение 7-10 дней, в период высыпания афт. Прием препарата внутрь регулировался индивидуально, в зависимости от степени выраженности воспалительного процесса, начиная с микродоз, с постепенным увеличением до «рабочей дозы» (от 1 до 2,5 г) 2 раза в сутки. После 5 дней приема делали перерыв на 3-5 дней. Курс приема составляет месяц.

Профилактические курсы назначали 1 раз в течение 6 месяцев в течение трех лет. Состояние функциональных систем и органов у данной группы больных обследовалось с помощью электроakupунктурной диагностики (ЭАП) по методу Р. Фолля [4].

При оценке состояния пациентов в ближайшие сроки наблюдения было выявлено, что эпителизация афт наступала на 5-7 день, отмечен выраженный обезболивающий эффект. Сроки ремиссии существенно увеличились. Отсутствие новых высыпных элементов наблюдали в течение 1,5 лет у 90% обследованных. Отмечали также выраженный седативный эффект при изначально высоком уровне некротизации пациентов, улучшение сна, работы кишечника.

По данным ЭАП-диагностики зарегистрировано выравнивание отклонений в контрольно-измерительных точках меридианов «толстого кишечника», «аллергии «нервной дегенерации» в сторону коридора нормы (50-65 условных единиц), что указывает на тенденцию к нормализации функционального состояния «заинтересованных» в патогенезе ХРАС органов и систем организма. Отмечена также тенденция к повышению толерантности к бытовым физическим и психологическим нагрузкам, стабилизация артериального давления, устойчивость к респираторным и вирусным заболеваниям весной и осенью, отсутствие проявлений аллергии.

Таким образом, применение литотерапии может быть рекомендовано в качестве эффективной составляющей комплексного лечения и профилактики рецидивов ХРАС, что в целом позволяет улучшить качества жизни данной группы пациентов.

Список литературы

1. Анисимова И.В., Недосека В.Б., Ломиашвили Л.М. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ. – М.: Медицинская книга, 2008. 436 с.
2. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 840 с.
3. Булкина Н.В., Мелешина О.В., Ломакина Д.О. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит: особенности клинического течения и комплексного лечения // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. № 1. Т. 7. С. 281-282.
4. Дженджера Л.Ю., Пастушенков В.А. Об использовании некоторых биохимических показателей и электронной электроakupунктурной органометрии по Фоллю в текущем медконтроле за летным составом и выборе показаний для реабилитационных мероприятий // Проблемы профилактики и реабилитации в авиационной и космической медицине. СПб. 1994. С. 94.
5. Ионов В.В. Состояние местного иммунитета, свободно-радикальных процессов и антиоксидантной защиты в слюне при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2008. 27 с.
6. Максимовский Ю.М., Орехова Л.Ю. Терапевтическая стоматология. Москва: Медицина. 2002. 641 с.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Саблина А.В.

аспирант кафедры детской гинекологии и женской репродуктологии ФП и ДПО, ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава РФ, врач акушер-гинеколог, СПб ГБУЗ ДПП № 68 женской консультации № 8, Россия, г. Санкт-Петербург

Лаврова О.В.

доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник, НИИ пульмонологии, ГБОУ ВПО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава РФ, Россия, г. Санкт-Петербург

Кутушева Г.Ф.

доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детской гинекологии и женской репродуктологии ФП и ДПО, ГБОУ ВПО СПбГПМУ Минздрава РФ, Россия, г. Санкт-Петербург

Целью нашего исследования была оценка влияния течения и терапии БА на развитие угрозы прерывания беременности. Материалы и методы: для решения поставленной задачи были обследованы 100 женщин в возрасте от 19 до 42 лет, страдающих бронхиальной астмой и наблюдавшихся нами с ранних сроков беременности совместно с пульмонологом. Всем больным было проведено амбулаторное комплексное обследование. На основании данных обследования разрабатывался индивидуальный план профилактических и лечебных мероприятий. Результаты: при анализе частоты развития угрозы прерывания беременности оказалось, что в первом триместре по сравнению со вторым и третьим как у больных бронхиальной астмой, так и у пациенток сравнительной группы это осложнение встречалось чаще. На частоту встречаемости угрозы прерывания беременности оказывала влияние тяжесть заболевания (в первом триместре), фаза заболевания (в первом и третьем триместре), полноценность проводившейся терапии. У пациенток получавших лечение БА частота встречаемости угрозы прерывания беременности была ниже, чем у женщин без проводимого лечения. На фоне приема ИГКС в первом и втором триместрах частота развития угрозы прерывания беременности была ниже.

Ключевые слова: беременность, бронхиальная астма, угроза прерывания.

Экстрагенитальные заболевания матери нарушают нормальный ход внутриутробного развития плода, могут приводить к его заболеванию или даже смерти. Факторами неблагоприятного воздействия на плод могут быть собственно заболевание и связанное с ним ухудшение состояния беременной, или развитие на его фоне осложнений беременности [5]. Болезни органов дыхания занимают наряду с сердечно – сосудистыми заболеваниями ведущее место в структуре экстрагенитальной патологии, осложняющих беременность [6]. Бронхиальная астма – наиболее часто диагностируемое в период гестации хроническое заболевание дыхательной системы.

Бронхиальная астма (БА) – это аллергическое воспалительное заболевание, характеризующееся гиперреактивностью и обратимой обструкцией

бронхов [2]. Глобальному росту распространенности астмы способствует возросшая антигенная нагрузка на организм человека, генетические aberrации, негативные социально-экономические факторы, накопление токсических продуктов производства и жизнедеятельности, как следствие развития цивилизации [8].

Бронхиальная астма дебютирует преимущественно в молодом возрасте, что объясняет высокую частоту встречаемости этого заболевания среди беременных женщин (8,4-13,9%) [9]. При анкетировании беременных в женских консультациях Санкт-Петербурга на наличие симптомов бронхиальной астмы указали 11,9% опрошенных [4]. Астма не является противопоказанием к беременности, однако обострения заболевания во время беременности, отсутствие полноценного контроля могут приводить к негативным последствиям, как для матери, так и для ребенка. По мнению большинства исследователей, беременность усугубляет течение бронхиальной астмы у большей части женщин [10, 11]. Одним из наиболее часто встречающихся осложнений беременности является угроза прерывания на разных сроках. В ряде исследований последних лет приводятся различные цифры частоты встречаемости этого осложнения – от 13,8% до 48% случаев [3, 7].

Цель исследования. Оценить влияние течения и терапии БА на развитие угрозы прерывания беременности.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в течение беременности находилось 100 беременных женщин, в возрасте от 19 до 42 лет, страдающих бронхиальной астмой различной степени тяжести, которая оценивалась в соответствии с классификацией тяжести БА (GINA, 2002).

Классификация тяжести БА

Интермиттирующая

Симптомы реже 1 раза в неделю

Обострения кратковременные

Ночные симптомы не чаще 2 раз в месяц

- ОФВ1 или ПСВ $\geq 80\%$ от должных значений
- Вариабельность ПСВ или ОФВ1 $< 20\%$

Легкая персистирующая

Симптомы чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день

Обострения могут нарушать активность и сон

Ночные симптомы чаще 2 раз в месяц

- ОФВ1 или ПСВ $\geq 80\%$ от должных значений
- Вариабельность ПСВ или ОФВ1 $\leq 30\%$

Персистирующая средней тяжести

Симптомы ежедневно

Обострения могут нарушать активность и сон

Ночные симптомы > 1 раза в неделю

Ежедневный прием ингаляционных β_2 -агонистов короткого действия

- ОФВ1 или ПСВ 60–80% от должных значений
- Вариабельность ПСВ или ОФВ1 $> 30\%$

Тяжелая персистирующая

Симптомы ежедневно

Частые обострения

Частые ночные симптомы БА

Ограничение физической активности

• ОФВ1 или ПСВ $\leq 60\%$ от должных значений

• Вариабельность ПСВ или ОФВ1 $>30\%$

(где ОФВ1 – максимальный объем воздуха выдыхаемого за первую секунду после полного вдоха; ПСВ – пиковая скорость выдоха) [1].

В таблице 1 представлены данные о распределении больных по тяжести заболевания.

Таблица 1

Распределение больных по степени тяжести бронхиальной астмы

Бронхиальная астма (БА)	n
Дебют БА	8
Бронхиальная астма легкой степени тяжести интермиттирующая (БАЛТ(и))	39
Бронхиальная астма легкой степени тяжести персистирующая (БАЛТ(п))	33
Бронхиальная астма средней степени тяжести (БАСТ)	18
Бронхиальная астма тяжелой степени тяжести (БАТТ)	2
ВСЕГО	100

Всем пациенткам проводилось стандартное ведение беременности, согласно приказу № 572. Также все пациентки были обследованы пульмонологом НИИ пульмонологии. Больным с персистирующими формами бронхиальной астмы назначалась терапия ингаляционными глюкокортикостероидными препаратами (ИГКС), кромогликатом натрия, β_2 -агонистами короткого и длительного действия. Контроль полноценности выполнения рекомендаций проводился в течение всего срока беременности. Группу сравнения составили 100 беременных, не страдавших легочными заболеваниями.

Результаты и обсуждение. Угроза прерывания беременности (таблица 2) значительно чаще отмечена в первом триместре по сравнению со вторым и третьим триместром как у больных бронхиальной астмой, так и у пациенток сравнительной группы ($p < 0,05$). В первом триместре она диагностирована у 32% больных бронхиальной астмой, во втором триместре – у 22%, в третьем триместре – у 19%. Различий в частоте встречаемости угрозы прерывания беременности по триместрам между группами больных БА и пациентками сравнительной группы выявлено не было.

Таблица 2

Угроза прерывания беременности у больных бронхиальной астмой и беременных сравнительной группы

	Группа больных БА		Группа сравнения	
	n	%	n	%
1 триместр	32	32,0	28	28,0
2 триместр	22	22,0	18	18,0
3 триместр	19	19,0	17	17,0
		1-2 $p < 0,05$ 1-3 $p < 0,05$		1-2 $p < 0,05$ 1-3 $p < 0,05$

Анализ частоты встречаемости угрозы прерывания беременности у больных БАТТ на разных сроках показал (таблица 3), что у одной пациентки этой группы отмечена угроза прерывания в течение всей беременности. Из-за небольшого числа больных в этой группе достоверных различий с другими группами получено не было. В первом триместре чаще отмечалась угроза прерывания беременности у больных БАСТ по сравнению со всеми остальными группами больных ($p < 0,05$) кроме БАЛТ(п), а также по сравнению с частотой встречаемости этого осложнения у данной группы больных во втором и третьем триместре ($p < 0,05$). Частота встречаемости угрозы прерывания беременности в первом триместре у больных с дебютом БА, БАЛТ(и) и БАЛТ(п) практически не отличалась от таковой в группе сравнения. Во втором триместре угроза прерывания беременности отмечалась реже во всех группах больных, различия с первым триместром были выраженными у больных БАЛТ(п) ($p < 0,05$). Несколько чаще имелись признаки угрозы прерывания беременности у больных с дебютом заболевания (различия не достоверны). В третьем триместре несколько реже по сравнению с первым триместром отмечалась угроза прерывания беременности у больных БАЛТ(и), достоверно реже по сравнению с первым и со вторым триместром у больных БАЛТ(п) – $p < 0,05$. Во всех группах (за исключением БАТТ и группы с дебютом БА) частота встречаемости угрозы прерывания беременности в третьем триместре была близка к таковой в группе сравнения.

Таблица 3

Частота встречаемости угрозы прерывания беременности по триместрам при различной тяжести течения БА

	1 триместр 7		2 триместр 8		3 триместр 9		Достоверность различий
	п	%	п	%	п	%	
Дебют (n=8) 1	2	25,0	2	25,0	1	12,5	
БАЛТ(и) (n=39) 2	11	28,2	9	23,1	9	23,1	
БАЛТ(п) (n=33) 3	11	33,3	7	21,2	5	15,2	7-8 $p < 0,05$ 7-9 $p < 0,05$
БАСТ (n=18) 4	7	38,9	3	16,7	3	16,7	7-8 $p < 0,05$ 7-9 $p < 0,05$
БАТТ (n=2) 5	1	50,0	1	50,0	1	50,0	
Группа сравнения (n=100) 6	28	28,0	18	18,0	17	17,0	7-9 $p < 0,05$
		4-1 $p < 0,05$ 4-2 $p < 0,05$ 4-6 $p < 0,05$					

Было проведено сравнение частоты встречаемости угрозы прерывания беременности в различных триместрах в зависимости от сроков обострения БА (таблица 4). Оказалось, что в группе больных с обострением БА в первом

триместре значительно чаще развивалась угроза прерывания беременности, чем в группе больных с ремиссией заболевания в этом же триместре ($p < 0,05$). У больных данной группы угроза прерывания беременности во втором и третьем триместрах развивалась значительно реже, чем в первом. При обострении заболевания во втором триместре беременности частота угрозы прерывания также была выше, чем у больных с ремиссией заболевания ($p < 0,05$). Угроза прерывания беременности в третьем триместре почти в пять раз чаще отмечена у больных с обострением БА ($p < 0,05$). Обращает на себя внимание тот факт, что у больных с обострением БА в 3 триместре распределение частоты угрозы прерывания беременности в 1 триместре было практически однородным, различий в группах с обострением и ремиссией не было.

Таблица 4

Частота встречаемости угрозы прерывания беременности в зависимости от срока обострения БА

	Угроза прерывания беременности					
	1 триместр		2 триместр		3 триместр	
	n	%	n	%	n	%
Обострение в 1 триместре (14) 1	5	35,7	3	21,4	2	14,3
Ремиссия в 1 триместре (6) 2	1	16,6	1	16,6	1	16,6
Обострение во 2 триместре (35) 3	12	34,3	8	22,9	3	8,6
Ремиссия во 2 триместре (13) 4	5	38,5	2	15,4	3	23,1
Обострение в 3 триместре (11) 5	4	36,4	2	18,2	3	27,3
Ремиссия в 3 триместре (8) 6	3	37,5	2	25,0	1	12,5
		1-2 $p < 0,05$		3-4 $p < 0,05$		5-6 $p < 0,05$

Анализ связи характера лечения больных с БА и частоты развития угрозы прерывания беременности (таблица 5) выявил более высокую частоту встречаемости этого осложнения в группе больных, которым не проводилось лечение в первом триместре ($p < 0,05$), частота угрозы прерывания беременности была ниже у больных, получавших терапию ИГКС, β_2 -агонистами и кромонами ($p < 0,05$). Во втором триместре частота развития угрозы прерывания беременности была существенно выше в группе больных, которым терапия проводилась не ИГКС, в группе пациенток, получавших ИГКС частота развития угрозы прерывания беременности была достоверно ниже ($p < 0,05$), аналогичная картина наблюдалась и в третьем триместре беременности.

Таким образом, сравнительный анализ частоты развития угрозы прерывания беременности показал отсутствие достоверных различий у пациенток с отягощением беременности БА и без такого отягощения. И в основной исследуемой группе и в группе сравнения, угроза прерывания беременности чаще встречалась в первом триместре.

**Частота встречаемости угрозы прерывания беременности
в зависимости от характера лечения**

	1 триместр		2 триместр		3 триместр	
	n	%	n	%	n	%
Не было n=69 1	25	36,2	16	23,2	13	18,8
ИГКС n=22 2	6	27,3	3	13,6	3	13,6
Не ИГКС n=9 3	2	22,2	3	33,3	2	22,2
		1-2 p<0,05 1-3 p<0,05		2-1 p<0,05 2-3 p<0,05		2-3 p<0,05

Однако, проведенное исследование показало, что адекватное лечение БА у пациенток с подобной экстрагенитальной патологией, достоверно снижает частоту развития угрозы прерывания беременности в первом и втором триместрах.

Список литературы

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2002 г. Пер. с англ. – М.: Атмосфера, 2002. – 160 с.
2. Клинико-фармакологические основы современной пульмонологии, Е.Е. Баженова, В.А. Ахмедова, В.А. Остапенко, 2010-с.16-24.
3. Купаев В.И., Косарев В.В., Филиппова Т.Ю. Особенности контроля бронхиальной астмы у женщин в период беременности. – Самара: Литфонд, 2004. – 103 с.
4. Лаврова О.В. Клинико – диагностические и организационные подходы к ведению беременных женщин, страдающих бронхиальной астмой, как основа первичной профилактики аллергических заболеваний их детей: автореф. дисс. ...д-ра мед. наук – СПб, 2009.
5. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных. - К.: Авиценна. – 2004.- 168 с.
6. Прямова Ю.В. Бронхиальная астма и беременность // Пульмонология. – 2002. – №1. – С.109-116.
7. Сорокина Т.С. Особенности течения беременности у женщин с заболеваниями органов дыхания // Рождение здорового ребенка при астме и аллергии: Материалы междунар. симпоз. – СПб., 1998. – С.62.
8. Leung DY, Spahn JD, Szeffler SJ. Immunologic basis and management of steroid-resistant asthma// Allergy Asthma Proc.- 1999. Jan-Feb;20 (1):9-14.
9. Schatz M., Zeiger R.S. Improving asthma outcomes in large populations // J. Allergy Clin. Immunol. – 2011. – Vol. 128, № 2. – P. 273-277.
10. Schatz M. Interrelationships between asthma and pregnancy: a literature review // J. Allergy Clin. Immunol.-1999.-Vol.103.-P.330-336.
11. Schatz M., Dombrowski M.P., Wise R. et al. The relationship of asthma medication use to perinatal outcomes // J. Allergy Clin. Immunol. – 2004. – Vol. 113, №6.-P. 1040-1045.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ТРОМБОГЕМОМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Самигулина Г.Р.

врач анестезиолог-реаниматолог, Городская клиническая больница №36
Департамента здравоохранения города Москвы, Россия, г. Москва

Колесникова И.М.

младший научный сотрудник, ФГБУ «ФНКЦ детской гематологии,
онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Минздрава России,
ассистент кафедры биохимии и молекулярной биологии,
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Россия, г. Москва

В статье представлены результаты исследования анализа структуры тромбоэмболических и геморрагических осложнений у пациентов с острым деструктивным панкреатитом, а также литературные данные о частоте тромбогеморрагических осложнений у пациентов с подобной патологией.

Ключевые слова: острый деструктивный панкреатит, тромбоз, геморрагические осложнения.

Введение. Согласно литературным данным тромбоэмболические и геморрагические осложнения на фоне деструктивного панкреатита сопровождаются высокой летальностью. Сравнения показателей летальности выявили существенные различия (около 30%) в группах больных, имеющих и не имеющих нарушения в системе гемостаза [1].

Согласно литературным данным, частота развития геморрагических осложнений у пациентов, умерших вследствие острого деструктивного панкреатита (ОДП), на стадии шока достигала 29%, а в более поздние сроки – 26%. Более половины геморрагических осложнений у пациентов, умерших от ОДП, были обусловлены профузными кровотечениями из острых язв желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) или аррозированных сосудов забрюшинного пространства. Реже имели место кровоизлияния в серозные и слизистые оболочки; острые язвы желудочно-кишечного тракта с кровотечением в первые 14 суток были отмечены у 13,6% пациентов, далее – у 17,5%, ДВС-синдром был установлен, соответственно, в 12,8% и 10,9% [2]. Очевидно, что наличие некротического процесса в значительной степени ухудшает прогноз течения заболевания. У больных с биллиарным панкреатитом, подвергшихся эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, кровотечение после манипуляции возникает в 2% случаев в течение первых 30 дней и, как правило, не несет критического значения [4]. Существенное значение в прогнозе исхода заболевания имеет корректность ведения пациентов с острой кровопотерей [12].

Тромбоэмболические осложнения встречаются у больных ОДП значительно реже, чем геморрагические. Результаты патоморфологического исследе-

дования у умерших от ОДП показали, что в 6% наблюдений выявлена тромбоэмболия легочной артерии, в 4% – тромбоз селезеночной и/или мезентериальных вен. Инсульт и инфаркт легкого (являющиеся следствием нарушения кровообращения) были зафиксированы в 5,6% случаев в период до 14 суток, далее – в 3,7% случаев. [2,3].

Изложенное подчеркивает необходимость прогнозирования риска развития геморрагических и тромбоэмболических осложнений у пациентов с ОДП [8, 9, 10, 11].

Пациенты. Выполнен анализ данных 80 пациентов с ОДП, госпитализированных в реанимационное отделение ГКБ им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения Москвы с диагнозом острый деструктивный панкреатит.

Результаты. Анализ тромбоэмболических и геморрагических осложнений показал, что у 31,2% (n=25 из 80) больных ОДП выявлены осложнения со стороны системы гемостаза. В структуре осложнений гемостаза у больных ОДП преобладали кровотечения из органов желудочно-кишечного тракта – 83,33% (n=21 из 25). При этом кровотечения сопровождалось развитием ДВС-синдрома в 25% случаев (n=5 из 25), тромбозом – в 10% (n=2 из 25). ДВС-синдром без сочетания с желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК) отмечался у 12,5% (n=3 из 25) пациентов, тромбоэмболические осложнения без ЖКК – у 4,17% (n=1 из 25) (рисунок).

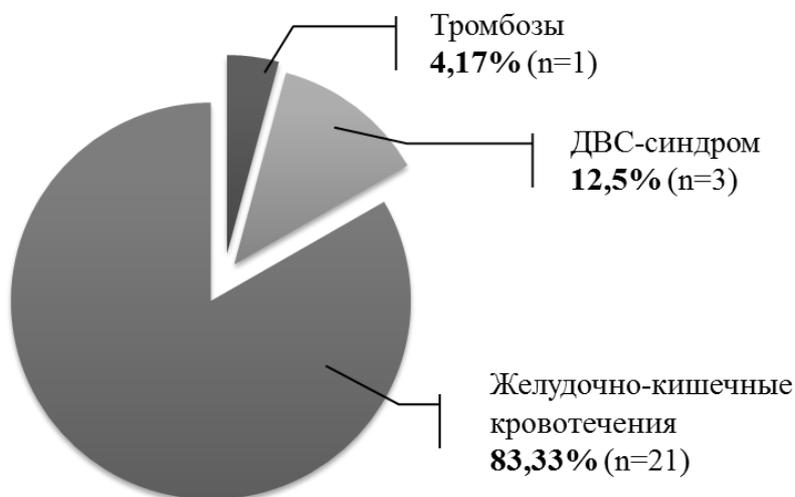


Рис. Структура гемостазиологических осложнений у больных ОДП (N=25)

Выводы. Полученные данные согласуются с литературными источниками и позволяют предположить, что подобная клиническая картина развивается в результате первичной защитной реакции со стороны системы гемостаза, развивающейся с целью секвестрирования патологического процесса в поджелудочной железе, и усиливающей процесс фибринообразования с последующей гиперкоагуляцией. В результате прогрессирования заболевания, по-видимому, истощаются основные факторы свёртывания крови и развивается гипокоагуляция, сопровождающаяся кровоизлияниями и кровотечениями, а также ДВС-синдромом [5].

Необходимо отметить, что, по литературным данным, гастроинтестинальное кровотечение является довольно редким осложнением острого панкреатита и составляет не более 3-5% [6,7]. Наше исследование показало, что наличие деструкции в значительно увеличивает риск развития указанного осложнения.

Список литературы

1. Sharma, Praveen Kumar, Madan, Kaushal, Garg, Pramod Kumar. Hemorrhage in Acute Pancreatitis: Should Gastrointestinal Bleeding Be Considered an Organ Failure? *Pancreas*: March 2008 – Volume 36 – Issue 2 – pp 141-145)
2. Кузнецов Н. А., Родоман Г. В., Шалаева Т. И., Наливайский А. А. Пути улучшения результатов лечения больных панкреонекрозом Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова / *Khirurgiia. Zhurnal imeni N.I. Pirogova* 12, 2014.
3. Куделич О.А., Кондратенко Г.Г., Пучков А.Ф. Характер и особенности осложнений тяжелого острого панкреатита по результатам патоморфологических исследований. *Новости хирургии* Том 22 * № 3 * 2014 стр 296-305;
4. Реактивный панкреатит после эндоскопических манипуляций на большом дуоденальном сосочке М.П. Манцеров, Е.В. Мороз. РЖГТК. Лекции и обзоры. 3, 2007 стр. 14-23.
5. Корымасов Е.А., Джарар Р.М., Горбунов Ю.В., Хайдаров В.В. Ранняя диагностика ДВС-синдрома у больных с тяжелым острым панкреатитом. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. 2011; 4(2): 279-2825.
6. Andersson E. Crosstalk between Inflammation and Coagulation in Acute Pancreatitis. *Experimental and Clinical Studies*. Lund University. Sweden. Doctoral thesis. 2010; 138: 80,
7. Harold R. Roberts, Michael Makris. Successful Management of Gastrointestinal Hemorrhage Associated with Ischemic Colonic Ulceration in Acute Pancreatitis with Video Assisted Retroperitoneal Debridement. *JOP. J Pancreas*. 2011 May 6; 12(3):271-273
8. Стажадзе Л.Л., Плавунов Н.Ф., Спиридонова Е.А., Ермолаев А.А., Гусак А.В., Борисенко Л.Б., Габарашвили Д.Н. Применение клинических алгоритмов оценки вероятности тромбоэмболии легочной артерии на догоспитальном этапе. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2011. № 2. С. 57-62.
9. Спиридонова Е.А., Стажадзе Л.Л., Базарова М.Б., Денисова М.В. Прогнозирование развития тромбоэмболии легочной артерии в ургентной клинической практике. *Тромбоз, гемостаз и реология*. 2013. № 4 (56). С. 8-12.
10. Ермолаев А.А., Плавунов Н.Ф., Спиридонова Е.А., Стажадзе Л.Л., Бараташвили В.Л. Острейший период тромбоэмболии легочной артерии у больных с артериальной гипотонией. *Вестник интенсивной терапии*. 2011. № 2 (6). С. 43-47.
11. Ермолаев А.А., Плавунов Н.Ф., Спиридонова Е.А., Стажадзе Л.Л. Динамика клинических проявлений и ЭКГ-изменений тромбоэмболии легочной артерии у больных без артериальной гипотензии в острейшем периоде. *Общая реаниматология*. 2011. Т. VII. № 4. С. 28-33.
12. Саморуков В.Ю., Мороз В.В., Васильев В.Ю., Бобринская И.Г., Чикина Н.А., Спиридонова Е.А. Использование эритропоэтина у больных с тяжелой сочетанной травмой и острой кровопотерей *Хирург*. 2014. № 6. С. 26-41.

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА НА ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Самигулина Г.Р.

врач анестезиолог-реаниматолог, Городская клиническая больница №36
Департамента здравоохранения города Москвы, Россия, г. Москва

Колесникова И.М.

младший научный сотрудник, ФГБУ «ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Минздрава России, ассистент кафедры биохимии и молекулярной биологии, ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Россия, г. Москва

В статье представлены результаты исследования течения острого деструктивного панкреатита (ОДП) у пациентов с изменениями в системе гемостаза. Выявлено, что нарушения в системе гемостаза у больных ОДП в значительной степени ухудшают прогноз течения заболевания за счет увеличения частоты и распространенности гнойно-септических осложнений, а также развития полиорганной недостаточности.

Ключевые слова: острый деструктивный панкреатит, осложнения, полиорганная недостаточность.

Введение. Прогноз течения острого деструктивного панкреатита (ОДП) определяется характером и степенью выраженности патологических изменений не только в поджелудочной железе, но и развитием осложнений со стороны иных систем органов. Доказано, что летальность при деструктивных процессах в поджелудочной железе, осложненных недостаточностью одной системы органов, составляет 3% (0–8%), двух систем – 30-40%, трех – четырех систем – 90 -97%. Следует особо отметить следующий факт: ряд исследователей сообщает об отсутствии случаев летальных исходов у больных с панкреонекрозом без проявлений органной недостаточности [1, 2]. В большинстве случаев у одного и того же больного отмечалось несколько осложнений. В первой (доинфекционной) фазе заболевания преобладают ферментативно-токсические патологические процессы, клиническими проявлениями которых являются ферментативный асцит-перитонит и парапанкреатический инфильтрат. Вторая (инфекционная) фаза заболевания характеризуется развитием тяжелых септических флегмон брюшинного пространства и разлитого гнойного перитонита. Причиной летального исхода, как правило, являются тяжелые сочетанные гнойные осложнения с развитием сепсиса, полиорганной недостаточности, повторными аррозивными кровотечениями, образованием высоких тонкокишечных свищей [5,6]. Подобные осложнения, в том числе, отражаются на функционировании системы гемостаза, поэтому прогнозирование риска развития тромбогеморрагических осложнений также является одной из важных задач лечения больных с острым деструктивным панкреатитом [10-13].

Материалы и методы. Выполнен анализ данных 80 пациентов с ОДП, госпитализированных в реанимационное отделение ГКБ им. Ф.И. Иноземце-

ва Департамента здравоохранения Москвы с диагнозом острый деструктивный панкреатит. Исследования проведены в двух группах: первая группа – 55 больных без выраженных изменений в системе гемостаза при поступлении (средний возраст $46,78 \pm 20,82$ лет); вторая группа – 25 больных с выявленными при поступлении в стационар нарушениями в системе гемостаза (средний возраст $45,52 \pm 20,29$ лет). Диагноз ОДП установлен на основании клинических данных, а также результатов лабораторных и инструментальных методов исследования. При поступлении в стационар всем больным выполнены исследования показателей системы гемостаза, общий анализ крови, биохимический анализ крови, инструментальные исследования. Диагностика нарушений в системе гемостаза осуществлялась на основании детального анализа указанных показателей и была направлена на выявление клинических данных о наличии гипо- или гиперкоагуляции [8,9]. Статистическая обработка проводилась при помощи точного двустороннего критерия Манна – Уитни – Уилкоксона и точного одностороннего критерия Фишера.

Результаты. В результате сравнительного анализа данных по шкале АРАСНЕ-II было выявлено, что на всех этапах исследования (1-3 сутки, 4-7 сутки) больные ОДП группы с изменениями лабораторных показателей, отражающих функцию системы гемостаза, характеризовались большей тяжестью состояния по сравнению с группой сравнения.

При поступлении в стационар у больных ОДП с изменениями в системе гемостаза АРАСНЕ-II составило $16,8 \pm 6,1$, в группе сравнения – $14,2 \pm 5,6$. При динамическом наблюдении выявлено, что у больных первой группы АРАСНЕ на 4-7 сутки также было выше и составило $19,2 \pm 8,7$, в группе сравнения – $13,3 \pm 7,2$.

В динамике у больных первой группы тяжесть состояния возросла: АРАСНЕ-II увеличилось с $16,8 \pm 6,1$ до $19,2 \pm 8,7$; в группе сравнения выявлено обратное – АРАСНЕ-II снизилось с $14,2 \pm 5,6$ до $13,3 \pm 7,2$, что характеризует улучшение состояния пациентов (таблица).

Таблица

Результаты оценки тяжести состояния больных с деструктивным панкреатитом			
Показатель, сутки		1-3 сутки	4-7 сутки
		АРАСНЕ-II	АРАСНЕ-II
Группа пациентов			
Без осложнений в системе гемостаза (n=55)		$14,2 \pm 5,6$	$13,3 \pm 7,2$
С осложнениями в системе гемостаза (n=25)		$16,8 \pm 6,1$	$19,2 \pm 8,7$
Статистические различия (p)		0,030	0,040

АРАСНЕ II широко используется для оценки тяжести состояния больных острым панкреатитом. Согласно литературным источникам, течение острого панкреатита считается тяжелым, если оценка по АРАСНЕ II (при поступлении) ≥ 8 , наряду с другими прогнозными шкалами [3].

Анализ наших данных показал, что гнойно-септические осложнения системы органов дыхания встречались в 72% (n=18) случаев у больных с изменениями в системе гемостаза и в 43,46% (n=24) в группе сравнения. Можно предположить, что проблемы в системе гемостаза повышают риск развития гнойно-септических осложнений в дыхательной системе. По данным О.А.

Куделич и соавторов [2014], частота развития осложнений со стороны органов дыхания достигает 54,2% (из них пневмонии –71,7%). У умерших пневмония нередко развивалась в ранние сроки. В первые 2 недели от начала заболевания частота пневмонии достигала 41,6%. В позднем периоде пневмония встречалась реже и имела место в 35,8% наблюдениях. В качестве причины этому авторы указывают системное повреждающее воздействие эндогенной интоксикации, что проявлялось в нарастающей дисфункции не только дыхательной системы, но и других жизненно важных органов. Кроме того, искусственная вентиляция легких увеличивала риск легочной инфекции [4].

Наиболее распространенная группа осложнений при панкреонекрозе – гнойно-септические процессы органов брюшной полости. Наши исследования показали, что наличие изменений в системе гемостаза являются фактором, увеличивающим риск развития осложненного течения заболевания. Гнойно-септические осложнения в органах брюшной полости в группе больных с наличием изменений в системе гемостаза были выявлены в 92% случаев (n=23), в группе сравнения – в 83,64% (n=46). Данные литературы во многом подтверждают наши результаты: по данным патоморфологических исследований умерших вследствие ОДП больных установлено, что выраженные проявления парапанкреатита были зарегистрированы в 90,2 % случаев, перитонита – 64,9% случаях [4].

При системном воспалении и поражении органов при панкреонекрозе выявляются те же изменения, что и при иных патофизиологических процессах, в частности, обусловленных сепсисом, высокотравматичными операциями, тяжелыми ожогами или травмой [5,6].

Наши исследования показали, что наличие патологических изменений в системе гемостаза в остром периоде течения заболевания является фактором риска развития сепсиса: в основной группе указанный патологический процесс зафиксирован в 48% случаев (n=12), в группе сравнения – в 7,27% (n=4). Очевидно, что развитие сепсиса, являющегося жизнеугрожающим инфекционным осложнением, ухудшает прогноз исхода деструктивного панкреатита. Причинами развития сепсиса могут быть как пневмония, так и интраабдоминальная и урологическая инфекция [7].

В рамках проведенного исследования выполнено сравнение частоты развития полиорганной недостаточности: в основной группе указанный показатель составил 88% (n=22) случаев, в группе сравнения – (n=16), p=0,004; столь же показательны и результаты сравнения частоты развития церебральной недостаточности: 40% (n=22) и 8% (n=2), p=0,0097.

В основной группе был выявлен значительно больший показатель летальности 72% (n=18), группа сравнения – 29% (n=16), p=0,004.

Выводы. Таким образом, результаты исследований демонстрируют, что нарушения в системе гемостаза у больных ОДП в значительной степени ухудшают прогноз течения заболевания за счет увеличения частоты и распространенности гнойно-септических осложнений, а также развития полиорганной недостаточности.

Список литературы

1. Багненко Ф., Гольцов В.Р., Андреев М.И., Лапшин В.Н., Афончиков В., Палей Д.А., Реутская И.А. Полиорганная недостаточность при остром деструктивном панкреатите (патогенез, клиника, диагностика, профилактика и лечение): пособие для врачей. СПб. 2009; 30.
2. McKay C.J., Buter A. Natural history of organ failure in acute pancreatitis. *Pancreatology*. 2003;3:111-4
3. Ajay K. Khanna, Susanta Meher, Shashi Prakash, et al. Comparison of Ranson, Glasgow, MOSS, SIRS, BISAP, APACHE-II, CTSI Scores, IL-6, CRP, and Procalcitonin in Predicting Severity, Organ Failure, Pancreatic Necrosis, and Mortality in Acute Pancreatitis. *HPB Surgery*, vol. 2013, Article ID 367581, 10 pages, 2013
4. О.А. Куделич, Г.Г. Кондратенко, А.Ф. Пучков. Характер и особенности осложнений тяжелого острого панкреатита по результатам патоморфологических исследований. *Новости хирургии Том 22 * № 3 * 2014 стр. 296-305.*
5. В.Е. Волков, Н.Н. Чеснокова. Острый некротический панкреатит: актуальные вопросы классификации, диагностики и лечения локальных и распространенных гнойно-некротических процессов. *Вестник Чувашского университета*. 2014. № 2:211-217;
6. Анализ летальных исходов больных с деструктивными формами острого панкреатита. Калиев А.А. *Современные проблемы науки и образования*. – 2013. – № 5;
7. Severe Sepsis and Septic Shock. Derek C. Angus, Tom van der Poll. *N Engl J Med* 2013; 369:840-851.
8. Гончарова Е.И., Баландина А.Н., Спиридонова Е.А., Корниенко А.Н., Силаев А.Н. Клинические аспекты нарушений гемостаза при длительном применении непрямых антикоагулянтов. *Медицина критических состояний*. 2014. № 5-6. С. 70-75.
9. Гончарова Е.И., Спиридонова Е., Баландина А.Н., Полетаев А.В., Сепоян А.М., Атауллаханов Ф.И., Румянцев С.А., Самсонова Н.Н., Климович Л.Г., Корниенко Е.А. Диагностика нарушений в системе гемостаза при применении варфарина у больных кардиохирургического профиля. *Общая реаниматология*. 2015. Т. 11. № 4. С. 51-59.
10. Ермолаев А.А., Плавунов Н.Ф., Спиридонова Е.А., Лагутин М.Б., Стажадзе Л.Л., Бараташвили В.Л. Прогнозная модель для диагностики тромбоэмболии легочной артерии на догоспитальном этапе. *Вестник интенсивной терапии*. 2012. № 2. С. 53-63.
11. Ермолаев А.А., Плавунов Н.Ф., Спиридонова Е.А., Стажадзе Л.Л., Бараташвили В.Л. Острейший период тромбоэмболии легочной артерии у больных с артериальной гипотонией. *Вестник интенсивной терапии*. 2011. № 2 (6). С. 43-47.
12. Ермолаев А.А., Плавунов Н.Ф., Спиридонова Е.А., Стажадзе Л.Л. Динамика клинических проявлений и ЭКГ-изменений тромбоэмболии легочной артерии у больных без артериальной гипотензии в острейшем периоде. *Общая реаниматология*. 2011. Т. VII. № 4. С. 28-33.
13. Стажадзе Л.Л., Плавунов Н.Ф., Спиридонова Е.А., Ермолаев А.А., Гусак А.В., Борисенко Л.Б., Габарашвили Д.Н. Применение клинических алгоритмов оценки вероятности тромбоэмболии легочной артерии на догоспитальном этапе. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2011. №2. С. 57-62.
14. Спиридонова Е.А., Стажадзе Л.Л., Базарова М.Б., Денисова М.В. Прогнозирование развития тромбоэмболии легочной артерии в ургентной клинической практике. *Тромбоз, гемостаз и реология*. 2013. № 4 (56). С. 8-12.

ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЙ МЕТОДОМ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ АРГНОПЛАЗМЕННОЙ КОАГУЛЯЦИИ

Стяжкина С.Н.

научный руководитель, доктор медицинских наук, профессор,
Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

Третьяков Е.В.

научный руководитель, врач-эндоскопист,
БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР»,
Россия, г. Ижевск

Хайбуллина Л.Р., Габдрахманова И.Б.

студенты 4 курса педиатрического факультета,
Ижевская государственная медицинская академия, Россия, г. Ижевск

В данной статье рассмотрен метод остановки кровотечений методом эндоскопической аргоноплазменной коагуляции, его эффективность при гастродуоденальных кровотечениях.

Ключевые слова: эндоскопия, аргоноплазменная коагуляция, гастродуоденальные кровотечения.

В настоящее время отмечается высокий темп развития и широкое внедрение в клиническую практику методов малоинвазивной хирургии с применением гибкой эндоскопии. Развитие современной гибкой эндоскопической техники сделало возможным не только проводить непосредственный осмотр всех полых органов брюшной полости, включая тонкую кишку и желчевыводящие протоки, но и выполнять ряд диагностических и лечебных манипуляций, направленных на выявление и коррекцию патологических изменений.

Проблема кровотечений из желудочно-кишечного тракта сохраняет свою актуальность и по сей день. Больные с данной патологией в настоящее время составляют пятую часть от всех поступающих в хирургическое отделение. Эндоскопическое исследование позволяет не только установить источник кровотечения более чем у 95% больных, но и выполнить ряд манипуляций, направленных как на остановку кровотечения, так и на профилактику рецидивов кровотечения [1, 4, 5, 7].

В лечении гастродуоденальных кровотечений сегодня все большее значение получает эндоскопический гемостаз, являясь альтернативой хирургическому и обладая рядом преимуществ по сравнению с последним. Арсенал традиционных методов эндоскопического гемостаза (ЭГ), таких как орошение гемостатическими препаратами, инъекирование, электро-коагуляция, в последнее время дополнился аргоноплазменной коагуляцией, физические характеристики которого обладают рядом уникальных качеств [2, 3, 8, 9].

Эффективная и надежная коагуляция благодаря выраженному эффекту десикации, а отсутствие карбонизации обеспечивает более быстрое заживление раны.

Бесконтактность способа, возможность аппликации в прямом и радиальном направлениях, а также с «поворотом за угол».

Глубина коагуляции контролируема и ограничена (0,1-3 мм).

Отсутствие дыма обеспечивает улучшение обзора.

Мобильность и легкость обслуживания, сравнительно низкий уровень затрат на приобретение и эксплуатацию АПК-оборудования.

Для оценки эффективности данного вида гемостаза, были проанализированы результаты методов гемостаза больных с гастродуоденальными кровотечениями с различной этиологией за 2014-2015 года 1-РКБ г. Ижевск.

Наиболее часто встречаемым был желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром (синдром Меллори-Вейсса) – 20 случаев из 70 (28,5%). Далее по убыванию стали хроническая язва двенадцатиперстной кишки – 17 случаев (24,3%), хроническая язва желудка – 11 случаев (15,7%), острая язва желудка – 11 случаев (15,7%), желудочно-кишечное кровотечение неуточненной этиологии – 6 случаев (8,5%), острая язва двенадцатиперстной кишки – 4 случая (5,7%), другие уточненные болезни пищевода – 1 случай (1,4%).

Язва желудка и 12-перстной кишки явилась более чем в половине случаев причиной массивных желудочно-кишечных кровотечений и обращений в стационар – 8 случаев (53%). По нашим данным, около 1/2 пациентов поступило с тяжелой степенью кровопотери, при этом 3/4 – с эндоскопической картиной нестабильного гемостаза FI – FII (по классификации J.F. Forrest), что явилось показанием к эндоскопическому гемостазу. Соотношение методов гемостаза при желудочно-кишечных кровотечениях в целом распределилось следующим образом: только медикаментозное лечение применялось в 54,2% (38 случаев), АПК использовалась в 45,7% (32 случая). Однократного применения АПК оказалось достаточным в 81,4% (57 случаев). Повторно АПК выполнена в 18,6% (13 случаев) при эндоскопической картине нестабильного гемостаза при ФГДС-контроле. Потребность в столь частом применении АПК возникла в связи с нестабильным гемостазом на фоне тяжелой сопутствующей патологии (заболевания печени, атеросклероза). Рецидив кровотечения после АПК произошел у 3 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (4,3%). Ни один пациент кровотечением из язвы желудка и 12 п.к. за период 2014-2015 года прооперирован не был.

Подводя итог, можно сделать вывод, что эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция (АПК) является высокоэффективным методом гемостаза при желудочно-кишечных кровотечениях. Метод позволяет в подавляющем большинстве случаев добиваться окончательной остановки кровотечения. Применение АПК позволяет избежать или значительно снизить количество вынужденных операций.

Список литературы

1. Алекберзаде А.В., Липницкий М.И. Эндоскопический гемостаз у больных с кровоточащей пептической язвой // Хирургия. – 2007. – № 6. – С. 63–66.
2. Ефанов А.В. Эффективность эндоскопической аргоно-плазменной коагуляции в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тюмень, 2008. – С. 4–8.

3. Машкин А.А., Хойрыш А.А., Ефанов А.В., Федосеева Н.Н. Применение эндоскопической аргонно-плазменной коагуляции в лечении больных с острыми желудочно-кишечными и пищеводными кровотечениями различной этиологии: Пособие для врачей. – Тюмень, 2008. – С. 7–11.
4. Мидленко В.И., Белоногов Н.И., Смолькина А.В. Лечебно-диагностическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Хирургия. – 2009. – № 10. – С. 64–67.
5. Панцырев Ю.М., Михалёв А.И., Фёдоров Е.Д., Кузеев Е.А. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. – 2000. – № 3. – С. 21–27.
6. Рыбачков В.В., Дряженков И.Г. Осложненные гастродуоденальные язвы // Хирургия. – 2008. – № 3. – С. 27–29.
7. Aabakken L. Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding // Endoscopy. – 2008. – Vol. 37, N 3. – P. 195–200.
8. Skok P., Krisman I., Skok M. Argon plasma coagulation versus injection sclerotherapy in peptic ulcer hemorrhage. A prospective controlled study // Hepatogastroenterology. – 2004. – Vol. 51. – P.165–170.
9. Watson J.P., Bennet M.K., Griffi S.M. The tissue effect of argon plasma coagulation on esophageal and gastric mucosae // Gastrointest. Endosc. – 2000. – Vol. 52. – P. 342–345.

ПРОЯВЛЕНИЕ ЭНТРОПИИ СВОБОДНО РАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В МИОКАРДЕ ПРИ КАТЕХОЛАМИНОВОМ КАРДИОНЕКРОЗЕ У НЕАДАПТИРОВАННЫХ К ВЫСОКОГОРЬЮ КРЫС

Убашева Ч.А.

доцент кафедры нормальной и патологической физиологии, к.м.н., доцент,
Кыргызско-Российский Славянский университет, Кыргызстан, г. Бишкек

Статья посвящена проблеме влияния сочетанного действия катехоламинов и высокогорной гипоксии на процессы свободно радикального окисления в миокарде.

Ключевые слова: горы, катехоламины, миокард, перекисное окисление липидов, антиоксидантная система защиты.

Механизмы адаптации к высокогорной гипоксии важную роль тесно сопряжены с активацией симпатoadреналовой и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем (ГГНС) [2]. Особая роль при этом отводится катехоламинам (КА) [4].

Под действием стрессирующих агентов нарушается прооксидантно-антиоксидантный гомеостаз, отмечается повышение концентрации продуктов ПОЛ. В процессе становления адаптированности ПОЛ постепенно снижается, вплоть до исходного уровня, когда можно утверждать о восстановлении нарушенного гомеостаза и адаптированности организма [3].

Целью настоящей работы явилось изучение сочетанного действия катехоламинов и высокогорной гипоксии на процессы свободно радикального окисления в миокарде крыс.

Материалы и методы исследования

Работа выполнена на крысах линии Вистар, массой от 140 до 210 г, которые составили две серии исследований: низкогорную и высокогорную. Каждая серия состояла из основной и контрольной групп.

В основной группе катехоламиновый кардионекроз воспроизводился по В.И. Капелько и М.И. Попович (1990) путем 14 дневного внутрибрюшинного введения норадреналина (НА) в возрастающих дозах по следующей схеме: 3 дня по 1 мг/кг веса, в последующем – 4 дня по 2 мг/кг веса, затем 4 дня – по 3 мг/кг веса и 3 дня – по 4 мг/кг веса. Общая кумулятивная доза за 14 дней введения составила 35 мг/кг массы. Животные контрольной группы оставались интактными.

Взятие миокарда для исследования ПОЛ и ферментов АОЗ проводилось на 14 день у наркотизированных эфиром крыс. Состояние ПОЛ мы оценивали по концентрации диеновых конъюгатов (ДК) и оснований Шиффа (ШО) в тканях сердца. О состоянии АОЗ в миокарде судили по активности ферментов СОД.

Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета компьютерных математических программ Statistica 5.5. MSExcel 2004.

Полученные данные (табл.) послужили основой для вычисления скорости свободно радикальных процессов в миокарде по формуле: $СФП = \frac{Q_1 - Q_2}{T}$, где Q_1 и Q_2 – показатели физиологического процесса, T – интервал времени между Q_1 и Q_2 ; коэффициента полезности свободно радикальных процессов (КПП) по формуле $КПП = \frac{Q_1 - Q_2}{Q_1}$, где Q_1 и Q_2 показатели изучаемой функции в динамике.

Результаты и обсуждение

Понятие гомеостаз означает не только динамическое постоянство физиологических констант, но и процессы адаптации и координации физиологических процессов, обеспечивающих единство структуры и функции в норме, и при изменившихся условиях жизнедеятельности [1].

Поэтому для оценки процессов и итогов адаптации существенное значение приобретает исследование состояния гомеостаза живой системы на разных уровнях ее организации. Применительно к нашей работе речь идет о состоянии гомеостаза свободно радикальных процессов в миокарде при катехоламиновом кардионекрозе на разных горных высотах. Однако, проблема осложняется тем, что способов прямого измерения степени адаптации и состояния гомеостаза свободно радикальных процессов в миокарде в разные сроки эксперимента не существует.

Противоположностью гомеостаза является энтропия, поддающаяся измерению и математической обработке. Если гомеостаз определяет динамическое постоянство внутренней среды, ее упорядоченность, энтропия – это мера нарушения упорядоченности системы. Таким образом, о степени нарушения гомеостаза в отдельной системе организма (в нашем случае СРО) можно судить по величине энтропии в этой системе. Косвенно величина энтропии

вычисляется скоростью изменения параметров системы в единицу времени [5].

Таблица

Показатели ПОЛ и активности ферментов АОЗ в миокарде при катехоламиновом кардионекрозе у неадаптированных к высокогорью крыс (М ± м)

Исследованные группы	n	Диеновые конъюгаты, нмоль/мг (ДК)	Шиффовые основания, усл.ед. (ШО)	Супероксид-дисмутаза, усл.ед. (СОД)	Каталаза, усл.ед.
Контроль, низкогогорье	10	0,26±0,03	2,1±0,1	662±61	27,4±1,3
Низкогогорье 14 суток введения НА	8	0,39±0,04*	2,1±0,1	567±54	20,4±1,3**
Высокогогорье 14 суток введения НА	12	0,92±0,08**	3,9±0,6*	562±52	18,9±2,3**

Так скорость изменения диеновых конъюгатов (СФП₁) в процессе 14-го внутрибрюшинного введения НА (модель катехоламинового кардионекроза) в низкогогорье составила 0,009 нмоль мг/сутки, а в высокогорье (СФП₂) – 0,047 нмоль мг/сутки. Следовательно, СФП₂ в 5,2 раза превышает СФП₁, что свидетельствует о более значительном нарушении гомеостаза диеновых конъюгатов и более выраженной их энтропией в условиях высокогорья, по сравнению с данными полученными в низкогогорье.

Так как, способы и дозы введения НА что в обеих сериях опытов были совершенно идентичными, грубые нарушения гомеостаза с выраженной энтропийной направленностью ДК в условиях высокогорья, следует считать, связаны с действием факторов среды обитания. Кроме того, полученные данные позволяют полагать об отсутствии адаптированности систем ДК к условиям эксперимента.

Показатель энтропии ШО у крыс высокогорной серии превышает данные полученные у крыс низкогогорной серии в 0,13 раза. Это свидетельствует, по крайней мере, о двух вещах: 1) проэнтропийная и антигемостатическая направленность ДК в 40 раз превышает соответствующие показатели ШО; 2) состояние гомеостаза ДК при моделировании катехоламинового кардионекроза нарушается значительно в большей степени, чем ШО. Отсюда априори можно ожидать о более выраженной адаптивной возможности системы ШО, по сравнению с ДК.

Скорость изменения СОД в низкогогорье равна -6,8 усл.ед./сутки, в высокогорье – -7,1 усл.ед./сутки. Следовательно, энтропийная направленность изменений системы увеличивается, а гомеостатическая – снижается в условиях высокогорья, по сравнению с данными в низкогогорье в 0,3 раза. Иначе говоря, высокогорная среда обитания отражается на состоянии гомеостаза СОД более выражено, чем на уровне низкогогорья. Проявление энтропии и нарушения гомеостаза СОД в 14 раз менее выражено, по сравнению с данными ДК и более 2,3 раза – чем ШО.

Скорость изменения каталазы в низкогогорье составила -0,5 усл.ед./сутки, в высокогорье – -0,6 усл.ед./сутки. Отсюда вытекает, что эн-

тропийная направленность изменения каталазы в высокогорье в 1,1 раза выше, чем в низкогорье. Напротив, настолько же ниже состояние гомеостаза.

В целом гомеостатическая устойчивость к перекрестной адаптации к высокогорной гипоксии и катехоламиновой нагрузке более высокая у каталазы и низкая – у ДК.

Коэффициент полезности процессов, происходящих при катехоламиновой нагрузке в низкогорье со стороны ДК равен 0,33; СОД – 0,16; ШО – 0; каталазы – 0,34. В условиях высокогорья величины полезности процесса соответственно равны: 0,7; 0,17; 0,46; 0,44.

Сопоставление результатов исследования проявления энтропии и гомеостаза с данными полезности процессов в той или иной системе при катехоламиновой нагрузке приводят к неравнозначным выводам. Может случиться, что выраженная проэнтропийная и антигомеостатическая направленность физиологического процесса сочетается с более высокой полезностью его и наоборот. В целом внедрение в научный поиск показателей энтропии и коэффициента полезности процесса способствует выявлению глубинных механизмов, происходящих в живых системах.

Список литературы

1. Гомеостаз// Под ред. П.Д. Горизонтова. – М.: Медицина, 1981. – 576 с.
2. Закиров Дж. З. Физиологические механизмы формирования функциональных взаимоотношений эндокринных комплексов в условиях высокогорья: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Бишкек, 1996 – 54 с.
3. Костюченко Л.С. Изменение перекисного окисления липидов и антиоксидантов при стрессовых состояниях в условиях среднегорья: Автореф. дисс....канд. биол. наук. – Бишкек, 1991. – 22 с.
4. Нагнибеда Н.Н. Симпато-адреналовая система в условиях адаптации к высокогорью // Адаптация и резистентность организма в условиях высокогорья. – Киев, 1986. – С. 65-76.
5. Шидаков Ю.Х-М., Жоробаева Н.М. Высокогорная биоэнтропия. Жалалабат, 2007. – 105 с.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В КУЗБАССЕ

Царик Г.Н.

заведующая кафедрой «Общественное здоровье, здравоохранение и медицинская информатика», д.м.н., профессор, ГБОУ ВПО КеМГМА, Россия, г. Кемерово

Корбанова Т.Н.

ведущий специалист, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области, Россия, г. Кемерово

В статье «Медицинская реабилитация пациентов с новообразованиями в Кузбассе» представлена потребность в технологиях восстановительного лечения пациентов с онкологическими заболеваниями, разработана и представлена организационная модель меди-

цинской реабилитации в Кемеровской области. Проведена оценка эффективности внедренных технологий восстановительного лечения для пациентов с онкологией.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, потребность в восстановительных технологиях, новообразования, онкология.

По данным официальной медицинской отчетности, в Российской Федерации на долю неинфекционных заболеваний приходится 84% смертей населения [3, 24]. Наибольший вклад принадлежит болезням системы кровообращения – 56,4%, удельный вес других нозологий существенно ниже и составляет: онкологических заболеваний – 14,2%, болезней органов пищеварения – 4,4%, болезней органов дыхания – 3,6% [2, 11, 18, 23].

Современная ситуация в Российской Федерации характеризуется недостаточной доступностью помощи по медицинской реабилитации больным при наиболее распространенных и одновременно инвалидизирующих заболеваниях нервной, сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, онкологических заболеваниях.

Изучение показателей заболеваемости и инвалидности вследствие злокачественных новообразований у лиц трудоспособного возраста имеет важное значение для разработки тактики и стратегии восстановления этого контингента инвалидов [9].

Всемирной организацией здравоохранения установлены устойчивые корреляционные связи между развитием определенных видов злокачественных новообразований и социально-экономическим статусом заболевших женщин [7, 12, 16, 17]. Для рака шейки матки определена ассоциация с низким, а для тела матки – с высоким социальным уровнем пациенток [1, 10, 19, 25].

Этап медицинской реабилитации включает лечение, направленное на предотвращение развития осложнений и последствий лечения, метастазов и рецидивов, тяжелых исходов [8, 17, 22]. Необходимым компонентом восстановления является психологическая коррекция состояния [1].

Полная медицинская реабилитация предусматривает высокий функциональный исход, полноценный профессиональный и социально-экономический результат [20]. Трудовая деятельность в соответствии с физиологическими возможностями организма рассматривается в онкологии как эффективное средство восстановления радикально леченных больных [1, 8].

В процессе лечения онкологических пациентов на дому возникают сложности с обезболиванием и купированием симптомов при длительно протекающем процессе, особенно в терминальной стадии заболевания [5, 14, 21].

В Федеральном законе Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. паллиативная помощь впервые признана одним из видов медицинских услуг, оказываемых населению (Статья 32 «Медицинская помощь») [4]. В паллиативной помощи нуждаются не только онкологические больные, но и пациенты с прогрессирующими хроническими заболеваниями и состояниями, прогноз в отношении выздоровления и жизни которых неблагоприятен [6, 13, 15].

Определение потребности населения в медицинской реабилитации в Кемеровской области проводилось с использованием дифференцированных

нормативов в расчете на 100 тыс. населения. Удельный вес пациентов с онкологическими заболеваниями (II класс, из них: C00-D48), нуждающихся в медицинской реабилитации, составляет 95%. Общее число пациентов, подлежащих восстановительному лечению с онкопатологией в амбулаторных и стационарных условиях, составило 4090,4 человек на 100 тысяч населения. Определено количество необходимых койко-дней на 100 тыс. населения при новообразованиях для проведения медицинской реабилитации. Всего необходимо 74854,3 койко-дней в стационарных условиях.

У больных, страдающих онкологическими заболеваниями, период восстановительного лечения равен 18,3 дней, оборот больничной койки – 18,9 при среднегодовом ее использовании 345,1 дней.

Онкологическая служба Кемеровской области представлена двумя онкодиспансерами – ГБУЗ КО «Областной клинический онкологический диспансер» г. Кемерово на 370 коек и ГБУЗ КО НКОД г. Новокузнецк на 250 коек; 4 онкологическими отделениями с общим числом коек 806 (2,9 на 10 тыс. населения). В городах и районах области при поликлиниках развернуто 30 онкологических кабинетов. В области работает 89 врачей (0,3 на 10 тыс. населения) онкологов, радиологов и детских онкологов – 70% из них имеют квалификационные категории.

Ежегодно в области регистрируется более 10 тыс. онкологических заболеваний. Из впервые учтенных, 38% составляют люди трудоспособного возраста, имеющие определенный реабилитационный потенциал.

На начало 2012 года в Кемеровской области состоит на учете со злокачественными заболеваниями около 50 тыс. человек, из них 620 – дети до 18 лет. В структуре онкологической заболеваемости преобладают:

- 12,8% – рак легких (1159);
- 11,1% – рак молочной железы (1080);
- 10,7% – колоректальный рак (993);
- 6,8% – рак желудка (617);
- 5,0% – рак предстательной железы (464).

Современное развитие онкологии диктует необходимость проведения активных мероприятий медицинской реабилитации у пациентов со злокачественными заболеваниями, позволяющих снизить удельный вес тяжелой инвалидизации.

На I этапе в профильных онкологических диспансерах г. Кемерово и г. Новокузнецк оказывается специализированная, в том числе высокотехнологическая медицинская помощь онкологическим больным.

В связи с отсутствием профильного коечного фонда в ГБУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» г. Кемерово и ГБУЗ «Новокузнецкий клинический онкологический диспансер» г. Новокузнецк, специализированная помощь больным со злокачественными новообразованиями печени, почек, головного мозга осуществляется в клинических многопрофильных больницах, имеющих лицензию на высокотехнологическую медицинскую помощь.

Специализированная помощь детям со злокачественными новообразованиями оказывается в профильных отделениях ГБУЗ КО «Областной кли-

нический онкологический диспансер» г. Кемерово и МБЛПУ «Городская детская клиническая больница № 4» г. Новокузнецк.

На II этапе восстановительное лечение больным со злокачественными новообразованиями печени, почек, головного мозга будет оказываться в реабилитационных специализированных отделениях по профилю.

Заявленные стационары имеют в своем составе отделения: реанимационные, лучевой (рентгеновские методы исследования) и лабораторной диагностики, располагают необходимыми кадрами.

Детям II этап реабилитации осуществляется в специализированном санатории федерального значения «Русское поле».

На III этапе восстановительное лечение выполняется в отделениях медицинских организаций в амбулаторных условиях, при необходимости с участием мультидисциплинарных выездных бригад на дому.

Для медицинской реабилитации детей широко используются многопрофильные детские санатории юга и севера Кузбасса.

Для детей юга Кузбасса, не имеющих реабилитационного потенциала, открыто паллиативное отделение на 15 коек на базе МБЛПУ «Городская детская больница №28» г. Новокузнецк.

В 2014 году открыты 10 паллиативных коек для детей севера Кузбасса на базе МБУЗ «Больница №15» г. Кемерово.

В 2016 г. в рамках развития II этапа медицинской реабилитации для взрослого населения планируется открытие двух отделений медицинской реабилитации в г. Анжеро-Судженск на базе онкологического отделения МБУЗ Анжеро-Судженского городского округа «Центральная городская больница» (для севера области) на 10 коек и в г. Белово на базе онкологического отделения МБУЗ «Городская больница № 8» на 10 коек для юга области.

Оценка эффективности внедренных технологий медицинской реабилитации в Кемеровской области проводилась с использованием двух трехлетних периодов наблюдения (2009-2011 гг. и 2012-2014 гг.).

Обеспеченность населения специализированными больничными койками онкологического профиля в целях реализации технологий медицинской реабилитации увеличилась с 0 койко-дней на одного жителя в 2009-2011 гг. до 0,0078 (0,0077-0,0079) в 2012-2014 гг. ($p = 0,0001$).

Установлено снижение смертности населения трудоспособного возраста от новообразований со 101,1 (100,6-101,6) до 97,3 (96,8-97,8), ($p = 0,0001$). Во втором периоде наблюдения произошло снижение показателей смертности от новообразований с 226,2 (223,8-228,6) до 225,2 (222,8-227,6) в расчете на 100000 тысяч населения ($p = 0,982$). Исследованием установлено, что во втором периоде наблюдения (2012-2014 гг.) по сравнению с первым периодом (2009-2011 гг.) уменьшилась заболеваемость онкологическими заболеваниями с 43,1 (42,9-43,3) до 39,2 (39,0-39,4) на 1000 населения ($p = 0,021$).

Перечисленные показатели доказывают наличие социальной эффективности инновационных технологий организации восстановительного лечения.

Развитие системной этапной медицинской реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями способствовало повышению качества жиз-

ни населения, обеспечению доступности медицинской помощи, увеличению трудоспособности населения, сокращению общих и специальных показателей инвалидности и смертности от управляемых причин.

Список литературы

1. Азгальдов Г.Г., Костин А.В. Интеллектуальная собственность, инновации и квалиметрия // Эконом. стратегии. 2008. № 2. С. 162–164.
2. Бойцов С.А., Линчак Р.М. Профилактика в системе оказания медицинской помощи. Что сделано и что предстоит сделать? // Арх. внутр. медицины. 2012. № 6. С. 15–19.
3. Бутарева М.М. Основные направления и изменения в ходе реорганизации системы оказания медицинской помощи населению Российской Федерации // Вестн. дерматологии и венерологии. 2012. № 1. С. 13–20.
4. Введенская Е.С., Кобзева Л.Ф. О необходимости реструктуризации медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 2. С. 24–27.
5. Введенская Е.С. Паллиативная помощь – инновационное направление современного здравоохранения // Актуальные проблемы химии, биологии и медицины : в 4-х кн. – Красноярск : Научно-инновационный центр, 2011. Кн. 3. С. 5–26.
6. Введенская Е.С. Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца Н. Новгород.: Изд-во НГМА, 2011. 356 с.
7. Ветитнев А.М., Журавлева Л.Б. Курортное дело: учеб. Пособие. М.: КНОРУС, 2006. 528 с.
8. Галкин Р.А., Гехт И.А., Артемьева Г.Б. Семнадцать мгновений обновления здравоохранения России // Менеджер здравоохранения. 2012. № 3. С. 13–19.
9. Домашенко А.А. Анализ показателей заболеваемости и инвалидности вследствие злокачественных новообразований трудоспособного населения Ростовской области за 2001-2010 гг. // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. 2013. № 1. С. 19–21.
10. Избранные лекции по клинической онкологии / под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. М.: Изд. обществ. фонда «Паллиативная медицина и реабилитация больных». 2000. 736 с.
11. Итоги работы российского здравоохранения в 2012 году и перспективы его дальнейшего развития // Гл. врач. 2013. № 3. С. 3–9.
12. Коржевская Е.В., Кузнецов В.В., Паяниди Ю.Г. Состояние реабилитационной помощи больным злокачественными опухолями вульвы и пути ее улучшения // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. 2011. № 4. С. 7–8.
13. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 542 с.
14. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи / Н. В. Эккерт, Г. А. Новиков, А. К. Хетагурова и т. д. М.: ММА им. И. М. Сеченова, 2008. 58 с.
15. Миллионщикова П.Н., Лопанов С.А., Полишкис В.В. Хосписы. М.: Грантъ, 2003. 280 с.
16. Онкогинекология : рук. для врачей / З. Ш. Гилязутдинова, М. К. Михайлов, Р. Ф. Бахтиозин и др. М.: МЕДпресс-инфо, 2000. 383 с.
17. Определяющее влияние стадии заболевания на прогноз и реабилитацию больных в онкогинекологии / С.Н. Пузин, Е.В. Коржевская, Ю.Г. Паяниди и др. // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. 2013. № 1. С. 3–8.
18. Основные направления развития российского здравоохранения // Гл. врач. 2013. № 4. С. 3–21.
19. Самодова И.Л., Лучкевич В.С., Витрищак А.А. Качество жизни, здоровье и организационные формы социальной и медицинской реабилитации детей, оставшихся без попечения родителей. СПб., 2010. 132 с. (186)

20. Скляренко Р.Т. Временная и стойкая утрата трудоспособности у хирургических больных : рук. для врачей / под ред. Р. Т. Скляренко, В. С. Павлова. СПб. : Гиппократ, 1998. 302 с.

21. Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Российской Федерации / В. В. Самойленко, Г. А. Новиков, Б. М. Прохоров и др. // Медицина и качество жизни. 2010. № 3. С. 8–14.

22. Старовойтова И.М. Медицинская экспертиза: экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная, военно-врачебная / И.М. Старовойтова, К.А. Саркисов, Н.П. Потехин. М.: ГЭОТАР-МедИА, 2010. 688 с.

23. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 г. / под ред. М. И. Давыдова, Е. М. Аксель // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. 2011. Т. 22, № 3. Прил. 1. С. 4–170.

24. Федеральная служба государственной статистики URL: www.gks.ru. (дата обращения: 09.12.2015).

25. The gynecologic oncology group experience in ovarian cancer. / G. L. Rustin, A. E. Nelstrop, S. M. Bentzen et al. // Ann. Oncol. – 1999. – Vol. 10. – P. 1–7.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И ИНТЕРЕСА ДЕТЕЙ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОЙ К ШКОЛЕ ГРУППЫ К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ДОШКОЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Власова Е.Е., Прокопьева Э.К.

студентки, Кемеровский государственный университет, Россия, г. Кемерово

В данной статье освещаются вопросы, связанные с эмоциональным состоянием детей дошкольного возраста, представлен анализ теста Люшера, проведенного до и после занятия по физической культуре у детей подготовительной группы, а также результаты их анкетирования.

Ключевые слова: дети дошкольного возраста, эмоциональное состояние, занятие по физической культуре.

Эмоции – (от лат. *emovere* – возбуждать, волновать) – состояния, связанные с оценкой значимости для индивида действующих на него факторов и выражающиеся прежде всего в форме непосредственных переживаний удовлетворения или неудовлетворения его актуальных потребностей [1].

Проблема эмоционально-волевой сферы ребёнка с дефицитом, прежде всего, положительных эмоций и волевого усилия многими исследователями, одним из них является Е.П. Ильин [3]. В настоящее время проблема эмоциональной неустойчивости детей дошкольного возраста приобретает особую актуальность, т.к. число детей с этой проблемой с каждым годом увеличивается.

Эмоции выступают в качестве регулятора всех видов деятельности и поведения человека. У ребенка дошкольного возраста все эмоциональные проявления происходят неосознанно и спонтанно. Он очень эмоционально реагирует на происходящее, но его эмоции неустойчивы.

Эмоции выступают как внутренний язык, как система сигналов, посредством которых субъект узнает о потребностной значимости происходящего. Особенность эмоций состоит в том, что они непосредственно отражают отношения между мотивами и реализацией отвечающей этим мотивам деятельности. Эмоции в деятельности человека также выполняют функцию оценки ее хода и результатов. Они организуют деятельность, стимулируют и направляя ее [2, с. 368].

Эмоциональное состояние детей напрямую от внешних факторов. Одним из таких является окружающая обстановка. Нами было проведено исследование, целью которого стало оценивание эмоционального состояния детей до и после занятия по физической культуре по данным теста Люшера [3]. Данный тест был проведен с 23-мя детьми подготовительной группы. Из них 8 девочек и 15 мальчиков. У мальчиков средний возраст 6 лет 3 месяца. У девочек – 6 лет 6 месяцев.

Анализируя все результаты, мы увидели, что до занятия у детей показатель тревоги, а также настороженности был выше среднего:

- 6 из 8 девочек на первое место поставили фиолетовый цвет, что означает стрессовое состояние, неудовлетворённость;
- также все девочки поставили красный цвет на лидирующую позицию (первые 4 места) – означает, что у них преобладают агрессивность и чрезмерное возбуждение. На диаграмме 1 представленной ниже можно увидеть результаты девочек.

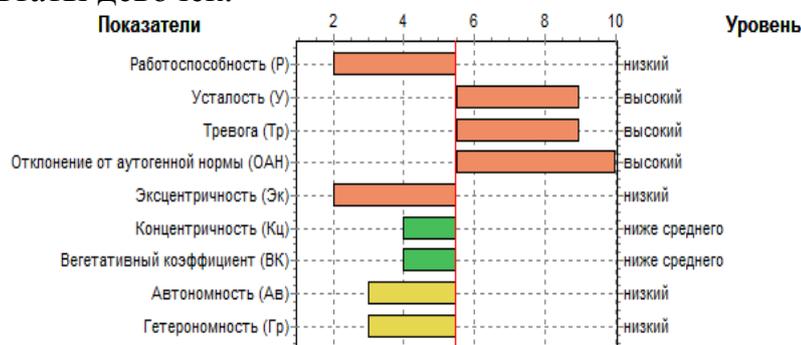


Рис. 1. Результаты теста Люшера девочек до занятия по физической культуре

Среди мальчиков абсолютно все выбрали сначала такие цвета как: чёрный, коричневый и серый, что даёт сделать вывод об их негативном эмоциональном состоянии (тревожность, страх, стресс, беспокойство, чувство напряжения). На рисунке 2 показаны результаты мальчиков до занятия по физической культуре.

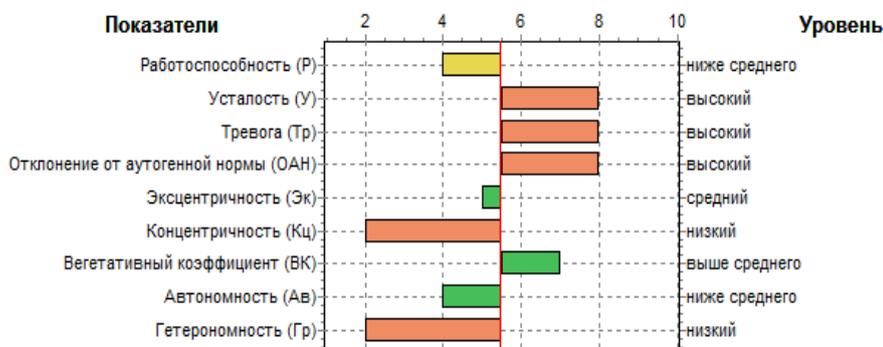


Рис. 2. Результаты теста Люшера девочек после занятия по физической культуре

После занятия по физической культуре, мы предложили детям пройти этот тест снова, чтобы посмотреть, как изменился их эмоциональный фон. Результаты оказались следующие:

- 5 из 8 девочек на первое место после занятия поставили жёлтый цвет, что даёт понять об активности, оптимизме и увлечённости детей;
- остальные 3 девочки поставили на 1 место зелёный цвет, который означает об уверенности детей, об их сдержанности в эмоциональном плане;
- все 15 мальчиков выбрали синий цвет, как главенствующий, из этого следует, что их эмоциональное состояние стало сдержаннее, дети стали спокойнее. На рисунке 3 представлены результаты девочек после занятия.

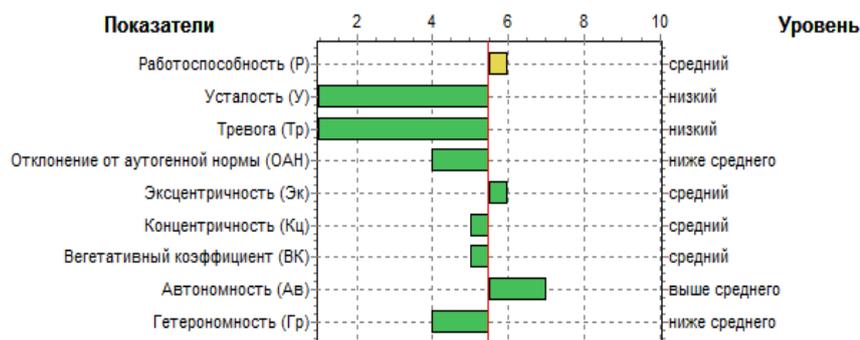


Рис. 3 Результаты теста Люшера мальчиков до занятия по физической культуре

Результаты мальчиков оказались следующими: 9 из 15 мальчиков также выбрали жёлтый цвет, который, как говорилось ранее, означает, что дети стали оптимистичнее, и они чувствуют себя комфортно в данный момент.

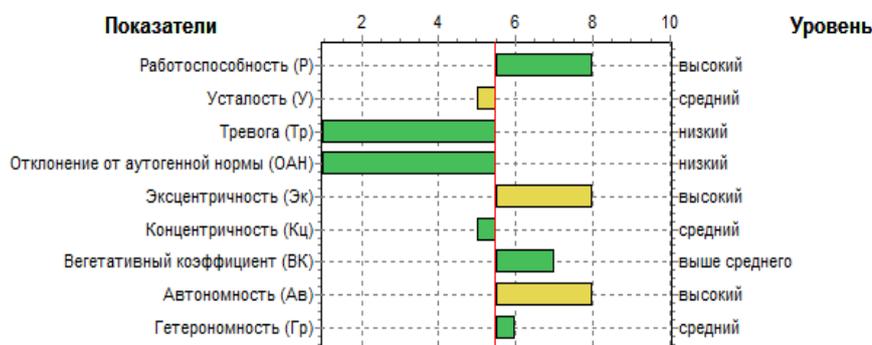


Рис. 4. Результаты теста Люшера мальчиков после занятия по физической культуре

Проанализировав все результаты после занятия, можно сделать вывод, что:

- дети стали спокойнее, чем до занятия, показатель их тревожности снизился, страха не наблюдается, также настроение значительно улучшилось;
- занятие по физической культуре принесло детям положительные эмоции, что говорит об улучшении эмоционального фона детей по сравнению с начальным результатом.

Далее в своем исследовании мы провели анкетирование этих детей, целью стало выявление их интереса к занятиям физической культуры в детском саду.

На самый первый вопрос: «Нравится ли тебе физкультура?» 18 детей ответили «да», 5 – «нет». На следующий вопрос: «Что больше всего нравится на занятии по физической культуре?» с выбором ответа, 19 детей выбрали вариант «бегать с друзьями», и только 6 детей ответили, что им нравится выполнять упражнения и оздоравливаться. На вопрос «Проводят ли у вас игры на занятии?» все дети ответили «да». Далее мы спросили у них названия тех игр, в которые они играют. Дети назвали максимум три игры («вышибала», «ловишки», «ловкие ноги»), хотя педагог-воспитатель по физической культуре назвал нам более 15 игр, которые дети должны знать, потому что они систематически проводятся на занятиях.

Также мы узнали у детей, остались бы они в группе или пошли на занятие, если бы была возможность, и почему. 19 детей сказали, что пошли бы на физкультуру, потому что там весело, можно побегать и там есть музыка. Два человека не смогли вообще ответить вопрос и еще 2 ребёнка сказали, что хотят пойти, потому, что так укрепится их здоровье.

Сопоставив результаты обоих исследований, можно сделать следующие выводы:

1) Дошкольникам подготовительной группы нравятся занятия физкультуры, в основном, потому что там они веселятся, бегают, играют.

2) Дети не знают многих названий игр, в которые они играют на физкультуре, хотя знают правила.

3) Эмоциональный фон детей улучшается после занятий по физической культуре.

4) Дети «выбрасывают» агрессию на занятиях, благодаря чему, после они становятся более спокойными и уравновешенными.

Нам думается, что занятия физическими упражнениями в режиме дня в дошкольном учреждении благоприятно воздействуют не только на физическую подготовленность детей, но и на их эмоциональный фон.

Список литературы

1. Базыма Б.А. Цвет и психика. Монография. ХГАК. – Харьков, 2001. – 172 с. Режим доступа: <http://www.docme.ru/doc/280682/bazyma-b.-a.-cvet-i-psihika>
2. «Глоссарий психологических терминов / Под. ред. Н. Губина., М.: Наука, 1999, 313 с.
3. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. СПб., 2001
4. Немов Р. С. Психология. Учеб. для студентов высш. пед. учеб. заведений. В 3 кн. Кн. 2. Психология образования. – 2-е изд. – М.: Просвещение: ВЛАДОС, 1995.- 496 с.

ВЛИЯНИЕ РАЗМИНКИ НА СОРЕВНОВАТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Габибов А.Б.

зав. кафедрой физвоспитания, кандидат с.-х. наук, доцент, ФГБОУ ВО Донской государственной аграрный университет, Россия, п. Персиановский

Майборodin С.В.

старший преподаватель кафедры физвоспитания, ФГБОУ ВО Донской государственной аграрный университет, Россия, п. Персиановский

Колесников И.А.

преподаватель кафедры физвоспитания, ФГБОУ ВО Донской государственной аграрный университет, Россия, п. Персиановский

Рассмотренная ниже тема является достаточно актуальной. Даже многие спортсмены с самого начала их спортивной подготовки пренебрегают включением в тренировку разминки, уже не говоря о поддерживающей или оздоровительной физической культуре. Отсутствие разминочной части занятия говорит, прежде всего, о низкой

культуре их организации, что сказывается на общем самочувствии и желании заниматься спортом.

Ключевые слова: физическая культура, спорт, разминка, работоспособность, соревнования, упражнение.

Физиологической предпосылкой, способствующей совершенствованию мышечной деятельности во время занятий физическими упражнениями, должна быть определенная степень возбудимости ЦНС, соматической и вегетативной. Это состояние организма может быть достигнуто в первую очередь подготовительными, разминочными упражнениями.

Физиологический эффект разминки объясняется тем, что вегетативные органы и системы человека обладают определенной инертностью и не сразу начинают действовать на том функциональном уровне, который требуется для качественного обеспечения двигательной деятельности.

Сущность разминки заключается в повышении подвижности и возбудимости нервных процессов. Предварительная мышечная работа способствует ускорению физико-химических процессов обмена веществ в скелетной мускулатуре. Это в свою очередь отражается на повышении внутренней температуры, облегчающей химические реакции.

В процессе разминки работоспособность повышается постепенно, примерно до уровня, необходимого в период основной работы. Другими словами, разминка решает задачу усиления деятельности организма и его отдельных систем для обеспечения вывода на необходимый уровень работоспособности. Она вызывает новую установку в работе внутренних органов, усиливает деятельность дыхательной системы, выражающуюся в изменении частоты и глубины дыхания, что ведет к увеличению легочной вентиляции и газообмена, повышает деятельность системы кровообращения, усиливает обмен веществ всего организма. Все эти изменения готовят плавный переход организма от состояния покоя к готовности перенести определенную физическую нагрузку.

Кроме того, грамотно проведенная разминка дает еще два положительных результата. Во-первых, снижается риск травматизма во время выполнения основной физической нагрузки. Разминка сопровождается повышением температуры кожи и тела, а при повышении температуры тела уменьшается вязкость мышц, т.е. их внутреннее трение, что и является положительным фактором для предотвращения травм. Помимо этого, во время разминки достигается оптимальный уровень возбудимости тех центральных и периферических систем и звеньев двигательного аппарата, которые необходимы для выполнения предстоящего упражнения.

Во-вторых, разминка является регулятором предстартового психологического состояния спортсменов, способствующего предотвращению чрезмерного возбуждения или, наоборот, апатии. Психологическая проблематика особенно ценна при изучении и разработке разминки в тех видах спорта, где состояние психических функций играет ведущую роль для достижения высоких результатов. Стихийно, научно

необоснованно складывающиеся варианты разминки сейчас уже не могут удовлетворять требованиям подготовки спортсменов высокого класса.

Приведенные выше аргументы не вызывают сомнения в необходимости разминки для любого уровня физической нагрузки занимающихся: от оздоровительных физических упражнений до спорта высших достижений.

Возникает логичный вопрос: как правильно построить предстартовую разминку или вводную часть тренировочного занятия? Большинство исследований по вопросам разминки и практический опыт тренеров говорят о том, что разминка должна состоять из двух взаимосвязанных частей – общей и специальной.

Задача первой части разминки – поднятие функциональных возможностей организма в целом на новый уровень работоспособности. При этом происходит своего рода «разогревание» организма. Поэтому она может быть почти схожей во всех видах спорта и состоять из ходьбы, медленного бега, комплекса общеразвивающих упражнений и т. п.

Специальная же часть должна быть тесно связана со специализацией спортсмена. Ее задача сводится к установлению наиболее оптимальных взаимоотношений между структурой предстоящего движения и деятельностью ЦНС. Здесь происходит основная «настройка» организма на предстоящую работу. Упражнения, используемые в специальной части разминки, по своему содержанию должны быть максимально приближены к основным тренировочным или соревновательным.

При подготовке к соревнованиям возбудимость нервной системы должна влиять на содержание разминки спортсменов. Например, в лыжных гонках при повышенной возбудимости следует больше применять упражнений умеренной интенсивности, произвольное катание, дыхательные упражнения. При угнетенном состоянии – увеличить интенсивность, количество отрезков, пробегаемых с ускорением, включить в разминку упражнения, повышающие силовую нагрузку для рук и ног, а также упражнения, выполняемые в быстром темпе.

В основной части разминки циклических видов спорта обязательным является прохождение отрезков (участков дистанции) с соревновательной скоростью. Период вработывания двигательной системы относительно короткий. Вработывание вегетативной системы протекает значительно медленнее. Состояние "начального усилия" более выражено при непривычной или трудной работе, а по мере тренировки в данной мышечной деятельности оно ослабевает. Следовательно, можно выделить две фазы вработывания – это состояние "начального усилия" и завершение развертывания вегетативных функций до необходимого уровня.

В разминке следует нагружать не только те мышцы, которым предстоит основная работа, но и другие, так как при этом хронаксия не участвовавших в работе мышц снижается, что косвенно свидетельствует о повышении лабильности, следовательно, и общей работоспособности.

В вопросах длительности и интенсивности разминки многие специалисты спорта сходятся на том, что они зависят от продолжительности и характера предстоящего занятия, спортивной подготовленности и индивидуальных особенностей. Хотя исследования В.И. Дресвянкина в лыжном спорте привели к другому выводу. Руководствуясь анализом спортивной классификации по лыжным гонкам, результатами прохождения отдельных участков соревновательных дистанций разной длины и уровня, а также физиологическим (постепенность нарастания нагрузки) и педагогическим (тактика прохождения соревновательных дистанций) принципами, автор пришел к заключению, что разминка перед короткими и длинными соревновательными дистанциями должна быть по структуре и содержанию одинаковой.

Общая продолжительность разминки может варьировать в пределах от 10 до 30 минут.

После завершения разминки обязателен перерыв на отдых и подготовку к старту или основной части занятия. Но он должен быть очень коротким, буквально 3-5 минут, хотя отдельные специалисты спорта допускают перерыв до 10 минут. Данный интервал дает возможность спортсмену выполнять последующую работу, в основном, в аэробных условиях и создает оптимальные температурные условия в организме, при которых не происходит накопления молочной кислоты в крови и снижения максимального потребления кислорода.

Большой интервал отдыха между разминкой и стартом значительно ослабит и может свести на нет благотворное влияние разминки.

Рассмотренная выше тема является достаточно актуальной. Даже многие спортсмены с самого начала их спортивной подготовки пренебрегают включением в тренировку разминки, уже не говоря о поддерживающей или оздоровительной физической культуре. Отсутствие разминочной части занятия говорит, прежде всего, о низкой культуре их организации, что сказывается на общем самочувствии и желании заниматься спортом.

Список литературы

1. Организация физического воспитания студентов в ДонГАУ / Габибов А.Б., Семенченко В.В. Вестник Донского государственного аграрного университета. 2015. № 1-3 (15). С. 24-30.
2. Пропаганда здорового образа жизни – важная педагогическая задача / Кадыкова Н.К., Габибов А.Б., Майбородин С.В. В сборнике: Современные технологии сельскохозяйственного производства и приоритетные направления развития аграрной науки. Материалы международной научно-практической конференции: в 4-х томах. 2014. С. 13-16.
3. Гармоничное сочетание здорового тела и здорового духа / Габибов А.Б., Поломошнов А.Ф. Материалы Всероссийской научно – практической конференции: актуальные проблемы и перспективы развития физической культуры и спорта в высших учебных заведениях минсельхоза России. Уфа 2015. С. 5-11.
4. Об оценке физической подготовленности студентов с различным уровнем физического развития / Чернов И.В., Габибов А.Б. Материалы Всероссийской научно-

практической конференции: актуальные проблемы и перспективы развития физической культуры и спорта в высших учебных заведениях минсельхоза россии. Уфа 2015. С. 23-26.

5. Философские проблемы развития физической культуры и спорта в России / Габибов А.Б., Поломошнов А.Ф. Материалы Всероссийской научно-практической конференции: актуальные проблемы и перспективы развития физической культуры и спорта в высших учебных заведениях минсельхоза россии. Уфа 2015. С. 188-194.

6. Программы здоровья как средство здоровьесбережения / Габибов А.Б., Майбородин С.В., Молоканов А.А., Колесников И.А. В сборнике: современные тенденции развития науки и технологий №7 часть V. Белгород 2015. С 188-121.

7. Проблемы профилактики травм и заболеваний у спортсменов \ Габибов А.Б., Майбородин С.В., Молоканов А.А., Колесников И.А. В сборнике: современные тенденции развития науки и технологий №7 часть V. Белгород 2015. С 121-124.

8. Совершенствования технико-тактической подготовленности футболистов в микроциклах соревновательного периода / Майбородин С.В., Габибов А.Б., Молоканов А.А. В сборнике: современные тенденции развития науки и технологий №7 часть V. Белгород 2015. С 130-133

9. Студенческий спорт и проблемы подготовки спортсменов \Молоканов А.А., Габибов А.Б., Майбородин С.В., Кадыкова Н.К. В сборнике: современные тенденции развития науки и технологий №7 часть V. Белгород 2015. С 137-140.

10. Нравственное воспитание молодежи в сфере физической культуры и спорта / Габибов А.Б., Майбородин С.В., Кадыкова Н.К. В сборнике: современные тенденции развития науки и технологий №7 часть IV. Белгород 2015. С 116-118.

11. Социальнопсихологические и финансовые проблемы студенческого спорта и пути их решения / Габибов А.Б., Веровский А.А., Колесников И.А. В сборнике: современные тенденции развития науки и технологий №7 часть IV. Белгород 2015. С 118-122.

ВОСПИТАНИЕ В СТУДЕНЧЕСКОМ СПОРТИВНОМ КОЛЛЕКТИВЕ ЛИЧНОСТИ

Габибов А.Б.

зав. кафедрой физвоспитания, кандидат с.-х. наук, доцент, ФГБОУ ВО
Донской государственной аграрный университет, Россия, п. Персиановский

Значимость занятий в спортивной секции для студентов обусловлена прежде всего тем, что, выбирая секцию в соответствии со своими потребностями и интересами, студент связывает с ней свои ценностные ориентации.

Ключевые слова: студент, физическая культура, спортивная секция, спортсмен.

В настоящее время в отечественной психологии имеется несколько достаточно развитых концепций личности, основанных на системном подходе. В своей практической работе авторы опираются на концепцию личности и модель ее развития, предложенные А. В. Петровским, согласно которой «реальное, а не желаемое развитие личности обуславливается, как можно думать, не одной ведущей деятельностью, а, по меньшей мере, комплексом актуальных форм деятельности и общения, интегрированных типом активных взаимоотношений разливающейся личности и ее социального окружения».

Проведенный нами опрос среди членов волейбольной секции Дон ГАУ и футбольной секции Дон ГАУ и студентов, посещающих академические занятия по физвоспитанию, показал, что во время учебы в университете как минимум около 60% студентов общаются в учебной группе, спортивной секции, семье, компании для отдыха и развлечений. Причем тренировки в спортивных секциях студенты по значимости для себя ставят очень высоко: на 2 – 3-е место.

Такая значимость занятий в спортивной секции для студентов обусловлена, прежде всего, тем, что, выбирая секцию в соответствии со своими потребностями и интересами, студент связывает с ней свои ценностные ориентации. Кроме того, для большинства студентов-спортсменов, продолжение спортивной деятельности, начатой еще до поступления в университет, позволяет сгладить различия при переходе из школьной среды в студенческую и облегчить тем самым их адаптацию как в спортивной секции, так и в учебной группе. Этот фактор необходимо учитывать тренерам-преподавателям в своей практической работе. Недооценка его проявилась, в частности, в том, что даже преподаватели кафедры физвоспитания поставили этот вид деятельности студентов на 7-е место. Может быть, с точки зрения узкопрофессиональной подготовки студента это и справедливо, но для его социальной подготовки, для формирования личности студента как гражданина вряд ли оправдано. При таком подходе упускаются большие возможности воздействия на личность студента в процессе активных занятий спортом.

В спортивной секции вуза студент-спортсмен с точки зрения развития личности проходит через фазы: адаптации, индивидуализации и интеграции. Задача тренера-преподавателя заключается в активном воздействии на личность студента-спортсмена, обеспечивающего ее социальное развитие. Перед вступающими в волейбольную секцию Донской ГАУ У и в футбольную секцию Донской ГАУ студентами-спортсменами мы ставим ряд задач, способствующих, на наш взгляд, формированию их личности: учиться в университете на «хорошо» и «отлично»; систематически посещать учебно-тренировочные занятия и дополнительно тренироваться самостоятельно; выступать во всех соревнованиях в составе команды университета; активно участвовать во всех спортивно-массовых мероприятиях, проводимых в группах, на факультетах и в университете; систематически и своевременно выполнять контрольные нормативы, проходить медицинский осмотр; пропагандировать любимый вид спорта на своем факультете и в университете. В практике своей работе поощряем и ставим в пример полезные для коллектива индивидуальные проявления личности студентов-спортсменов, обсуждаем и осуждаем негативные личностные качества. Одним из критериев, определяющих степень интеграции членов общности, является коэффициент сплоченности, определяемый для различных видов деятельности. Проведенный нами опрос дал следующие результаты:

Таблица

Параметр	Вид деятельности				Интегральное значение
	Быт	Работа	Отдых	Стрессовые ситуации	
Общее число выборов	112	115	95	64	165
Число взаимных выборов	62	46	52	22	75
Коэффициент-сплоченности	0,55	0,4	0,55	0,36	0,455

Анализ показал, что именно интегральное значение наиболее точно отражает реальную сплоченность в секции; чем оно выше и чем меньше разброс его значений для различных видов деятельности, тем ближе секция по уровню развития к спортивному коллективу, признаваемому в социологии высшим уровнем развития группы.

Достаточно информативным показателем интегрированности личности в общность, по нашему мнению, может служить среда, из которой выбирают друзей. На вопрос: «Из какой среды Ваши самые лучшие и надежные друзья?» – члены волейбольной секции Донской ГАУ дали следующие ответы: из школьного класса – 30%; из волейбольной секции Донской ГАУ – по месту проживания: дом, двор, общежитие – 23%; из учебной группы в институте – 13; из других коллективов – 7%.

Хотя по продолжительности время общения в студенческой спортивной секции намного меньше, чем в других средах, по значимости общение в спортивной секции соизмеримо с общением, с друзьями из школьного класса и по месту жительства и существенно превосходит общение в институтской учебной группе и других коллективах. Это обусловлено прежде всего тем, что спортивная секция в отличие от учебной группы, компании для отдыха, компании по месту жительства и т. п. к моменту прихода в нее студента уже достигла под руководством тренера-преподавателя определенного уровня развития как спортивный коллектив и может в связи с этим оказывать более глубокое и полное влияние на процесс становления его личности. Количество новичков в продолжительно существующих студенческих" спортивных секциях, как правило, меньше, чем ветеранов, определяющих в них социально-психологический климат. Благодаря этому сохраняются и передаются от поколения к поколению традиции коллектива, оказывающие благоприятное воздействие на новичков. Кроме того, в спортивной секции, общение студентов-спортсменов между собой и с тренером-преподавателем происходит непрерывно на протяжении нескольких лет и в чрезвычайно широком диапазоне: от душевной беседы во время отдыха до реплики в момент максимального напряжения всех физических и духовных сил, в период ответственных соревнований.

Занятия в спортивной секции позволяют студенту значительно расширить круг своего общения со студентами-спортсменами других курсов и факультетов, других спортивных команд и коллективов. Все это говорит о

больших потенциальных возможностях студенческих спортивных секций в формировании личности будущих специалистов. Перед тренерами-преподавателями вузов стоит задача максимально реализовать эти возможности в своей практической деятельности.

Список литературы

1. Организация физического воспитания студентов в ДонГАУ / Габибов А.Б., Семенченко В.В. Вестник Донского государственного аграрного университета. 2015. № 1-3 (15). С. 24-30.
2. Пропаганда здорового образа жизни – важная педагогическая задача / Кадыкова Н.К., Габибов А.Б., Майбородин С.В. В сборнике: Современные технологии сельскохозяйственного производства и приоритетные направления развития аграрной науки. Материалы международной научно-практической конференции: в 4-х томах. 2014. С. 13-16.
3. Гармоничное сочетание здорового тела и здорового духа / Габибов А.Б., Поломошнов А.Ф. Материалы Всероссийской научно – практической конференции: актуальные проблемы и перспективы развития физической культуры и спорта в высших учебных заведениях минсельхоза россии. Уфа 2015. С. 5-11.
4. Об оценке физической подготовленности студентов с различным уровнем физического развития \Чернов И.В., Габибов А.Б. Материалы Всероссийской научно-практической конференции: актуальные проблемы и перспективы развития физической культуры и спорта в высших учебных заведениях минсельхоза россии. Уфа 2015. С. 23-26.
5. Философские проблемы развития физической культуры и спорта в России / Габибов А.Б., Поломошнов А.Ф. Материалы Всероссийской научно-практической конференции: актуальные проблемы и перспективы развития физической культуры и спорта в высших учебных заведениях минсельхоза россии. Уфа 2015. С. 188-194.
6. Программы здоровья как средство здоровьесбережения / Габибов А.Б., Майбородин С.В., Молоканов А.А., Колесников И.А. В сборнике: современные тенденции развития науки и технологий №7 часть V. Белгород 2015. С 188-121.
7. Проблемы профилактики травм и заболеваний у спортсменов / Габибов А.Б., Майбородин С.В., Молоканов А.А., Колесников И.А. В сборнике: современные тенденции развития науки и технологий №7 часть V. Белгород 2015. С 121-124.
8. Совершенствования технико-тактической подготовленности футболистов в микроциклах соревновательного периода \Майбородин С.В., Габибов А.Б., Молоканов А.А. В сборнике: современные тенденции развития науки и технологий №7 часть V. Белгород 2015. С 130-133.
9. Студенческий спорт и проблемы подготовки спортсменов / Молоканов А.А., Габибов А.Б., Майбородин С.В., Кадыкова Н.К. В сборнике: современные тенденции развития науки и технологий №7 часть V. Белгород 2015. С 137-140.
10. Нравственное воспитание молодежи в сфере физической культуры и спорта / Габибов А.Б., Майбородин С.В., Кадыкова Н.К. В сборнике: современные тенденции развития науки и технологий №7 часть IV. Белгород 2015. С 116-118.
11. Социально-психологические и финансовые проблемы студенческого спорта и пути их решения / Габибов А.Б., Веровский А.А., Колесников И.А. В сборнике: современные тенденции развития науки и технологий №7 часть IV. Белгород 2015. С 118-122.

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ БУДУЩИХ УЧИТЕЛЕЙ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ

Гагиева З.А.

доцент каф. спорт. игр и медико-биологич. дисц., канд. биол. наук, доцент,
Северо-Осетинский государственный университет, Россия, г. Владикавказ

Шевченко О.В.

студентка факультета физической культуры и спорта,
Северо-Осетинский государственный университет, Россия, г. Владикавказ

В статье рассматриваются особенности подготовки будущих учителей по физической культуре к формированию здорового образа жизни школьников.

Ключевые слова: учитель по физической культуре, здоровье детей и подростков, здоровый образ жизни школьников, формирование здорового образа жизни.

В современных условиях неотъемлемой частью жизни человека стала физическая культура, которая заняла важное место в работе и учебе людей. Физические упражнения имеют большое значение в повышении умственной и физической работоспособности членов общества, поэтому необходимо осознавать, что знания, умения и навыки по физической культуре закладываются в образовательных учреждениях различных уровней постепенно [8].

С точки зрения системнодеятельностного подхода здоровый образ жизни должен быть определен в качестве одной из организованных элементов человеческой рекреационной деятельности. Соответственно, процесс формирования здорового образа жизни представляет собой развитие организованных развлекательных мероприятий, и здоровый образ жизни выступает в качестве продукта практической и умственной деятельности, направленной на заботу о здоровье человека и является одним из духовных руководителей организации физкультурно-оздоровительной деятельности человека [7]. Поскольку повышение качества образовательного процесса невозможно без совершенствования системы физического воспитания, предлагаются меры по ее улучшению и по поддержке развития студенческого спорта [6].

Л.П. Пикалова [4] рассматривает факторы формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) и роли специальных программ обучения ЗОЖ, обосновываются закономерности изменений состояния здоровья населения разных возрастных и социальных групп, существенно влияющих на качество жизни человека. При изучении проблемы формирования осознанной потребности и мотивации при занятиях физической культуры у младших школьников, показано, что наибольший эффект совершенствования процесса формирования позитивного отношения и потребности в регулярных занятиях физической культурой у них могут быть основаны на активизации познавательной и двигательной активности. Ставится задача расширения теоретического материала программы для младших школьников [5].

По мнению С.П. Евсеева, А.Г. Комкова, О.М. Шелкова [2], инновационные технологии в использовании оптимальных способов обучения предполагают создание проблемных ситуаций в реализации двигательной активности учащихся, совершенствование применения педагогических средств, подключение к созданию ситуации успеха в спортивной деятельности. Со ссылкой на соответствие физической подготовленности учащихся требованиям к процессу спортивного образования реализуются результаты учебно-воспитательного процесса по оценкам содержания основного и дополнительного спортивного образования, совершенствуются современные формы организации двигательной активности. Анализируется понятие эффективности профессиональной деятельности преподавателя в массовом привлечении учащихся к активному выполнению физических упражнений.

Лутченко Н.Г., Москаленко И.С., Демеш В.П., Вертаков Д.М. [3] утверждают, что личностно-ориентированный подход к спортивным и подвижным играм в рамках занятия по физической культуре повышает психофизическую подготовленность и формирует устойчивое мотивационно-ценностное отношение учащейся молодежи к физкультурно-спортивной деятельности.

Отмечается, что в своей практической работе учитель, тренер должен способствовать расширению кругозора их личности в области физической культуры и спорта и много внимания уделять самообразованию учеников. Повышения уровня знаний необходимо для познания личности самого обучаемого в процессе физкультурной и спортивной деятельности, а также для осознания своих возможностей и устремлений, интересов [1].

Преподавателю необходимо помогать ученикам ставить перед собой цели, которые соответствуют их реальным возможностям. В то же время заниженные цели ведут часто к скованности или вообще безынициативности учеников, снижают активность самосовершенствования обучаемого в спорте и физкультуре. Убеждения, сформированные в процессе занятий физической культурой и спортом, становятся потребностями, побуждающими и направляющими поведение ученика. Воспитание потребностей напрямую зависит от эмоциональной окраски деятельности: разнообразие содержания и эмоциональная насыщенность тренировок повышают интерес и вызывают у занимающихся удовлетворение от занятий.

Формированию здорового образа жизни способствует рациональное сочетание на отдельных физкультурных уроках и других формах физкультурно-спортивной деятельности физических упражнений разной интенсивности и направленности, дыхательных упражнений и саморегуляции, закаливающих факторов среды, соблюдение принципов рационального питания, знание основ личной и общественной гигиены.

Перечисленные особенности формированию здорового образа жизни школьников способствуют улучшению показателей функционирования организма, изменяет их отношение к своему здоровью как социально-духовной ценности и развивает потребность в ведении здорового образа жизни.

Список литературы

1. Григорьев Н.Н., Лутченко Н.Г., Селиванов А.О. Формирование потребностно-мотивационного отношения молодежи к тренировочно-соревновательной деятельности // Труды Военно-космической академии им. А.Ф. Можайского, 2013. – № 641.- С. 188-192.
2. Евсеев С.П., Комков А.Г., Шелков О.М. Реализация личностно ориентированного подхода в процессе использования инновационных технологий физического воспитания школьников // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка, 2006. – № 2. – С. 24-26.
3. Лутченко Н.Г., Москаленко И.С., Демеш В.П., Вертаков Д.М. спортивные и подвижные игры в системе образовательного процесса вузов // Актуальные проблемы физической и специальной подготовки силовых структур, 2013. – № 4. – С. 39-42.
4. Пикалова Л.П. Роль физического воспитания в формировании здорового образа жизни школьников 15-17 лет // Физическая культура и спорт Верхневолжья, 2013. – № 6. – С. 56-63.
5. Садовников Е.С. Методологические основы формирования здорового образа жизни // Теория и практика физической культуры, 2014. – № 4. – С. 43-46.
6. Соломахин О.Б., Ахметшина Э.И. Формирование осознанной потребности и мотивации для регулярных занятиях физической культуры в младших школьников // Теория и практика физической культуры, 2010. – № 6. С. 86-91.
7. Федоров В.В., Мещанская Е.А., Кутузова Е.А. Состояние физической культуры и спорта среди студентов вузов России и меры по их улучшению // Физическая культура и спорт Верхневолжья, 2013. – № 6 - С. 53-55.
8. Федулина И.Р.. Подготовка будущих учителей к руководству физкультурно-оздоровительной деятельностью школьников: Дис. ... канд. пед. наук. Уфа, 2001. – 221 с.

НОРМАТИВНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ГТО В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Горячев Р.Р.

студент юридического факультета,
Кемеровский государственный университет, Россия, г. Кемерово

Курганова Е.В.

старший преподаватель факультета физической культуры и спорта,
Кемеровский государственный университет, Россия, г. Кемерово

В данной статье будут рассмотрены основные положения ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации», а также его значимость в развитии ГТО в Российской Федерации.

Ключевые слова: ГТО, ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации», финансирование, клубы, спортивные объединения.

Идея о возрождении в Российской Федерации комплекса ГТО (то есть массовой готовности граждан к труду и обороне) была высказана Путиным В.В. На мой взгляд это очень актуальная мера на сегодняшний день, ведь это прямой путь к укреплению здоровья населения.

Анализ ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» позволяет сказать, что данный документ включает в себя понятие комплекса

ГТО, разграничение полномочий по внедрению комплекса ГТО на федеральном, региональном и муниципальном уровнях, также уделяется внимание созданию физкультурно-спортивных клубов и центров тестирования комплекса ГТО, устанавливаются государственные гарантии и меры государственной поддержки клубов и объединений.

Например статья 31.3 ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» закрепляет базовые цели физкультурно-спортивных клубов и их объединений, пропаганда ГТО и осуществление подготовки населения к выполнению установленных государственных нормативов ГТО; осуществление спортивно-оздоровительной, тренировочной и соревновательной деятельности для своих членов и членов их семей; а также оказание услуг населению в области физической культуры [1, с. 30].

Согласно ст. 38 вышеназванного закона финансирование является расходным обязательством Российской Федерации. Данная поддержка может осуществляться за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов путем предоставления субсидий, а также оказания поддержки физкультурно-спортивным клубам в различных формах.

В отношении имущественной поддержки стоит обратить внимание на осуществление органами государственной власти и органами местного самоуправления посредством передачи во владение и/или в пользование государственного или муниципального имущества для использования по целевому назначению (в том числе спортивного инвентаря, спортивного оборудования и спортивной экипировки).

Необходимо отметить, что органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления вправе утверждать перечни государственного и муниципального имущества, свободного от прав третьих лиц (за исключением имущественных прав некоммерческих организаций). Имущество, включенное в данные перечни, может быть использовано только на долгосрочной основе (в том числе по льготным ставкам арендной платы). Эти перечни подлежат обязательному опубликованию в СМИ, а также размещению в сети "Интернет" на официальных сайтах утвердивших их органов власти. В случае, если государственными и муниципальными бюджетными и автономными учреждениями осуществляется предоставление услуг населению, связанных с использованием находящихся у них на праве оперативного управления объектов спорта, государственное (муниципальное) задание на оказание таких государственных (муниципальных) услуг физическим и юридическим лицам должно содержать льготные предельные цены (тарифы) на оплату соответствующих услуг физкультурно-спортивным клубам и их членам.

На мой взгляд, нормативно-правовое регулирование в ГТО крайне скудное. Изначально законопроект предусматривал, повышенную стипендию для «отличников» ГТО, некие медицинские гарантии, также налоговые льготы работодателям, которые развивают данную программу и помогают с фи-

нансирование реализации данной программы. Но почему то в дальнейшем от этого отказались.

Опираясь на всё сказанное выше, можно сделать вывод о том, что возрождение ГТО в наше время проходит свой начальный этап. Правительство в лице министерства спорта, предпринимает активные шаги для возрождения и популяризации норм ГТО, ведь культура и спорт – прямой путь к здоровой нации.

Список литературы

1. Федеральный закон от 04.12.2007 N 329-ФЗ (ред. от 03.11.2015) "О физической культуре и спорте в Российской Федерации".
2. Постановление Правительства РФ от 11.06.2014 N 540 "Об утверждении Положения о Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе "Готов к труду и обороне" (ГТО)".
3. Распоряжение Правительства РФ от 30.06.2014 N 1165-р (ред. от 24.11.2015) "Об утверждении плана мероприятий по поэтапному внедрению Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и обороне" (ГТО).

ПРИМЕНЕНИЕ АКТИВНЫХ МЕТОДОВ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКЕ

Кельдасов Т.Д.

старший преподаватель кафедры специальной подготовки,
Восточно-Сибирский институт МВД России, Россия, г. Иркутск

Никитин Ю.П.

преподаватель кафедры специальной подготовки,
Восточно-Сибирский институт МВД России, Россия, г. Иркутск

Ошурков Д.В.

старший преподаватель кафедры специальной подготовки,
Восточно-Сибирский институт МВД России, Россия, г. Иркутск

Боевые приемы борьбы занимают важное место в профессионально-служебной подготовке личного состава сотрудников органов внутренних дел. Способы и приемы создания проблемных задач, а также моделирования различных ситуаций на занятиях по физической подготовке достаточно разнообразны.

Ключевые слова: боевые приемы борьбы, физическая подготовка, методы обучения, профессиональная подготовка, атакующие действия.

Физическая подготовка является составной частью профессиональной подготовки сотрудников органов внутренних дел.

Образовательные, воспитательные и развивающие функции физической подготовки реализуются в условиях специализированной системы обучения, предусматривающей организацию занятий применительно к оперативно-служебной деятельности сотрудников. Такая организация занятий

предусматривает формирование прикладных двигательных умений и навыков, обучение сотрудников эффективно и правомерно решению практических задач правоохранительной деятельности [4].

Одним из показателей эффективности работы высших учебных заведений МВД России является качество подготовки специалистов. Достижение высоких показателей в этой работе невозможно без постоянного совершенствования процесса преподавания, как отдельной учебной дисциплины, так и всей системы обучения в целом.

Актуальность этой задачи в процессе преподавания физической подготовки в образовательных учреждениях МВД России не вызывает сомнения и в настоящее время проявляется наиболее остро.

Это вызвано целым рядом причин, к которым можно отнести: снижение уровня физической подготовленности поступающих на профессиональное обучение слушателей, возрастом поступающих (большое количество слушателей в возрасте), обострением криминогенной обстановки в обществе, изменение характера преступлений и правонарушений и т.д.

В настоящее время, на наш взгляд, решение задачи подготовки высокопрофессионального специалиста для органов внутренних дел отстает от современных требований общественной жизни.

Процесс обучения во многих случаях ориентирован на передачу занимающимся информации, в которой воспроизводятся стандартные ситуации, что приводит к снижению качества обучения.

Это выражается в том, что зачастую восприятие и воспроизведение информации, особенно при изучении техники борьбы, которая относится к сложному координированному виду деятельности, недостаточно для развития творческого мышления занимающихся, формирования у них прочных двигательных навыков, позволяющим будущим специалистам в профессионально-служебной деятельности решать самые сложные задачи в нестандартных ситуациях. Процесс обучения требует активного приобщения занимающихся к самостоятельному поиску решения возникающих задач, понимания структуры того или иного действия, разрешения противоречий между имеющимися знаниями и решения проблемы возникшей в процессе познания нового [1].

Все это предполагает внедрение в учебный процесс активных методов обучения.

Учитывая специфику подготовки специалистов в образовательных организациях МВД России, в процессе проведения занятий по физической подготовке все чаще используется проблемный метод обучения, основное исходное понятие которого проблемная ситуация.

Опыт использования в учебном процессе по физической подготовке проблемного метода обучения свидетельствует, что его необходимо использовать, начиная с начала обучения. Слушателям необходимо создание таких проблемных ситуаций, в которых преподаватель, поставив задачу, сам развернуто демонстрирует пути ее достижения, затем совместно со слушателями анализируется фактический материал, отбрасываются неверные предложения, тем самым обучающиеся вовлекаются к активному восприятию и

осмысливанию программного материала. В последствии по мере освоения материала создаются такие ситуации, которые побуждают слушателей к самостоятельной мыслительной деятельности, направляют на решение возникающей ситуации не только с использованием техники выполнения приемов, но и решение тактических задач, а также правомерности их применения [2].

Учитывая специфику учебного заведения, на последующих занятиях необходимо широко использовать методы моделирования различных ситуаций, которые предусматривают решение задач при задержании вооруженного и невооруженного преступника (либо группы), условий задержания, соблюдения мер как собственной, так и общественной безопасности.

Способы и приемы создания проблемных задач, а также моделирования различных ситуаций на занятиях по физической подготовке достаточно разнообразны.

Занятия с использованием этих методов позволяют значительно активизировать творческую, мыслительную деятельность обучаемых, что в значительной степени повышает процесс усвоения практического материала, следовательно и качество подготовки специалистов для органов внутренних дел.

Список литературы

1. Коробков С.В., Малинин Е.Г. Поединки, моделирующие ситуации пресечения сопротивления правонарушителей: метод. рекомендации для преподавателей. Саратов, 2007. 35 с.
2. Морев Д.Г. Методика боевой подготовки курсантов образовательных учреждений МВД России в условиях ограниченного пространства: автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 2001. 24 с
3. Федеральный закон от 7 февраля 2011 г. № 3-ФЗ «О полиции».
4. Шиян В.В. Эффективность учебных занятий по физической подготовке курсантов вузов системы МВД России // Современные технологии спорта высших достижений в профессиональной подготовке сотрудников силовых ведомств: мат-лы междунаро. науч. конгр. (г. Москва, 2-4 февраля 2006 г.). М.: ООО «Анита Пресс», 2006.

ХРИСТИАНСКИЕ БОГОСЛОВЫ I-IV ВЕКОВ О СПОРТЕ

Киркин А.А.

студент 3-го курса факультета истории и международных отношений,
Кемеровский государственный университет, Россия, г. Кемерово

Курганова Е.В.

преподаватель кафедры физического воспитания,
Кемеровский государственный университет, Россия, г. Кемерово

Лоскутов А.С.

студент 3-го курса факультета истории и международных отношений,
Кемеровский государственный университет, Россия, г. Кемерово

В статье были рассмотрены высказывания представителей Церкви и известных христианских богословов I-IV веков об античном и римском спорте. Было определено значение олимпийских игр в жизни христианина.

Ключевые слова: церковь, язычество, олимпийские игры, христианские богословы I-IV веков.

Многовековая история спорта имеет большое значение в истории православной церкви. Сохранилось множество работ, в которых мы можем найти мнение известных христианских богословов I-IV веков.

Еще в первые века христианства, когда язычество являлось основной религией в Античности, начинали набирать популярность Олимпийские игры. Игры наделялись сакральным смыслом и были неразрывно связаны с именами богов греческого пантеона. Жертвоприношение являлось обязательным составляющим Олимпийских игр. Чтобы отплатить богам за победу атлеты должны были принести дары. В древности Олимпийские игры являлись значимым событием в обществе. После того как греческая культура приходит в упадок, олимпийские игры меняют свой формат. Игры постепенно перестраиваются и становятся идентичны римским «зрелищам». Отношения участников к играм менялось, и большинство прибегало к обману установленных норм. Римские игры так же имели языческие корни, и посещение их являлось обязанностью римского гражданина.

Языческие культы, которые были неотъемлемой частью соревнований, негативно воспринимались христианской церковью. Тертулиан писал о зрелищах: «При крещении христианин отрекается от сатаны, но зрелища суть жертвоприношение сатане» [3, с. 416]. В апостольских посланиях своим общинам можно встретить предупреждения о том, что присутствие, а тем более участие в играх послужит нарушением заповедей. Примером может стать послание апостола Павла: «... жертвы, приносимые идолам, приносятся бесам, в них обитающим, будь то статуи умерших людей или мнимых богов» [1, с.1222]. Исходя из послания апостола Павла к Ефесеям, мы можем узнать, что на человека воздействовали чувства гнева, ярости, раздражения, злобы [1. с. 1201]. Апостол Павел во втором послании к Тимофею повествует: «От глупых и невежественных состязаний уклоняйся, зная, что они рождают ссоры» [1, с.1265]. По мнению Иоанна Златоуста, те, кто отправляется на скачки, впадает в безумие [2, с.561]. Любимым зрелищем являлись гладиаторские поединки. На арене наблюдали за массовыми убийствами, которые расценивались христианами как смертных грех. По этому поводу пишет Святитель Феофил Антиохийский: «...непозволительно нам смотреть даже на игры гладиаторов, чтобы нам не быть участниками и свидетелями убийства».

Таким образом, можно сделать определенные выводы о том, как отцы Древней Церкви относились к спорту. Поскольку спорт был тесно переплетен с языческими культами, в христианском обществе это вызвало отторжение. Идоложертвенный характер игр противоречил христианской догматике. Представители подвергали критике олимпийские игры. Несовместимые с христианством соревнования содержали в себе вред для души человека.

Список литературы

1. Библия. Книги Священного Писания Ветхого и Нового Завета. М: Российское Библейское общество, 2012. 1295 с.

2. Иоанн Златоуст, святой. Беседа против оставивших церковь и ушедших на конские ристалища и зрелища // Иоанн Златоуст, святой. Полное собрание творений: В 12 т. М., 1999. Т. 6. Кн. 2. С. 561.

3. Тертуллиан, Квинт Септимий Флорент. Избранные сочинения: Пер. И. Маханькова, Ю. Панасенко, А. Столярова, Н. Шабурова, Э. Юнца. М.: Прогресс-Культура, 1994. С. 416.

СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РАЗВИТИЯ СТУДЕНЧЕСКОГО СПОРТА

Майбородин С.В.

старший преподаватель кафедры физвоспитания,
Донской государственной аграрной университет, Россия, п. Персиановский

Габибов А.Б.

доцент кафедры физвоспитания,
Донской государственной аграрной университет, Россия, п. Персиановский

Веровский А.А.

старший преподаватель кафедры физвоспитания,
Донской государственной аграрной университет, Россия, п. Персиановский

Саенко С.Г.

студентка 3 курса экономического факультета,
Донской государственной аграрной университет, Россия, п. Персиановский

В статье рассматриваются проблемы организации учебного процесса в высших учебных заведениях, основные приоритеты развития студенческого спорта и разновидности работы кафедры физической культуры для привлечения и заинтересованности студентов занятиями физической культурой.

Ключевые слова: воспитание, спартакиада, соревновательная мотивация, спортивное мастерство студенческий спорт, упражнение, физическая культура.

В настоящее время не разработанность социальных, правовых, экономических и организационных основ деятельности государственных и общественных структур в новых экономических условиях затрудняет развитие студенческого спорта в университетах страны. Отсутствие систематизации данных об ответственности за реализацию студенческого спорта и условиях его нормативного обеспечения со стороны как федеральных, региональных структур, так и вузов ограничивает возможности студентов в занятиях избранным видом спорта. Реальный студенческий спорт ограничивается уровнем внутри вузовской круглогодичной спартакиады.

Введение. В условиях формирующихся принципов рыночных отношений в экономике вузы качественно перестраивают подготовку специалистов с высшим профессиональным образованием, чтобы соответствовать требованиям, предъявляемым практикой.

Студенческий спорт в России имеет более чем вековую историю развития. В связи с периодом реформирования общественных устоев и переходом экономики страны к рыночным отношениям, характеризуется появлением новых задач физического воспитания в высшей школе, направленных не только на развитие физических способностей студентов, но и стимулирование их интереса к занятиям физической культурой и спортом, формирование ценностей здорового образа жизни, в которых двигательная активность является необходимым условием [5, с.138].

По словам Президента Российской Федерации В.В.Путина, приоритеты развития студенческого спорта должны быть обозначены и в правительственной стратегии развития физической культуры. Главный из них – существенное увеличение числа учащихся, которые регулярно занимаются спортом, с 35% в 2009 году до 80% в 2020 году. За этими цифрами, как мы с вами понимаем, – наше будущее: здоровые и крепкие поколения молодых граждан нашей страны.

Мы знаем, что в студенческие годы у человека появляется много новых возможностей, увлечений, интересов. И важно, чтобы среди них не потерялся спорт. Очевидно, что увлечение физической культурой, активный образ жизни вновь становятся для молодёжи правилом хорошего тона, модным направлением, трендом, как сейчас говорят».

Основные положения. Студенческий спорт является составной частью физического воспитания молодежи. Студенческий спорт в широком смысле слова представляет собой внеурочную форму физического воспитания, ориентированную на привлечение студентов к регулярным занятиям физическими упражнениями и спортом, организацию активного отдыха, самореализацию учащихся. По сути дела, студенческий спорт призван дополнить и обогатить процесс профессиональной подготовки высококвалифицированных специалистов для народного хозяйства в условиях вуза [3, с.2].

В настоящее время сильнейшие студенческие вузовские команды почти полностью укомплектованы студентами-заочниками, тренирующимися и выступающими в профессиональных клубах или национальных командах. При этом нарушается двухэтапность спартакиады: большинство спортсменов не участвуют в массовых соревнованиях среди учебных групп, курсов, факультетов. Спортивный результат спортсмена или команды только тогда отражает качество и эффективность работы кафедры, когда учебно-тренировочный процесс осуществляется преимущественно в самом вузе и силами преподавателей этой кафедры. В большинстве случаев сборные команды вузов собираются только перед началом спартакиады, так как студенты учатся в разные смены и на разных курсах, и их результаты в финальных соревнованиях зависят не столько от качества организации спортивно-массовой работы и специалистов кафедры, сколько от финансовых возможностей и состояния материально технической базы вуза для развития данного вида спорта. Спартакиада перестала решать задачу пропаганды спорта как важнейшего средства укрепления здоровья граждан и приобщения студентов и курсантов к здоро-

вому образу жизни, повышения эффективности их физического воспитания [4. с.23].

Высокая значимость соревновательной мотивации для студентов, с одной стороны, и отсутствие условий для ее удовлетворению в процессе учебных занятий по физической культуре, с другой составляют следующее противоречие традиционной практики физического воспитания в вузе. Существенным признаком спорта является соревнование. Интерес студентов к физическим упражнениям на учебных занятиях по физической культуре и во внеучебное время существенно усилится, если выполнение этих упражнений будет восприниматься как подготовка к предстоящим соревнованиям. Поэтому важное место в работе преподавателя должна занимать организация соревновательной деятельности студентов, а изучение всего учебного материала связываться с подготовкой к участию в этой деятельности.

Критериями оценки деятельности кафедр физической культуры должны являться в первую очередь показатели привлечения студентов к регулярным физкультурно-спортивным занятиям, мероприятиям физкультурно-оздоровительного характера, обеспеченности научно-методическим сопровождением учебного процесса по дисциплине. В таком случае кафедра физической культуры вуза будет заинтересована в развитии студенческого спорта, позволяющего добиваться высоких показателей по этим критериям. Нужно создать систему оценки вузов и критерии оценки. И не забывать оценивать, а освещать это все очень подробно. Будет внимание прессы, как вузовской, так и на городском и областном уровне – будет дополнительный интерес у студентов.

Список литературы

1. Габибов А.Б. Информационная культура преподавателя кафедры физической культуры, как путь внедрения новых технологий в практику. В сборнике: Проблемы и тенденции инновационного развития агропромышленного комплекса и аграрного образования России Материалы Международной научно-практической конференции: В 4-х томах. пос. Персиановский, 2012. С. 30-32.
2. Кадыкова Н.К., Габибов А.Б., Майбородин С.В. Пропаганда здорового образа жизни – важная педагогическая задача. В сборнике: Современные технологии сельскохозяйственного производства и приоритетные направления развития аграрной науки Материалы международной научно-практической конференции: в 4-х томах. 2014. С. 13-16.
3. Конкина, М. А. Занятия физической культурой и спортом в структуре ценностных ориентаций среди студенческой молодежи / М. А. Конкина // 2008. – С. 1–3.
4. Майбородин С.В., Кадыкова Н.К., Колесников И.А. Пропаганда здорового образа жизни, как социально-экономической безопасности. В сборнике: Современные технологии сельскохозяйственного производства и приоритетные направления развития аграрной науки Материалы международной научно-практической конференции: в 4-х томах. 2014. С. 22-25.
5. Молоканов А.А., Габибов А.Б., Майбородин С.В., Кадыкова Н.К. Студенческий спорт и проблемы подготовки спортсменов В сборнике: современные тенденции развития науки и технологий №7 часть V. Белгород 2015. С 137-140.
6. Щегрова В.И., Молоканов А.А. Правовая база физической культуры и спорта в Российской Федерации и в зарубежных странах. В сборнике: Российское образование: проблемы, векторы и ориентиры развития материалы международной научно-практической конференции. пос. Персиановский, 2015. С. 186-190.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И СТРУКТУРЫ ТРЕНИРОВОЧНЫХ ЗАНЯТИЙ В БЕГЕ НА КОРОТКИЕ ДИСТАНЦИИ НА ЭТАПЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СПОРТИВНОГО МАСТЕРСТВА

Морозов А.П.

доцент кафедры Теории и методике легкой атлетики, канд. пед. наук,
Российский государственный университет физической культуры,
спорта, молодежи и туризма, Россия, г. Москва

Семененко Н.А., Бучельникова М.В., Резванова С.К.

студенты 3 курса, Российский государственный университет физической культуры, спорта, молодежи и туризма, Россия, г. Москва

В статье рассматриваются основные компоненты тренировочного процесса в легкой атлетике на этапе совершенствования спортивного мастерства. Становлению и развитию спортивной формы именно на данном этапе должно уделяться повышенное внимание, поскольку от эффективности организации и рациональности построения тренировочных занятий будут зависеть дальнейшие перспективы молодых спортсменов, сохранение их физического и психологического здоровья.

Ключевые слова: контроль, индивидуальные особенности, спортивная форма, тренировочный процесс, оперативное управление.

Успехи отечественных спринтеров на ряде последних крупнейших мировых соревнованиях привлек большое внимание к проблемам подготовки в данной дисциплине легкой атлетики, на протяжении значительного периода времени не являющейся очень популярной в нашей стране. Были проведены исследования в области внедрения современных тренажерных устройств, изменения фаз и циклов подготовки [2, с.43-52], однако все эти усилия были направлены в большей степени на взрослых бегунов, составляющих основной состав сборной страны и ближайший резерв. Крайне важным является вопрос подготовки молодых спринтеров, перешедших на этап совершенствования спортивного мастерства, как будущего отечественной легкой атлетики.

Эффективность управления спортивной формой юных бегунов на короткие дистанции существенно зависит не только от используемых средств, но и от очередности выполнения заданий. Среди ряда факторов, обуславливающих продолжительность циклов, периодов и этапов многолетнего тренировочного процесса, ведущими остаются уровень физической подготовленности бегуна и параметры его спортивной формы [1, с.13-15]. Вместе с тем необходимо отметить ряд особенностей организации и структуры тренировочных занятий, характеризующих этап совершенствования спортивного мастерства у бегунов на короткие дистанции. Неправильная последовательность подводящих и основных упражнений вызывает дополнительные трудности в физической и технической подготовке, не дает возможности полноценно формировать спортивную форму. Кроме того, зачастую, тренерским составом упускается из внимания тот факт, что при достижении юными бе-

гунами внешних параметров взрослых спортсменов, их функциональные системы еще сформированы не полностью, связочный аппарат весьма эластичен, что в совокупности с продолжающимся линейным ростом костного аппарата требует самого пристального внимания к объемам тренировочной нагрузки, во избежание травматизма [3, с.24-28]. Индивидуализация процесса подготовки на этапе совершенствования спортивного мастерства становится прерогативой дальнейшего планирования круглогодичной тренировки. Основными элементами, влияющими на всю структуру тренировочного процесса, на этом этапе являются, во-первых, существенное увеличение доли специальной физической подготовки, во-вторых, введение в индивидуальные тренировочные планы, также являющихся характерной чертой, новых комплексов упражнений по улучшению показателей технического мастерства, в-третьих, включение большего числа соревнований. В связи с этим дозирование объемов и интенсивности нагрузки на данном этапе должно складываться как из задач определенного периода, так и из индивидуальных особенностей бегунов, их двигательного и соревновательного опыта. Тренировка в беге на короткие дистанции также предъявляет ряд особых требований к организации собственно тренировочного процесса – прежде всего к количеству занятий в недельном, месячном, годичном циклах, количеству и сроках проведения учебно-тренировочных сборов, применяемых восстановительных мероприятий [4, с.247]. Важным в настоящее время является также осуществление систематических углубленных медицинских обследований, взаимодействие с комплексными научными группами.

Спортивное совершенствование в беге на короткие дистанции невозможно без грамотно организованного тренировочного процесса, который предъявляет повышенные требования не только к организации системы подготовки, но и прежде всего обеспечения максимального внимания к состоянию здоровья юных спринтеров, формированию адекватного физическому и психологическому развитию индивидуального тренировочного плана, построенного на объективных показателях функционального состояния организма.

Список литературы

1. Оганджанов, А.Л. Управление подготовкой квалифицированных легкоатлетов-прыгунов: монография. М.: Физическая культура, 2005. С. 90-134.
2. Селуянов В.Н. Современные подходы в системе физической подготовки: монография. М.: АСТ, 2010. С. 100-119.
3. Физиологические методы контроля в спорте: учебное пособие. Томск: Издательство ТПУ, 2009. С. 56-79.
4. Шашкевич И.К., Косенкова З.Е. Комплексное тестирование в многолетнем цикле подготовки юных легкоатлетов // Научное обоснование физического воспитания, спортивной тренировки и подготовки кадров по физической культуре и спорту: материалы VII международной научной сессии БГУФК и НИИФКиС РБ по итогам исследовательской работы за 2003 год. Минск, 2004. С. 247.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ БОЕВЫМ ПРИЕМАМ БОРЬБЫ СЛУШАТЕЛЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ СИСТЕМЫ МВД РОССИИ

Никитин Ю.П., Лопатин Д.А.

преподаватели кафедры специальной подготовки,
Восточно-Сибирский институт МВД России, Россия, г. Иркутск

Ошурков Д.В.

старший преподаватель кафедры специальной подготовки,
Восточно-Сибирский институт МВД России, Россия, г. Иркутск

Боевые приемы борьбы занимают важное место в профессионально-служебной подготовке личного состава сотрудников органов внутренних дел. В настоящее время в процессе преподавания физической подготовки в образовательных организациях МВД России назрела необходимость решения ряда задач, которые являются залогом обеспечения качества подготовки специалистов и готовности их к предстоящей профессиональной деятельности.

Ключевые слова: боевые приемы борьбы, профессионально-прикладная физическая подготовка, содержание учебного материала, учебно-тренировочные схватки, атакующие действия.

Физическая культура и спорт, а вместе с ними и профессионально-прикладная физическая подготовка (ППФП), в системе МВД России тесно взаимосвязаны со всеми элементами оперативно-служебной деятельности сотрудников и способствуют эффективному решению поставленных задач. Профессионально-прикладная физическая подготовка в МВД России основывается на всестороннем физическом развитии и предусматривает формирование профессионально-важных физических качеств и прикладных двигательных навыков, необходимых в особых условиях их профессиональной деятельности. В то же время в практической работе фактически невозможно приобретать устойчивые специальные навыки и развивать физические качества, если они не были ранее заложены, на этапе начального или профессионального обучения в системе образовательных учебных заведений МВД России.

Все это предъявляет повышенные требования к организации процесса ППФП сотрудников органов внутренних дел, требует комплексного научного подхода и выдвигает перед специалистами ряд актуальных проблем.

Одной из таких проблем является научное обоснование средств и методов, способствующих эффективному приобретению профессионально значимых знаний, умений и навыков [4]. В связи с непрерывным расширением объема знаний в области физической культуры и спорта, актуальной становится проблема уточнения накопленных знаний и формирования новых способов деятельности.

В настоящее время в процессе преподавания физической подготовки в образовательных организациях МВД России назрела необходимость решения

ряда задач, которые являются залогом обеспечения качества подготовки специалистов и готовности их к предстоящей профессиональной деятельности. Известно, что качество профессиональной подготовки специалистов любого профиля зависит от обоснованности цели обучения (для чего учить), содержания обучения (чему учить), структуры обучения (как учить).

Боевые приемы борьбы и другие виды единоборств занимают важное место в профессионально-служебной подготовке личного состава сотрудников органов внутренних дел. Обучение сотрудников и объем изучаемых технических действий по разделу боевые приемы борьбы регламентируются Приказом МВД России и Наставлением по физической подготовке [4]. Вместе с тем по данным В.Г. Колюхова [2], в настоящее время, как в образовательных организациях, так и в практических органах МВД России практически отсутствует научно-обоснованная система обучения боевым приемам борьбы.

Цель работы заключается в повышении эффективности обучения слушателей в процессе изучения боевых приемов борьбы.

В процессе исследования основывались на принцип выдвинутый авторами А.О. Акопяном, А.А. Новиковым (1996) и получившего дальнейшее развитие А.А. Новиковым (1998), суть которого заключается в том, что качество тренировочного процесса можно значительно повысить, если подойти к его построению через познание соревновательной деятельности. При этом мы предполагали, что анализ использования объема боевых приемов борьбы при применении физической силы сотрудниками полиции в практической деятельности даст возможность повысить эффективность учебно-тренировочного процесса.

В связи с этим было необходимо выяснить наиболее эффективные и часто используемые сотрудниками правоохранительных органов при применении физической силы приемы, и на этой основе упорядочить содержание учебного материала, вскрыть резервы в методике их обучения.

Исследования проводились в процессе проведения учебных занятий со слушателями Восточно-Сибирского института МВД России, а также с сотрудниками ОВД Иркутской области.

Результаты исследования свидетельствуют, что к наиболее часто применяемым сотрудниками ОВД приемам относятся: освобождение от захватов, обхватов; приемы задержания и сопровождения; болевые приемы стоя; защита от ударов руками, ногами; защита от вооруженного противника.

В ходе педагогических наблюдений следует отметить, что занятия по изучению и совершенствованию техники боевых приемов борьбы иногда проводятся без должного учета требований и специфики ситуаций, возникающих в практической деятельности сотрудников ОВД, то есть дается большой объем сложно-координированных технических действий, редко применяемых при задержании правонарушителей

При совершенствовании приемов, как в учебном, так и учебно-тренировочном занятии перед слушателями и сотрудниками не всегда ставятся конкретные задачи, которые связаны с проведением таких тактических

действий как разведка, удержание преимущества, восстановление сил (за счет маневрирования, сковывания и т.д.). Обнаруживается возрастание атакующих действий. Все это ведет к тому, что если занимающихся не научить решению задач, возникающих в ходе поединка в условиях моделирующих экстремальные, то в равном единоборстве они обречены на неудачу.

Следовательно, учебно-тренировочные схватки (спарринги) должны проводиться не только с конкретной направленностью, но и предусматривать различные задания обучающимся [4].

Отмечено, что, несмотря на то, что на занятиях достаточно большое количество времени отводилось на совершенствование атакующих действий, реализация их желает лучшего. Это можно объяснить тем, что количество работы не всегда подкрепляется ее качеством, а именно выученные и отработанные связки элементов борьбы должны доводиться до навыков в учебных схватках.

Таким образом, данные исследования подтверждают, что эффективность работы по повышению уровня физической подготовки слушателей образовательных организаций МВД России во многом зависит от дальнейшей разработки научно-обоснованной системы обучения.

Список литературы

1. Акопян А.О., Новиков А.А. Анализ-синтез спортивной деятельности как основной фактор совершенствования методики тренировки // Научные труды ВНИИФК за 1995 г. М., 1996, т. 1, с. 21-31
2. Колюхов В.Г. Проблемные вопросы боевой подготовки в учебных заведениях МВД России // Современная концепция преподавания боевой и физической подготовки в учебных заведениях МВД России. М., 1996.
3. Новиков А.А. Методология технико-тактического мастерства спортсменов (на примере борьбы). – М.: Улан-Удэ: Изд-во Бурят. гос. ун-та, 1998. – 220 с.
4. Приказ МВД РФ от 13 ноября 2012 года №1025 «Об утверждении Наставления по физической подготовке сотрудников органов внутренних дел».
5. Середа Н.А. Моделирование ситуаций задержания правонарушителей на занятиях по самбо: Дис. канд. пед. наук. – М., 1992. – 127с

КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ СТУДЕНТОВ КЕМЕРОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Рыкова Н.Ф.

преподаватель кафедры физического воспитания,
Кемеровский государственный университет, Россия, г. Кемерово

Лорай К.А., Нестеров Д.В., Фирсова Н.И.

студенты 3-го курса факультета истории и международных отношений,
Кемеровский государственный университет, Россия, г. Кемерово

В данной статье студентами Кемеровского государственного университета рассматривается проблема растущего числа людей с заболеванием бронхиальной астмой и

проблемы их интеграции в сферу активного участия занятий физической культурой. Для этого был разработан комплекс физических упражнений, которые поможет студентам быть максимально вовлеченными в процесс физического воспитания и развития в период обучения в высшем учебном заведении.

Ключевые слова: астма, бронхиальная астма, специальная медицинская группа, упражнения, физкультура.

По статистике, бронхиальной астмой в России страдает каждый десятый человек (около 10% взрослого населения). Что касается статистики детских заболеваний астмой, то в данном случае ситуация крайне неблагоприятная. Согласно результатам исследования Всемирной Организации Здравоохранения, в России бронхиальная астма наблюдается у 15% детей, а в последние годы положение ещё более усугубляется тем, что количество случаев заболевания увеличилось наряду с тяжестью их протекания. По некоторым данным, число заболевших бронхиальной астмой за последние 25 лет увеличилось в 2 раза [4]. Здоровые родители практически ничем не угрожают своим детям: риск заболеть астмой у ребёнка составляет всего 20%. Если в семье болен хотя бы один родитель, то риск детского заболевания возрастает до 50%, а когда больны и мать и отец, в 70 случаев из 100, ребёнок заболевает. Уже в самом начале XXI века, уровень смертности в мире по сравнению с 90-ми годами XX века вырос почти в 9 раз [1].

Таким образом мы можем наблюдать, что со временем количество людей страдающих бронхиальной астмой в мире увеличивается, ввиду высокой вероятности её передачи по наследству. Однако наследственность не является единственным фактором, приводящим к заболеванию астмой. Особую роль в данной связи играют внешние раздражители. Так, например, только в Кемеровской области в период с 1997 по 2012 год количество выбросов веществ загрязняющих атмосферу, а именно углеводородов, увеличилось в 7 раз, а на одного жителя Кузбасса в среднем приходится 495 килограмм загрязняющих веществ в год [3].

Главной задачей физической культуры при патологии дыхательной системы у студентов специальной медицинской группы является восстановление нарушенной дыхательной функции легких, бронхов, плевры. Поэтому применение физических упражнений при заболеваниях бронхов, трахеи, легких направлено на нормализацию крово- и лимфообращения, а также на ликвидацию застойных явлений в органах дыхания [5].

Эффективность применения физических упражнений на дыхание у студентов специальной медицинской группы зависит от интенсивности (дозировки) выполняемых упражнений, соотношения дыхательных и общеразвивающих упражнений [2, с. 48-49]. Мы предлагаем следующие упражнения дыхательной гимнастики, которые, по нашему мнению, благоприятно влияют на состояние здоровья студентов с заболеванием дыхательной системы.

- Исходное положение (и.п.): встать прямо, руки вдоль туловища, расслабиться. Выдох. Медленный вдох. По мере заполнения легких плечи поднимаются, задержать дыхание на 1-2 секунды, опуская плечи выдохнуть. Повторить 4 раза.

- И.п.: стойка ноги врозь, руки вдоль туловища. На счёт 1-2 плечи медленно отводятся назад, глубокий вдох. На счёт 3-4 принимается исходное положение, выдох. Повторить от 2 до 4 раз.

- И.п.: стойка ноги врозь, руки вдоль туловища. На счёт 1-2 выполняются круговые движения плечами вперед, глубокий вдох. На счёт 3-4 круговые движения плечами в обратную сторону, выдох. Повторить от 2 до 4 раз.

- И.п.: стойка ноги врозь, руки на поясе. На счёт 1-2 выполняется наклон вправо, вдох; 3-4 принимается исходное положение, выдох. На счёт 5-6 выполняется наклон влево, вдох; 7-8 принимается исходное положение, выдох. Повторить от 2 до 4 раз.

- И.п.: стойка ноги врозь, руки в стороны. На счёт 1-2 руки вытягиваются вперед, вдох; 3-4 принимается исходное положение, выдох. На счёт 5-6 встаём на носки, руки поднимаются вверх, вдох; 7-8 принимается исходное положение, выдох. Повторить 4 раз.

- И.п.: стойка ноги врозь, руки на поясе. На счёт 1-2 выполнить полуприсед, вдох. На счёт 3-4 принимается исходное положение, выдох. Повторить от 5 до 10 раз.

- И.п.: стойка ноги врозь, руки в стороны. На счёт 1 производиться наклон влево, правая рука поднимается вверх, вдох; на счёт 2 принимается исходное положение, выдох. На счёт 3 производиться наклон вправо, левая рука поднимается вверх, вдох; на счёт 4 принимается исходное положение, выдох. Повторить от 5 до 10 раз.

- И.п.: стойка ноги врозь, руки за головой. На счёт 1 сделать выпад правой, поворот туловища вправо, выдох; на счёт 2 принимается исходное положение, вдох. На счёт 3 сделать выпад левой, поворот туловища влево, выдох; на счёт 4 принимается исходное положение, вдох. Повторить от 4 до 8 раз.

- Ходьба (в зависимости от физического самочувствия – ходьба на месте). Вдох и выдох делаются поочередно на каждые 2 пары шагов. Вдох сопровождается поднятием рук через стороны вверх. Выполняется через каждые 4 упражнения в течение 1 минуты.

Данные упражнения можно выполнять до и после физических нагрузок, установленных для студентов преподавателями ВУЗа, для нормализации дыхания, крово- и лимфообращения. Комплекс данных упражнений в дальнейшем будет применяться на занятиях физической культурой Кемеровского государственного университета с целью привлечения большинства студентов с заболеванием дыхательной системы к занятиям спортом.

Список литературы

1. Бронхиальная астма. Статистика, факторы влияния, течение, профилактика // Око Планеты, 2003-2015. URL: <http://oko-planet.su/ekstrim/ekstrimsovet/104371-bronhialnaya-astma-statistika-factory-vliyaniya-techenie-profilaktika.html> (дата обращения: 09.12.2015).

2. Панчук Н.С. Комплексы физических упражнений для студентов специальной медицинской группы. Учебно-методическое пособие. Кемерово: Кемеровский госуниверситет, 2004. 76 с.

3. Хвостик Е.В. Экологические проблемы: загрязнение атмосферы Кемеровской и Новосибирской областей за 2001-2012 гг. // Сборник материалов молодежного научного семинара «Эколог – профессия будущего», 2014.

4. Хронические респираторные заболевания; Масштабы распространения астмы // Всемирная Организация Здравоохранения, 2015. URL: <http://www.who.int/respiratory/asthma/scope/ru/> (дата обращения: 09.12.2015).

5. Чучалин А.Г. Бронхиальная астма: новые перспективы в терапии // Казанский медицинский журнал. 2011. № 5. С. 676-684.

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНИВАНИИ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ДОШКОЛЬНИКОВ В СВЕТЕ РЕАЛИЗАЦИИ ФГОС ДО

Седых Е.А., Зверева Е.В.

студенты 2 курса, Кемеровский государственный университет,
Россия, г. Кемерово

В статье физическая подготовленность детей дошкольного возраста рассматривается в качестве одной из главных проблем современного воспитательно-образовательного процесса. Развитие физической подготовленности помогает осуществить гармоничное развитие личности, что должно являться целью современного образования.

Ключевые слова: Федеральный государственный образовательный стандарт (ФГОС), дошкольное образование (ДО), физическая подготовленность, образовательные программы.

С 2014 года действует Федеральный государственный образовательный стандарт (ФГОС) дошкольного образования (ДО), который направлен на охрану и укрепление физического и психического здоровья детей, в том числе их эмоционального благополучия.

В нем определена образовательная область: «Физическое развитие», в которой заявлено решение частных задач, связанных с формированием физической культуры личности дошкольников, через получение опыта в двигательной деятельности детей. Она должна развивать такие физические качества, как координация и гибкость, крупную и мелкую моторику обеих рук, выполнение основных движений, формирование начальных представлений о некоторых видах спорта, овладение подвижными играми с правилами. Стоит также отметить, что необходимо формировать становление целенаправленности и саморегуляции в двигательной сфере, а также ценностей здорового образа жизни.

Однако, современные образовательные программы комплексного характера и парциальные программы, непосредственно по физической культуре, в настоящее время не могут удовлетворить перечисленных выше требований и условий.

Так нами было проведено исследование целью, которого стало выявление актуального состояния физической подготовленности детей подготови-

тельной к школе группы, всего в исследовании приняли участие 128 детей, средний возраст составил 6-6,6 лет.

Результаты тестирования мы сравнили с имеющимися нормативами в известных программах, а также нормами ГТО.

Полученные результаты свидетельствуют о недостаточной физической подготовленности практически по всем тестам во всех программах изученных нами (таблица 1,2).

Таблица 1

Сравнение результатов тестирования физической подготовки детей 6-7 лет с имеющимися данными в программах (мальчики N 70)

Тесты	Результат	Программа «Успех» (2010)	Программа «От рождения до школы» (2015)	Нормы ГТО (2014)	Программа «Здоровый дошкольник» (1989)
«Бег на 30 м», сек	5,6±1,05	7,2	6-7	5,9-6,9	7-7,8
«Прыжок в длину с места», см	100,6±6,5	112-140	Не менее 100	115 – 140	116-123
«Наклон вперед из положения сидя», см	5,6±1,4	6-9	Достать кончиками пальцев стопы ног	Ладонями/ пальцами достать пол	3-6
«Сгибание и разгибание рук в упоре лежа», раз	6±1,4	-	-	7-17	-
Подтягивание, раз	3±1	-	-	5-13	-

В большей степени это касается выполнения нормативов ГТО, по которым дети справились только лишь с тестом на гибкость, который представлен, на наш взгляд не совсем корректно.

Таблица 2

Сравнение результатов тестирования физической подготовки детей 6-7 лет с имеющимися данными в программах (девочки N 58)

Тесты	Результат	Программа «Успех» (2010)	Программа «От рождения до школы» (2015)	Нормы ГТО (2014)	Программа «Здоровый дошкольник» (1989)
«Бег на 30 м», сек	7±0,15	8-12	7-8	6,2-7,2	8-8,5
«Прыжок в длину с места», см	96±2,5	97-129	Не менее 100	110-135	111-123
«Наклон вперед из положения сидя», см	7,1±2,1	6-9	Достать кончиками пальцев стопы ног	Ладонями/ пальцами достать пол	4-8
«Сгибание и разгибание рук в упоре лежа», раз	6±1,4	-	-	4-11	-
Подтягивание, раз	3±1	-	-	4-11	-

Стоит отметить, что нами были исследованы нормативы программ разных лет, и мы четко проследили такую закономерность: чем старше программы, тем нормативы в них выше. Так, например, судя по тесту прыжок в длину с места в программе 1989 г. норматив 116-123, тогда как в программе 2015 года не менее 100, та же картина по гибкости программа 1989 г. 3-6 см, программа 2015 г. достать кончиками пальцев стопы [1, 2].

В чем заключается смысл снижения нормативов? Ответов может быть много и все они на наш взгляд имеют место быть. Это и гиподинамия связан-

ная с информационно-техническим обеспечением жизни современного ребенка, и нерациональный режим дня, в котором преобладают нагрузки умственного характера, и повсеместное ухудшение здоровья дошкольников.

В настоящее время сложная ситуация обстоит с детской заболеваемостью, I группу здоровья (клинически здоровые дети) в детском саду в данный момент имеет всего 10-35% детей в зависимости от региона. Наибольшее число детей имеет II и III группу здоровья, что говорит о том, что у детей есть проблемы со здоровьем [3]. Это и лишний вес, часто болящие ОРЗ, также другие заболевания, имеющие хронический характер с периодически обострениями и ремиссиями.

По словам президента РФ Путина В.В.: «Сегодня мы сталкиваемся с крайне тревожными тенденциями. Как отмечают специалисты, организация физического воспитания российских детей значительно хуже, чем было несколько десятилетий тому назад».

Дети в школу приходят читающие, считающие, но имеющие скудный сенсорный и двигательный опыт, слабо развитую моторику рук, при этом, считаем, что это является, прежде всего, педагогической проблемой, ведь ребенок находится в дошкольном учреждении 12 часов.

Полагаем, что вслед за появлением образовательного стандарта нового поколения, должны появиться инновационные педагогические технологии, способствующие формированию здорового, активного и жизнерадостного ребенка, а также эффективно влияющие на повышение уровня физической подготовленности.

Список литературы

1. Основная общеобразовательная программа дошкольного образования «От рождения до школы» под редакцией Н.Е. Вераксы, -Москва: Мозаика-Синтез 2010 (дата обращения 26.10.15)
2. Усаков В.И. Педагогический контроль в физическом воспитании дошкольников: Учебное пособие / Краснояр. гос. пед. ун-т им В.П.Астафьева. – Красноярск, 2011. – 84 с.
3. Федеральная служба государственной статистики. Здоровоохранение в России – 2013 г. Состояние здоровья населения (дата обращения 24.10.15)

СЕКЦИЯ «СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ»

ОБ ИННОВАЦИОННО-ТВОРЧЕСКОМ ПОТЕНЦИАЛЕ АГРОСЕКТОРА РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

Игбаева Ф.А.

доцент кафедры философии и истории, канд. филос. наук, доцент,
Башкирский государственный аграрный университет, Россия, г. Уфа

Статья посвящена проблемам профессиональной подготовки и переподготовки молодых специалистов для агросектора Республики Башкортостан по новым образовательным программам, созданию условий для реализации молодыми кадрами своих профессиональных навыков и способностей. Именно сельская молодёжь в перспективе будет определять будущее российского села, качество его трудового потенциала и в целом жизнеспособность аграрного сектора Республики Башкортостан.

Ключевые слова: сельская молодёжь, молодые специалисты, аграрное образование, подготовка кадров, агропромышленное производство.

В условиях рыночных отношений большая роль в развитии агропромышленного производства отводится уровню подготовки и деловым качествам руководителей и специалистов. Очевидно, что сельское хозяйство нуждается в молодых специалистах, поскольку именно молодёжь в современном обществе является главным фактором устойчивого развития и в определенной степени движущей силой коренных преобразований общества.

Поэтому сегодня одной из важнейших задач государства является формирование жизнеспособного подрастающего молодого поколения, стремящегося работать на перспективу и ставящего перед собой долгосрочные стратегические планы. Мобильность, инициативность, способность генерировать и воспринимать инновации делают молодёжь бесценным ресурсом страны.

Современная молодёжь, будучи не связанной «социальными обязательствами», оказывается более приспособленной к сегодняшней жизни, и если для их родителей богатый жизненный опыт был дорогим социальным капиталом, то в условиях трансформации общества одним из значимых ресурсов техник выживания становится способность к отказу или быстрому переосмыслению ценностей любой степени «вечности». Благодаря этим качествам молодёжь легче адаптируется к меняющимся условиям жизни, быстрее осваивает рыночные практики и индивидуальные техники выживания, адекватнее реагирует на новые потребительские предложения, легче включается в информационные сети, овладевает их технологиями [1, с.47].

В сложившейся ситуации государство и его институты в партнерстве с общественными организациями должны занимать активную общественную позицию в развитии потенциала молодёжи как главного условия наращивания качества человеческого капитала социально-экономических преобразований, поскольку от качества данной группы зависит развитие общества.

Немаловажное значение имеет возможность создания условий и для реализации молодыми кадрами своих профессиональных навыков и способ-

ностей, а также для передачи им накопленного опыта от старшего поколения. Поэтому нужно облегчить молодым работникам процесс вхождения в состав коллектива, определения своего места на производстве.

Приспособление молодых специалистов к производству имеет две стороны: производственно-техническую и социально-экономическую. Если первая определяет процесс приспособления молодежи к средствам производства, требованиям профессии, возможности получения и совершенствования специальных знаний и мастерства, то социальная сторона определяет процесс взаимодействия работника с коллективом.

Важным качественным показателем коллектива является образовательный и квалификационный состав его работников. Рабочая сила при правильном образовании и повышении квалификации не подвергается такому моральному износу как средства производства, если последние через 5-7 лет морально устаревают и постепенно утрачивают полезные свойства, то рабочая сила, напротив, при эффективно организованной системе подготовки, переподготовки и повышении квалификации постоянно обогащают себя. Необходимо отчетливо осознавать, что полученные знания могут быстро потерять потенциал влияния на успешность профессиональной деятельности, если не будут постоянно совершенствоваться и обогащаться продуктивным опытом и инновационно-творческим компонентом [2, с.94].

Переход к рынку predetermined необходимость профессиональной переподготовки молодых специалистов по новым образовательным программам, предусматривающих углубленное изучение экономических и управленческих проблем развития сельского хозяйства. В этой связи главной задачей развития образования на селе должно стать формирование развитой личности и обеспечение квалифицированными кадрами агропромышленного производства. Совершенствование уровня образования состоит в обмене идеями и опытом, развития его инновационного потенциала, а также реформирование в интересах развития сельского социума в России и Башкортостане.

В заключение отметим, что от здоровья, образования, профессиональной подготовки, культуры и гражданской зрелости нынешней молодежи во многом зависит величина и качество будущих специалистов АПК, способных к внедрению инновационных технологий в агроэкономику, для того, чтобы поднять и поддерживать на должном уровне агропромышленное производство России и Башкортостана [3, с.198].

Список литературы

1. Игебаева Ф.А. Ценностные ориентации молодежи в современном российском социуме. //Социально-экономические аспекты развития современного государства. Сб. статей Международной научно-практической конференции. Саратов, Изд-во ЦПМ «Академия бизнеса», 2014. – С. 47– 48.
2. Долгушкин Н.К. и др. Проблемность современного сельского бытия и пути его оздоровления. // Социс. – 2009. – №2. – С.93-98.
3. Игебаева Ф.А. Состояние человеческого потенциала на селе: проблемы и перспективы. // Состояние, проблемы и перспективы развития АПК /Материалы Международ-

ЕЖЕГОДНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ СОЦИАЛЬНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ В СЕЛЬСКИХ НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ

Игнатович Н.С., Сидорова Е.В.

студенты гр. НГ 11-02 Института нефти и газа, ФГАОУ ВПО «СФУ»,
Россия, г. Красноярск

В статье рассматривается проблема реализации федеральной программы привлечения молодых специалистов к работе в школе в сельских населенных пунктах. Предложен способ решения проблемы современного образования школьников путем организации бесплатных для школьников «Летних школ» на базе местной школы, которые будут проводить активные студенты старших курсов педагогических вузов.

Ключевые слова: молодые специалисты, проблемы образования, школа на селе, летняя школа.

2009 год в России был объявлен как «Год Молодежи». Целью программы являлась помощь в развитии и начале карьеры молодых специалистов, увеличение количества бюджетных мест в вузах и совершенствование условий проживания в студенческих общежитиях, развитие потенциала молодежи, как научного, так и творческого, воспитание чувства гражданской ответственности и патриотизма.

2014 год должен был стать годом, когда молодые люди, закончившие педагогические университеты, по направлению переезжали в сельские населенные пункты, чтобы внести новую волну в уже устоявшуюся систему образования. Однако ни один выпускник Красноярского педагогического университета 2014 года не переехал в деревню по столь «привлекательной» программе.

Образование в сельских населенных пунктах все менее качественное. Это зависит не только от отсутствия молодых специалистов, которые могли бы подготовить школьников в соответствии с современными требованиями. Существует также проблема финансирования школ, возникающая по причине неправильного подхода к распределению бюджета органами местного самоуправления [2]. Для того чтобы реализовать программу, которая позволила бы привлечь молодых учителей к жизни и работе в деревне – нужны деньги, которых в бюджете нет. Районная администрация не может четко объяснить причину отсутствия денег. Особые условия существования сельской школы обусловили появление учителей «многопредметников». Только 30% учителей преподают один предмет – остальные два и более: дополнительная ответственность педагогов в качестве увеличения нагрузки негативно сказывается на качестве преподавания. Учителям сельских школ особенно нужна помощь в области информатизации.

Реализация Федеральной целевой программы «Развитие единой образовательной среды» изменила возможности образовательных учреждений. Однако наличие на селе компьютера, по большому счету, проблемы не решает. Процесс информатизации напрямую связан с организацией повышения компьютерной грамотности учителей. Для решения этой задачи необходимо разработать программу оказания помощи сельской школе, при реализации которой использовался бы потенциал студентов, приобретающих специальность по направлению «Информатика и информационная безопасность». Во время учебной практики старшекурсники могут обучать учителей использованию компьютерных технологий и оптимизировать компьютерную базу образовательного учреждения. Это было бы экономически обоснованно для образовательных учреждений с минимальным бюджетом [1].

Главный вопрос образования в сельских населенных пунктах заключается в следующем: готовы ли ученики к конкуренции с выпускниками городских школ, у которых есть возможность развиваться в разных областях, как науки, так и творчества, спорта. Изменяются требования к уровню образованности молодежи, а значит должен меняться и подход к обучению школьников.

Помочь развитию школьников в разных направлениях могут студенты, и не обязательно педагогического университета. Студенты, которые поступили в вузы, после окончания сельской школы на лето не возвращаются домой, а зачастую остаются работать в городе. Очень часто это студенты, которые занимаются активной общественной, научной, творческой или спортивной деятельностью в университете, в котором учатся. Организация командировок для студентов старших курсов с целью создания в селах «Летние школы» – решение проблемы подготовки школьников к современной жизни в городе, ведь более 85% выпускников планируют поступать в вузы.

«Летняя школа» для студентов представляет собой 2 оплачиваемых студентам месяца, в размере средней заработной платы в месяц. Также стоимость билетов из города и обратно им также должна возмещаться. Открытым остается вопрос с предоставлением жилья студентам.

«Летняя школа», это занятия по 4-5 часов в день, где не будет уроков физики и математики, а будут лекции, семинары, тренинги, которые способны научить школьников правильно вести переговоры, держать себя на публике, организовывать свое время, и заниматься правильно самообразованием. Благодаря «Летней школе» можно привлечь школьников к занятию научной деятельностью. В городе немало школьников, которые занимаются исследовательской деятельностью, однако на селе есть масса преимуществ, которые помогут привлечь школьников к исследованиям. Основным является – возможность наблюдать за явлениями в естественных природных условиях, а значит, будет проще проводить исследования в области биологии, физики и химии, энергетики, ветеринарии и пр. Программа «Летней школы» будет разрабатываться студенческим сообществом на протяжении учебного года, утверждаться педагогическим советом школы, на базе которой будет проводиться. Неотъемлемыми плюсами будут: разностороннее развитие школьников, полезная трата свободного времени. Благодаря программе «Летней шко-

лы», школьники будут учиться новому, и имеется в виду не предметы основного образования, а тренинги, которые помогут становлению личности школьников.

«Летняя школа» будет иметь успех, как у школьников, так и у учителей и студентов, которые будут непосредственно ее организовывать и проводить. Именно организация бесплатной для учеников «Летней школы» поможет решить проблему современного образования на селе. Если нет возможности привлечь молодых педагогов к жизни и работе в сельских населенных пунктах, то 2 летних месяца, когда студенты будут обучать школьников – отличная альтернатива. Благодаря проведению «Летних школ» ожидается результат, представляющий собой воспитание активной молодежи, развитие у них чувства патриотизма и гражданской ответственности. Благодаря абсолютно бесплатным занятиям, школа будет выпускать разносторонне развитых, интересующихся наукой, творчеством школьников. Для детей, которые получают возможность проходить обучение в «Летней школе» будет проще в дальнейшем адаптироваться к жизни в городе, в который они переедут при поступлении в ВУЗ. Государство нуждается в достойном будущем, и «Летняя школа» поможет воспитать молодежь, которая и станет нашим «достойным будущим».

Список литературы

1. Бондаренко Л. Оценка уровня социального развития села // АПК 1997, №6.
2. Шингарев А. И. Вымирающая деревня // Социс, 2002, №2.

«КАДРОВЫЙ СПЕКТАКЛЬ» КАК МЕТОД ОТБОРА КАНДИДАТОВ, ПРЕТЕНДУЮЩИХ НА РУКОВОДЯЩУЮ ДОЛЖНОСТЬ

Игнатович Н.С., Сидорова Е.В.

студенты гр. НГ 11-02 Института нефти и газа, ФГАОУ ВПО «СФУ»,
Россия, г. Красноярск

В статье раскрывается суть такого метода селекции кадров, как «Кадровый спектакль», выявляются преимущества и недостатки его использования при отборе персонала в современных компаниях.

Ключевые слова: отбор персонала, методы отбора персонала, кадровый спектакль, вакантная должность, кандидат, собеседование.

«Кадровый спектакль» представляет собой тренинговую систему проведения собеседования, во время которого кандидатам задают вопросы и предлагают решить задачи за ограниченный промежуток времени.

В настоящее время для подбора персонала применяется большое количество разнообразных методов проведения собеседования и оценки кандидатов. Выбор организацией того или иного метода селекции зависит от множества факторов: экономическая обоснованность, юридическая и эстетическая допустимость [1]. Отечественные компании столкнулись с проблемой отсут-

ствия эффективности при отборе кандидатов путем проведения традиционных собеседований. Проблема заключается в том, что всем известны вопросы, на которые необходимо ответить при беседе с работодателем, а значит, что у кандидатов есть возможность подготовить ложные ответы на вопросы, что значительно искажает картину профессиональной пригодности соискателя на определенную должность.

В качестве метода селекции в зарубежных странах получил широкую популярность «Кадровый спектакль». Применение метода «Кадровый спектакль» позволит максимально точно оценить профессиональную пригодность кандидатов, претендующих на руководящую должность.

Основными этапами собеседования-тренинга являются:

1. Подготовка и составление плана тренинга;
2. Отбор резюме подходящих кандидатов;
3. Проведение тренинга согласно составленному плану;
4. Рефлексия;
5. Проведение повторного собеседования;
6. Окончательный выбор кандидата.

Тем самым «кадровый спектакль» представляет собой процедуру, где претендентам дается творческое групповое задание, требующее командной работы. Командная работа помогает определить такие личностные характеристики, как умение организовать работу группы людей, готовность брать на себя ответственность за действия коллектива, конструктив во время рабочего процесса.

Особенностью при проведении тренинга является спланированная конфликтная ситуация, заключающаяся в задержке спикера, который непосредственно будет проводить тренинг. Задержаться спикеру необходимо на 15-20 минут. В течение этого времени все кандидаты находятся в пустой аудитории, где нет стульев. Помимо них, в качестве одного из кандидатов, присутствует помощник спикера, который фиксирует поведение и эмоциональное состояние каждого из кандидатов. Данная картина поможет составить первичную характеристику кандидатов. Стоит отметить, что для более конкретного оценивания претендентов используют десятибалльную систему оценивания, где: 0- категорически отрицательное поведение, 10- максимально положительное.

Тренинг должен проходить согласно ранее составленному плану. Однако не должен длиться не более 90 минут. Так как по истечении этого времени работоспособность человека находится в крайне низкой степени. Важной чертой является то, что на первичном собеседовании не озвучивается размер заработной платы. Образ действий и эмоциональная составляющая кандидатов, в момент отказа спикера озвучить размер заработной платы, может охарактеризовать кандидатов с точки зрения готовности к работе для развития компании и готовности к карьерному росту.

Следующему этапу – рефлексии, характерно оценивание кандидатов и отбор для повторного собеседования. После проведения повторного бесе-

дования можно сделать вывод о соответствии того или иного соискателя вакантной должности.

К преимуществу тренинговой системы проведения собеседования следует отнести легкость ранжирования кандидатов, отвечающих на нестандартные вопросы и минимизировать количество социально-желательных ответов. У данного метода достаточно высокая точность оценивания личностных и профессиональных качеств соискателя.

К недостаткам относится риск неправильного оценивания и трактовки поведения кандидатов. Однако, исключить данный риск можно проведением тщательной подготовки менеджера, который будет непосредственно проводить собеседование [2].

Список литературы

1. Демина, Н.В. Сущность и содержание отбора персонала как функции кадрового менеджмента / Н.В. Демина // Научные проблемы гуманитарных исследований. – 2008. – №12 – С. 60-72.
2. Демина, Н.В., Еремина, О.С. Возможность использования критериальных собеседований при отборе персонала на современных предприятиях / Н.В. Демина // Сборник научных трудов по материалам V Международной научно- практической конференции. – 2014. – №2 – С. 194-197.

ЕВРОПЕЙСКИЙ ОПЫТ РЕГУЛИРОВАНИЯ МЕЖНАЦИОНАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Мамутов Р.М.

методист 1 категории отдела мониторинга,
ГБУ РК «Центр информационных и социальных технологий развития
межнациональных отношений в Республике Крым», Россия, г. Симферополь

Абдураманов Л.А.

заведующий сектором по вопросам межнациональных отношений,
Администрация города Феодосии Республики Крым, Россия, г. Феодосия

Якубов Д.Б.

главный специалист отдела по обустройству народов, репрессированных
из Крыма, Государственный комитет по делам межнациональных отношений
и депортированных граждан Республики Крым, Россия, г. Симферополь

Хамзин Ш.А.

ведущий специалист отдела по обустройству народов, репрессированных из
Крыма, Государственный комитет по делам межнациональных отношений и
депортированных граждан Республики Крым, Россия, г. Симферополь

В статье рассмотрены особенности построения политики межнациональных отношений странами ЕС. Проводится анализ правовой базы и особенностей регулирования межнациональных отношений европейскими странами.

Ключевые слова: межнациональные отношения, национальные меньшинства, зарубежный опыт.

Россия многонациональное государство и регулирование межнациональных отношений является одним из главных направлений политики страны.

Основными сферами деятельности политики регулирования межнациональных отношений в большинстве европейских странах являются: предотвращение межэтнических и межнациональных конфликтов; миграционные и демографические процессы; формирование единой нации; этнокультурные процессы (образовательные, языковые и др.). Объектами политики регулирования межнациональных отношений могут быть как все граждане, так и отдельные их категории, а именно этнос, национальные меньшинства, диаспора, а также отдельные органы власти [2].

В европейских процессах проблемными являются вопросы защиты национальных меньшинств и обеспечения им прав на уровне с титульными нациями. Решение этих проблем является достаточно тяжелым и не имеет однозначного ответа, так как в каждом европейском государстве положение национальных меньшинств разное и при этом каждая страна старается занять наиболее выгодную позицию в сфере регулирования межнациональных отношений. Поэтому важным является такое построение внешней и внутренней политики государства, при которой обеспечится эффективная реализация прав национальных меньшинств [6].

Согласно нормам международного права национальным меньшинствам гарантируется право свободного пользования родным языком как в личной так и в общественной жизни, при этом наличие в государстве официального языка, должно способствовать тому, чтобы лица, которые относятся к национальным меньшинствам, «там, где это необходимо... использовали его в государственных органах» (пп. 32.1 и 34) [3].

Рассмотрим некоторые примеры регулирования межнациональных отношений странами Европы.

Конституция Испании (ст. 2) определяет и гарантирует право на автономию для национальностей и регионов. В стране 17 автономных региональных сообществ, 4 из которых – Андалузия, Галисия, Каталония, Страна Басков – имеют полную автономию. Широкую автономию, в частности и право осуществлять законодательную власть, имеют 20 областей Италии, а 5 областей (Сицилия, Сардиния, Трентино-Альто-Адидже, Фриули-Венеция-Джулия, Валле-д'Аоста) наделяются особыми функциями и условиями автономий, которые закреплены специальными конституционными законами [10].

Интересным примером окончательного успеха территориальной автономии является Южный Тироль. Эта провинция в Италии, у которой страной происхождения является Австрия, была впервые образована для защиты языковых и культурных прав южных тирольцев – ее «титульной» германоязычного большинства. С ними сосуществуют две другие языковые группы: одна – итальянцев, и еще одна очень маленькая, которая состоит из говорящих ладинском и достигает только 4% всего населения. Пройдя в XX столетии через тяжелый и болезненный период мировых войн, оккупаций, аннексий и агрессивного сепаратизма, проявленного в определенный период актами терроризма, сегодня

эта территория имеет высокий уровень самоуправления, свой собственный парламент, правительство и президента, и признается как «история успеха», которая может служить моделью для урегулирования межэтнических противостояний и защиты языковых меньшинств. Важной особенностью автономии Южного Тироля заключается в том, что его статус гарантирован на международном уровне; это закреплено в статье 2 рассмотренного конституционного закона. Это означает, что автономия Южного Тироля не может быть сужена или ставится под сомнение в одностороннем порядке. Особенный интерес (в контексте Крыма) является то, что каждый занятый в государственной службе должен уметь владеть двумя языками, и это проверяется путем проведения экзаменов на знание языка, сдача которых подтверждается сертификатом. Его предъявление является обязательным для поступающих на службу и для продвижения по службе, или перевода на другую должность или другую организацию. Это требование касается всех работников, от водителей до директоров и руководителей департаментов, при этом применяется принцип «чем выше должность, тем трудней экзамен».

Южный Тироль иногда называют «автономией для всех», имея в виду, что в этой динамичной автономии все три языковые группы имеют свою долю представительства в правительстве и администраций, и имеют приоритетный доступ к трудоустройству. Их языки поддерживаются таким образом, чтобы максимально увеличить их использование в повседневной жизни. Такая открытость породило у членов трех языковых групп ощущение, что автономия принадлежит им всем, и все большее осознание, что каждый может внести свой вклад в жизнь этой провинции. К тому же, индивидуальные права каждого гражданина, проживающего в данной провинции, также надежно защищены.

В Финляндии широкую автономию имеют Аландские острова, населенные шведами. Другой формой является закрепление равноправия независимо от расы, национальности, языка, религии. Данные положения обычно содержатся в разделах, главах о правах человека конституций разных стран.

Межнациональные отношения в Боснии и Герцеговине регулируются путем защиты политических прав и интересов национальных групп в системе государственных институтов. Основными механизмами регулирования являются: распределение власти между тремя национальными группами, что в свою очередь должно обеспечить им равное влияние на принятие политических решений и управление государством, несмотря на разницу численности трех национальных групп; правило параллельного большинства в процессе формирования органов государственной власти, что предотвращает приходу к власти националистических лидеров и порождает кросснациональные политические стратегии; право «вето» для представителей национальных сегментов, реализующееся в принципе «жизненных интересов нации», которое гарантирует политическую безопасность меньшинства от диктата большинства. Такой подход является оправданным в любой многонациональной стране, в частности и в России, так как представители национальных меньшинств обязательно должны влиять на государственные решения относительно сохранения их самобытности.

Регулирование межнациональных отношений через региональную политику используется в Германии. С. Туряница отмечает: «Германия в своей внутренней национальной политике уделяет внимание вопросу справедливого равномерного развития регионов, что является логическим следствием образования фундаментальной базы разрешения национального вопроса» [9].

Однако, при этом, Основной Закон ФРГ не содержит статей, непосредственно посвященных национальным меньшинствам. Хотя практика системы прав национальных меньшинств на уровне государства в свое время существовала. Так, еще параграф 118 Имперской Конституции от 28 мая 1849 г. провозглашал: «Не германоязычной части народа Германии гарантируется право употреблять родной язык в начальных школах, в местном самоуправлении и в суде» [1], и первая попытка внедрения общей имперской конституции, в которой были задекларированы правовые элементы национальной политики, не нашла своей реализации. Позднее, с принятием Веймарской Конституции от 11 августа 1919 г., ст. 113 закрепляла: «иностранныязычная часть народа государства не ограничена в законодательном и административном порядке в своем свободном национальном развитии, в частности в употреблении родного языка в начальных школах, внутреннем самоуправлении и в суде». Согласно Конституции Германии в частной сфере гарантируется употребление и изучение каждого языка. Частная сфера не ограничивается рамками семьи, а охватывает все негосударственные формы, такие как – частные медиа, предприятия, институции. К тому же, в ФРГ нет государственной религии. Свобода веры, совести, религиозных или идеологических убеждений, которые гарантируются п. 1 ст. 4 Основного Закона, помимо другого включает: право свободного выбора относительно присоединения (или неприсоединения) к религиозному или идеологическому сообществу, право родителей обеспечивать такое религиозное и моральное воспитание своих детей, которое они считают целесообразным, и в общем право действовать согласно своим преубеждениям [7].

Преимущественное большинство лиц национальных меньшинств и этнических групп Германии являются членами религиозных сообществ и принадлежат к протестантской или католической церкви. Согласно с Основным Законом национальные меньшинства имеют право создавать свои собственные частные образовательные учреждения и управлять ими согласно законодательству. К этим образовательным учреждениям относятся школы, в которых преподавание проводится на языке меньшинства. Частные учебные заведения, в которых обучение проводится на языке меньшинств, имеют право изыскивать свои собственные источники финансирования без каких-либо ограничений или дискриминаций со стороны государственного бюджета, международных источников или частного сектора. Лица, которые принадлежат к национальным меньшинам, имеют право образовывать и поддерживать собственные организации или ассоциации, объединения [7].

Нормы, которые касаются процедуры выбора принадлежности к меньшинам и которые составляют субъективное право граждан в немецком законодательстве, непосредственно закреплены так:

1) право свободы индивидуального выбора в ФРГ основывается на общей свободе прав человека, что гарантируется в ст. 2 Основного Закона: «Каждый имеет право на самовыражение настолько, насколько это не касается прав других или не нарушает конституционного порядка или моральных норм»;

2) признание себя принадлежащим к национальному меньшинству является свободным, т.е. гражданин имеет право выбора, считать себя принадлежащим к меньшинству или нет; индивид делает этот выбор сам;

3) ст. 116 Конституции гласит: «Немцев в понимании данного Основного Закона является каждый, кто имеет немецкое гражданство», т.е. объем прав, закрепленных Федеративной республикой, полностью распространяются и на каждое лицо, принадлежащее к национальному меньшинству ФРГ; отсюда вывод, что специальный статус последних основывается на общем правовом статусе гражданина, составляя его дополнение;

4) реализация прав, связанных с этим выбором, не может ставить лицо в невыгодное положение [7].

Наибольшим опытом регулирования межнациональных отношений обладают Саксония и Бранденбург, в конституциях которых, закреплено положение о правовой основе этноменьшинств в земельных пределах; обеспечиваются их права в сфере культуры, образования, экономики; осуществляется поддержка национальных средств массовой информации и т.д.

В Конституции Венгрии статьей 27 определено положение национальных меньшинств, им гарантировано право на образование органов самоуправления (местных и общенациональных), предусмотрено принятие законов для обеспечения представительства национальных и этнических меньшинств, которые проживают на территории Венгрии, содействие развитию культуры. Образованы также эффективные институциональные механизмы в системе органов государственной власти, а именно:

- омбудсмен по вопросам национальных и этнических меньшинств, основной функцией которого является расследование или поручение расследования по вопросу нарушения прав меньшинств, и принятие мер по устранению данных нарушений;

- офис по вопросам национальных и этнических меньшинств, целью образования которого была – координация правительственных программ и заданий в сфере развития национальных и этнических меньшинств [2]. Таким образом, Венгрия создала такую систему обеспечения прав национальным меньшинствам, которая содержит мощные механизмы защиты и привлечения к государственному управлению.

Межнациональная политика Польши базируется на основе откорректированного законодательства в соответствии с требованиями международных документов, подписанных и ратифицированных ею. В Польше нет отдельного законодательного акта, который регулирует права нацменьшинств. Соответствующий законопроект был разработан, но принять его так и не удалось. Частично вопросы национальных меньшинств регулируются международными документами и применяются непосредственно на практике, что свиде-

тельствует о приоритете международного права над национальным. Конституция Польши гарантирует польским гражданам, которые относятся к национальным или этническим меньшинствам, право на сохранение и развитие своих родных языков. О равенности прав всех граждан свидетельствует и то, что национальные меньшинства могут исполнять и публичные функции, даже служить в полиции [4].

На конец прошлого столетия вследствие двух мировых войн политическая карта Европы существенно изменилась. Кроме образования новых государств, характерным признаком этого исторического периода стало резкое усиление миграционных процессов, которые повлияли на национальный состав населения многих стран, в первую очередь Западной Европы. Следствием этого процесса является значительное сокращение мононациональных государств. Однако, выросло количество государств, население которых увеличилось за счет представителей других стран, которые образовали или дополнили национальные меньшинства. Все это потребовало образования законодательства, которое бы регулировало межнациональные отношения. Проанализировав состояние межнациональных отношений в постсоветских государствах, можно сделать вывод, что они стремятся занять наиболее выгодную, гибкую позицию, одновременно стараясь международно поддержать свой статус, в которых «действительно обеспечиваются права национальных меньшинств», что должно свидетельствовать о их демократичности и выполнении ими международных обязательств, а, с другой стороны, максимально обеспечить права уязвимых групп без каких либо дезинтеграционных последствий внутри государства.

Каждая страна может по своему усмотрению и какими-либо методами влиять на этнонациональную ситуацию на своей территории, но главное соблюдать права всех представителей этносов, которые проживают или временно находятся на ее территории. В рамках международной европейской организации и на уровне каждого отдельного государства европейского региона уже принято ряд документов, которые гарантируют защиту прав национальных меньшинств, однако реальная ситуация свидетельствует о многих спорных моментах и нежелания многих государств реально решать проблемы, которые касаются существования на их территории национальных меньшинств.

Подводя итоги, следует подчеркнуть, что вопрос автономии для меньшинств всегда был достаточно спорным, особенно в странах Центральной и Восточной Европы. Воплощение политик, направленных на автономию, включает в себя преследование по крайней мере двух основных целей, а именно: удовлетворение и реализация требований меньшинства по сохранению ее этнокультурной самобытности, с одной стороны, и обеспечение сохранения государства в его признанных на международном уровне границ, с другой. Таким образом, два подхода, юридический (правозащитный) и безопасный, на самом деле связаны между собой, а какой из них преобладает – это зависит от конкретных обстоятельств, таких как – внутренняя и внешняя политическая ситуация, временные рамки и т.д. Несмотря на то, что существует определенная тенденция считать автономии эффективным механиз-

мом предотвращения и урегулирования конфликтов, эта тенденция еще не обрела общеевропейского признания и популярности.

С целью усовершенствования нормативно-правовой основы регулирования межнациональных отношений, предлагаем заимствовать соответствующий позитивный зарубежный опыт, а именно: по защите политических прав и интересов национальных групп в системе государственных институтов (Польша, Венгрия); по методам административно-правового регулирования (Германия); по закреплению основ национально-культурной автономии (опыт Испании и Финляндии).

Изучив зарубежный опыт можно избежать ошибок в построении политики по регулированию межнациональных отношений, но следует учитывать, что заимствованные нормы иностранного законодательства необходимо «адаптировать».

Список литературы

1. Anschütz G.4. Die Verfassung des Deutschen Reichs vom 11. August 1919. Ein Kommentar für Wissenschaft und Praxis / Gerhard Anschütz. – Berlin, 1973. – S. 24.
2. Витман К.М. Этнонациональная политика постсоциалистических стран: модели, особенности, проблемы: монография / К.М. Витман – К.: Логос, 2007. – 336 с.
3. Документ Копенгагенского Совещания Конференции по человеческому измерению СБСЕ. URL: www.osce.org/ru/odihr/elections/14304?download=true
4. Конституция Республики Польша. URL: constitutions.ru/?tag=Poland
5. Котляр О.И. Правовое регулирование защиты прав национальных меньшинств Германии на федеральном уровне / О.И. Котляр // Адвокат. – 2012. – №2. – С. 29-34.
6. Мышловская О. Правовые и институциональные основы решения проблем этнонациональных меньшинств: европейский опыт / О. Мышловская // МАГИСТЕРИУМ. – 2002. – Вып. 10. – с. 87.
7. Основной закон Федеративной Республики Германия. URL: vivovoco.astronet.ru/VV/LAW/BRD.HTM
8. Соколова Е.Н. Защита прав национальных групп в системе государственного управления (на примере Боснии и Герцеговины) / Е.Н. Соколова // Государство и право. – 2007. – № 12. – с.108-109.
9. Турияница С. Защита национальных меньшинств Германии / С. Турияница // Ученые записки. – 2007. – Вып. 33. – с.452-461.
10. Чихладзе Л.Т. Конституционное (государственное) право зарубежных стран / Л.Т. Чихладзе. – М.: Феникс. – 2008. – 344 с. – С.69.

БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЕ ФОНДЫ В РОССИИ: ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Маркина И.Л.

студентка НИУ «БелГУ», Россия, г. Белгород

Научный руководитель: Шаповал Ж.А., к.с.н., доцент

В статье рассматриваются современные благотворительные фонды в России. Приводится и классификация, определяются перспективы развития.

Ключевые слова: благотворительность, благотворительные фонды, благотворительная деятельность.

Благотворительная деятельность в России не является редкостью. Если заглянуть в историю, то в отличие от других стран, начальные попытки чем-то помочь людям, которые в этом нуждаются, на Руси были предприняты в 988 году, когда после Крещения Руси князь Владимир велел монастырям заниматься «призрением нуждающихся». Царь Иван Грозный является создателем первой богадельни, которая является прообразом современных благотворительных фондов, средства на их существование он выделял из государственной казны. В царской России во времена Петра Первого благотворительность являлась одной из самых главных сфер жизни общества, и это продолжалось до революции 1917 года [3]. Вследствие этой революции все благотворительные фонды были упразднены, а их имущество было национализировано. В последние годы деятельности благотворительных фондов в России уделяется довольно большое внимание.

На сегодняшний день благотворительные фонды в нашей стране ведут деятельность безвозмездной помощи гражданам, у которых в жизни сложились определенные трудности. Некоторые фонды оказывают помощь пожилым людям, а также одиноким пенсионерам. Другие занимаются оказанием помощи оставшимся без родителей детям или находятся в детских домах. Третьи – помогают детям, у которых обнаружены тяжёлые заболевания, и родительских средств не хватает на лечение.

У всех данных организаций существует одна цель – протягивать руку помощи слабым и нуждающимся в этом людям, как взрослым, так и маленьким. Объединяет участников фондов доброта, сочувствие и желание сделать мир лучше. Эти люди безвозмездно, обычно в нерабочее время очень стараются оказать помощь тем, кто в этом действительно нуждается.

Но существует некая проблема, которая заключается в том, что многие люди не доверяют деятельности благотворительных фондов, они думают, что это обман, и средства не направят по назначению. Но это далеко так. Конечно, нельзя отрицать, что есть аферисты, которые обманом получают прибыль для себя, но все же в большинстве благотворительных организаций работают честные, добропорядочные люди.

Благотворительных фондов на территории Российской Федерации не так много, они функционируют с помощью инициативных граждан, и финансируются тоже благодаря им, так как государство почти не принимает участия в их деятельности. Малый и средний бизнес так же недостаточно участвует в благотворительности. Их тормозит нежелание принимать участие в жизни страны, они полагают, что каждый должен бороться сам за себя, кто сильнее, тот и выживает. И, к сожалению, тех людей, которые вне зависимости от каких-либо трудностей и финансовых кризисов оказывают помощь, очень мало.

В то же время, благотворительность в нашей стране в последние годы становится все более распространённой и престижной деятельностью, которой с большим удовольствием занимаются состоятельные граждане, юридические организации и простые люди, которым не безразлична судьба окружающих [4, с. 102]. Наиболее распространённым способом осуществить бла-

гтоворительную помощь является пожертвование в одну из благотворительных организаций. Благотворительный фонд – это юридическое лицо, которое собирает пожертвования и использует их пожертвования исключительно в целях благотворительности. В России благотворительные фонды получают финансирование из пяти источников:

- в виде государственной помощи;
- через гранты и пожертвования частных лиц;
- из корпоративных средств крупных предприятий;
- из средств муниципальных властей и местных предпринимателей;
- частные и семейные фонды, которые финансируются частными лицами.

Помимо способов привлечения средств, благотворительные фонды классифицируются по целевой аудитории:

- детские благотворительные фонды, целевой аудиторией которых выступают разные категории детей:

- а) сироты;
- б) инвалиды;
- в) дети из малообеспеченных семей;
- г) дети, страдающие различными заболеваниями и т.п.;
- д) одаренные дети;

- благотворительные фонды помощи взрослым гражданам:

- а) ВИЧ-инфицированным;
- б) людям с синдромом Дауна, ДЦП, инвалидам, беженцам и т.д.;

– фонды помощи пожилым людям, инвалидам, ветеранам труда и ВОВ, а также больным людям пожилого возраста и пациентам хосписов [1].

Основной благотворительной организацией России выступает «Национальный благотворительный фонд», который был основан в 1999 году, инициатором его создания являлся В.В. Путин.

В нашей стране имеется большое количество благотворительных организаций, которые основаны не только жителями, проживающими на территории России, но и иностранными гражданами. В большей степени, это официальные благотворительные фонды или социальные благотворительные программы коммерческих организаций. В их числе «Союз благотворительных организаций России». Он включает в себя более 200 разнообразных целевых фондов, волонтерских организаций и общественно-благотворительных программ для помощи любым категориям граждан. Следует отметить и благотворительный фонд «РОССПАС», деятельность которого направлена на помощь людям с серьезными заболеваниями, инвалидам, сиротам. Также существует общероссийский общественный фонд «Благотворительность – Россия». Он объединяет более 1000000 частных предпринимателей, которые проводят розыгрыши стипендий и грантов среди детей и молодежи, оказывают помощь личными средствами дома престарелых, больницам и хосписам, а также оказывают адресную помощь обратившимся гражданам. Существуют благотворительные фонды, которые помогают только детям:

«Настенька»; «Diema's Dream»; «Downside up»; «Дети Марии»; «Детские домики»; «Счастливые сердца» и другие.

Крупной организацией является благотворительный фонд «Жизнь». Его деятельность нацелена на помощь детям с онкологическими заболеваниями, а также болезнями крови. Из полученных средств фонд покупает лекарства, расходные материалы, оплачивает необходимое лечение, выделяет деньги курсы химиотерапии, платные операции, оказывает материальную помощь семьям.

Есть фонды, которые открывают популярные в России люди – звезды шоу-бизнеса, бизнесмены, политики. Это привлекает внимание инвесторов и людей, которые хотят внести пожертвование. Примером такого фонда можно назвать открывшийся 9 лет назад благотворительный фонд «Подари жизнь», учредителями которого являются Дина Корзун и Чулпан Хаматова. Главная задача фонда заключается в оказании помощи детям и взрослым, которые переносят онкологические заболевания.

Существуют фонды, которые направляют пожертвования не в одно определённое русло, а помогают различным категориям граждан, которые столкнулись с жизненными трудностями. Примером данной организации выступает национальный благотворительный фонд «Добро». Он оказывает благотворительную помощь по следующим направлениям:

- семьям, в которых больше 3-х детей;
- семьям с детьми-инвалидами;
- семьям с больными детьми;
- сиротам;
- людям, которые страдают от наркомании и алкоголизма.

Существуют благотворительные организации, которые оказывают помощь пожилым людям:

- фонд помощи хосписам «Вера»;
- фонд помощи пожилым людям «Старость в радость»;
- организация «Коллектив неравнодушных людей».

Кроме благотворительных фондов с отечественным капиталом в России так же существуют крупные благотворительные фонды мира, например:

- «Фонд Сороса»;
- «Международная Женская Организация»;
- «Фонд борьбы со СПИДом» и другие.

Одним из наиболее престижных направлений деятельности фондов на сегодняшний день выступает сфера образования, а самым часто встречающимся благополучателем является образовательное учреждение. В качестве приоритетного оно присутствует у 58 фондов. Второе место по этому показателю занимает поддержка социально уязвимых групп населения (47 фондов), третье – здравоохранение (42 фонда), далее следуют НКО-сектора (40 фондов); культура и искусство (39); спорт и здоровый образ жизни (37); наука (33 фонда). Закрывают список направлений фондов (всего их 13) экономическое развитие (16 фондов) и духовное развитие и религия (13 фондов). Всего на каждый фонд приходится в среднем по 3-4 направления.

Подводя итог отметим, что история России насыщена опытом зарождения и развития всех форм благотворительности и филантропии. Сложившиеся традиции не потеряли актуальности на сегодняшний день, когда существует потребность в дальнейшем совершенствовании как уже имеющихся государственных структур, которые ведут контроль за деятельностью благотворительных организаций, а также создают новые, наиболее подходящие современным требованиям, так и в разворачивании различных форм общественной и частной благотворительности в России.

Список литературы

1. Косинова, А. Благотворительные организации [Текст] / А. Косинова // Социально-экономическая сфера. – 2015. – №1. – С. 18-20.
2. Любашевский, Ю.Л. «Технологии современного спонсорства. Спонсоринг и фандрейзинг» – М.: Спонсорское агентство «Материк», 2013. –159 с.
3. Минервина, И.Г. Благотворительность [Текст] / И.Г. Минервина // Научная жизнь. – 2014. – С. 56.
4. Михеева, Н.А. Менеджмент в социально-культурной сфере [Текст] / Н.А. Михеева. – СПб.: Наука., 2014. – 305 с.

РАЗВИТИЕ МАЛОГО И СРЕДНЕГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА В РОССИИ КАК ФАКТОР ЭКОНОМИЧЕСКОГО РОСТА

Новиков А.В.

профессор кафедры «Прикладная социология», д.соц.н., профессор,
Финансовый университет при Правительстве РФ, Россия, г. Москва

Санакина Е.А.

студентка второго курса факультета социологии и политологии,
Финансовый университет при Правительстве РФ, Россия, г. Москва

Сурменева А.А.

студентка третьего курса факультета социологии и политологии,
Финансовый университет при Правительстве РФ, Россия, г. Москва

Качество жизни российского населения зависит от развития экономики страны, важнейшей составляющей которой является малое и среднее предпринимательство. Оказание поддержки малому бизнесу – это обеспечение конкурентоспособности российской экономики в целом, что имеет большое значение для устойчивых и высоких темпов экономического роста.

Ключевые слова: малое и среднее предпринимательство, экономический рост, государственная поддержка.

Современное состояние экономики России достаточно неустойчиво, несмотря на развитие технологий, инфраструктуры и модернизацию процессов в экономике в целом. Важной частью экономической основы общества является предпринимательство, а именно малое и среднее. Данные вид заня-

тости обеспечивают занятость 25% экономически активного населения РФ, поэтому государство заинтересовано в поддержке предпринимателей малого и среднего спектра как в улучшении качества жизни населения.

Председатель Банка России Набиуллина Э.С. представила 11.09.2015 на пленарном заседании Государственной думы Федерального Собрания Российской Федерации «Основные направления единой государственной денежно-кредитной политики на 2016 год и период 2017 и 2018 годов».

Согласно этому документу, кредитным организациям средства предоставляются по льготным процентным ставкам на длительные сроки. Однако сегодня банки значительно ужесточили условия к выдаче кредитов: высокие процентные ставки и дополнительные требования каждого банка.

В целях стимулирования развития малого предпринимательства федеральным законодательством предусматривается предоставление субъектам Российской Федерации права устанавливать для впервые зарегистрированных индивидуальных предпринимателей, перешедших на упрощенную систему налогообложения и патентную систему налогообложения и осуществляющих деятельность в производственной, социальной и научной сферах, двухлетние «налоговые каникулы» в виде налоговой ставки в размере 0 процентов [1].

В условиях низких или отрицательных темпов экономического развития малое и среднее предпринимательство принимает вынужденный характер. Малый и средний бизнес являются сектором выживания для людей, потерявших работу, военнослужащих, увольняемых в запас, молодежи, пенсионеров, предприимчивых специалистов и людей разного социально-экономического статуса. Целостный и универсальный портрет для предпринимателя малого и среднего бизнеса сформировать достаточно трудно, и выделяемые при этом многими исследователями различные виды и типы предпринимателей малого бизнеса достаточно условны.

Наиболее важным аспектом развития малого и среднего предпринимательства является кредитование. В период 2009-2013 года банки успешно кредитовали малый и средний бизнес, и можно было говорить о существовании тенденции развития малого и среднего предпринимательства в стране, однако сегодня состояние российского малого и среднего предпринимательства достаточно сложное из-за чрезвычайно высоких ставок кредитования.

Поддержка малого и среднего предпринимательства является одним из важнейших направлений государственной экономической политики, так как уровень развития малого предпринимательства влияет на качественный рост экономики страны и экономическое развитие страны в целом. Общеизвестно, что малое и среднее предпринимательство обладает способностью создавать большее, по сравнению с крупным предпринимательством, количество рабочих мест при меньших затратах капитала.

Минэкономразвития РФ и АО «Российский Банк поддержки малого и среднего предпринимательства» (Банк «МСП») совместно реализуют программу поддержки по предоставлению субсидий из федерального бюджета

регионам РФ для оказания поддержки на региональном уровне малому и среднему предпринимательству.

Среди предпринимателей наблюдается негативное настроение относительно развития малого и среднего предпринимательства из-за фактического отсутствия эффективной поддержки со стороны государства, что подтверждается опросом 1201 предпринимателя в 16 регионах России, проведенным АО «МСП БАНК» в марте-апреле 2015 года. Говоря о внешнеэкономической активности малого и среднего предпринимательства стоит отметить, что подавляющее большинство респондентов (81%) не занимаются и не планируют заниматься экспортом [2].

Для исследования ситуации с развитием малого и среднего предпринимательства в октябре 2015 года авторами статьи было проведено два исследования – опрос мнения молодежи и экспертный опрос.

Эксперты уверены, что малое предпринимательство либо не развивается, либо прекращает свое существование, в то время как 52% опрошиваемой молодежи утверждают, что малое предпринимательство активно развивается. Частично это связано с низкой информированностью молодежи, но также может быть это связано с возникновением новой тенденции среди молодых специалистов, которые готовы заняться малым и средним предпринимательством. Только 35,7% молодежи уверены, что государству необходимо менять свою политику в отношении малого и среднего предпринимательства, и этого мнения придерживаются все опрошиваемые эксперты.

Таким образом, можно отметить, что молодежь менее информирована о социально-экономических проблемах малого и среднего предпринимательства, однако стоит отметить их позитивные ожидания развития этой сферы экономики страны.

В отношении социально-экономической политики государства по отношению к малому и среднему предпринимательству обе группы респондентов считают необходимым обеспечить со стороны государства малому бизнесу эффективную финансовую (прежде всего путем снижения налоговой нагрузки) и консультационно-административную поддержку.

Список литературы

1. Федеральный закон № 209-ФЗ от 24.07.2007 «О развитии малого и среднего предпринимательства в Российской Федерации».
2. «Финансовое состояние и ожидания малого и среднего бизнеса в 2015 году» от «МСП БАНК» [Электронный ресурс] / URL: http://nisse.ru/upload/iblock/b09/MSP_SIO_2015_15-06.pdf (Дата обращения: 23.12.2015)

ОСОЗНАННОЕ МЕДИАПОТРЕБЛЕНИЕ КАК ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР УСПЕШНОГО ОБУЧЕНИЯ В ВУЗЕ

Оборский А.Ю.

доцент кафедры «Прикладная социология», канд. филос. наук, доцент,
Финансовый университет при Правительстве РФ, Россия, г. Москва

Игнатов П.Н.

студент факультета социологии и политологии,
Финансовый университет при Правительстве РФ, Россия, г. Москва

В статье рассматривается осознанное медиатребление как один из наиболее значимых факторов обучения современного студента в вузе. Исследуются стили медиапотребления, формулируются задачи, решение которых позволит существенно повысить качество обучения студентов в вузе.

Ключевые слова: медиакультура, медиапотребление, медиaprостранство, компетенции, образование.

В современном мире медиа являются выражением нашей культуры, а культура со своей стороны функционирует через материалы, которые предоставляет медиа. Ключевым здесь может стать понятие «медиакультуры» – общей совокупности интеллектуальных и материальных ценностей в сфере медиа. Также медиакультура можно рассматривать как исторически обусловленную систему воспроизводства ценностей.

На современном этапе развития общества медиасреда образует жизненное пространство для молодежи, является фактором индивидуализации. Можно сделать предположение, что определение ценностного отношения студентов к медиaprостранству является одним из основных педагогических условий в контексте выстраивания модели совершенствования медиакомпетентности студентов. Современные студенты используют в рамках обучения в вузе как классические (книги), так и новые (интернет) медиа.

Таким образом, можно сделать вывод, что современные студенты проживают и обучаются в медиaprостранстве.

Медиапотребление – это социальная практика использования коммуникационных средств для получения и освоения определенного символического содержания и осуществления социальных связей и взаимодействий. Главным противоречием медиапотребления становится тот факт, что широкие возможности для быстрого получения информации могут привести к перенасыщению откровенно ненужной информацией. Предпосылкой к такому исходу является привычка юных лет к бездумному поглощению информации (медиа) [2, с. 205-207].

Культура медиапотребления без помощи образовательных институтов может принять достаточно нелицеприятный вид. Не исключена возможность того, что чрезмерное медиапотребление может привести к разрушительным последствиям как для отдельных индивидов, так и для достаточно крупных

социальных групп [1, с. 98]. Для предупреждения подобных сценариев требуется целенаправленное осуществление развития медиакультуры, а именно безопасного информационного потребления. Сейчас важно с помощью потенциала образовательных институтов повысить степень критичного восприятия медиапродукции.

Таким образом, появляется проблема формирования культуры и стиля медиапотребления студентов в процессе образования. Малый опыт обдуманного медиапотребления или его полное отсутствие может деструктивно отразиться на качестве процесса образования. Многие современные студенты слабо осведомлены о приемах критического анализа, а также не обладают навыками, которые бы обеспечили эффективный самоконтроль в области медиапотребления.

Интересен тот факт, что каждое новое поколение обучающихся вынуждено поглощать все больший объем информации, который требуется для образовательного процесса. Такие ресурсы как бумажные или электронные носители могут содержать как полезную, так и пустую информацию, которая способна лишь отвлечь от обучения. Естественно, жертвами бесполезной информации становятся студенты, поглощающие большее количество информации – условные «отличники». Их стремление узнать как можно больше о предмете изучения приводит к получению избыточного количества информации, которая вполне может быть взaimодублированной, непроверенной и просто слабоструктурированной.

С. Л. Троянская [3, с. 206] приводит список компетенций, которые должны быть сформированы в процессе учебы для поглощения знаний и применения их на практике:

1. Способности активно использовать все возможные и доступные источники информации в процессе моделирования решений актуальных проблем.
2. Способности гибко и оперативно анализировать поступающие медиатексты, считывая вложенные в них подтексты и выстраивая собственное видение контекста из внешне разрозненных единиц-сообщений.
3. Способности четко осознавать и интерпретировать возникающие познавательные проблемы как «точки роста», как задачи, требующие и имеющие решение.
4. Способности обобщать большие массивы тематически связанной информации и трансформировать их в принципиально новое сообщение, смысл которого не является механической суммой охваченных единиц информации.
5. Способности поддерживать необходимое количество времени интеллектуально продуктивные состояния, обеспечивающие видение новых возможностей.

В сумме эти компетенции способны сформировать у студента индивидуальный стиль медиапотребления. Индивидуальный стиль медиапотребления – это поведенческие стереотипы, эмоциональные реакции и когнитивные навыки.

В рамках опытно-экспериментальной работы, проведенной С. Л. Троянской [3, с.205-207] на предмет изучения различий в стилях медиапотребления студентов первого и второго курсов, было опрошено 29 студентов.

Анализ результатов показывает следующее:

- а) эмоционально-познавательная вовлеченность значительно понизилась;
- б) волевой контроль медиапотребления, рефлексивная критичность медиапотребления и эффективность поиска информации повысились.

Снижение показателей познавательной вовлеченности показывает, что студенты второго курса менее мотивированы к получению новой информации. Это можно объяснить тем, что знания на втором курсе требуют большей проработки, что заставляет подключать к поиску информации в интернете поиск в книгах и других печатных трудах.

Повышение же других показателей говорит о том, что навыки работы с медианосителями возрастают. Само потребление медиаинформации начинает приобретать целенаправленный характер, критическое восприятие получаемой информации возрастает, а способность к анализу качества медианосителя позволяет получать более качественную информацию.

Можно сказать, что у студентов ко второму курсу сформировались своеобразные фильтры потребления и восприятия медиа, т.е. происходит рост продуктивности медиапотребления. Естественно, определяющим фактором здесь должно являться обучение в вузе, т.к. сама учеба предполагает работу с докладами, рефератами и прочими подобными способами взаимодействия. Данные виды заданий предполагают определенную степень критичности в момент восприятия информации.

В результате, формируются навыки, которые позволяют ориентироваться в медиапространстве, а также выделять только нужную и актуальную информацию. При поисках такой информации проявляется критичность и самостоятельность студента.

Таким образом, сравнив результаты исследования, можно увидеть, как поменялся стиль медиапотребления у студентов в течение лишь одного года. Как следствие, они начинают эффективнее расходовать свое время, получая при этом более качественные знания. Навыки обработки и систематизации информации также развиваются.

В дальнейшем студентам требуется продолжать повышать свои компетенции в работе с медиаинформацией, что является задачей обучения.

В итоге, в образовавшихся условиях всепроникающего медиа в нашу жизнь, в контексте обучения следует начать качественнее прорабатывать следующие умения и навыки у обучающихся в вузах (их также можно назвать задачами образовательного процесса):

- с большим вниманием относиться к получаемым потокам информации, воспринимать их осознанно, критично оценивать и ранжировать поступление информации по степени актуальности;
- уметь адекватно выделять основную смысловую нагрузку и её ценности, а также соотносить смысл прочитанного с собственной системой ценностей и с системой ценностей окружающих людей;

- стараться абстрагироваться от той информации, которая способна вызвать аффективный эффект, а также внести дисбаланс в эмоциональный фон;
- структурировать и поддерживать оптимальную для адаптации и самореализации медиасреду;
- конструирование собственной активной позиции студента в процессе обучения.

Реализация поставленных задач не только повысит качество образования, но и несет ярко выраженную воспитательную функцию.

Таким образом, можно утверждать, что в случае усвоения представленных навыков студент будет обучаться более оптимально. Задача же системы образования – обучить студента приемам верного использования медиаисточников, а также качественного осмысления информации.

Список литературы

1. Оборский А.Ю., Игнатов П.Н. Демонстративное потребление молодежи в России: современное состояние и последствия // Проблемы развития общества в условиях неопределенности: экономические, социальные и управленческие аспекты: Сборник научных статей по итогам Международной научно-практической конференции, г. Волгоград, 24-25 ноября 2014 г. / Под ред. д.э.н., проф. И.Е. Бельских, д.ф.н., проф. В.Н. Гуляхина, д.э.н., проф. А.Ф. Московцева. – Волгоград: Волгоградское научное издательство, 2014. – С.98-100.
2. Образцова А. Ю. Особенности медиапотребления детей школьного возраста (на примере г. Углич). Электронный научный журнал Факультета журналистики МГУ им. Ломоносова, Выпуск № 4, 2014г. URL:www.mediascope.ru/node/1648. (дата обращения: 16.12.2015).
3. Троянская С. Л., Петрова М. А. Проблемы формирования культуры и стиля медиапотребления у студентов в процессе обучения. // Вестник Челябинского государственного университета. Филология. Искусствоведение. Вып. 81. 2013. № 22 (313).

СОЦИАЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ РАЗВИТИЕМ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ

Омарова К.А.

доцент кафедры социальных и информационных технологий, к.э.н., доцент,
Дагестанский государственный университет, Россия, г. Махачкала

Маммаева Д.С.

доцент кафедры социальных и информационных технологий, к.э.н., доцент,
Дагестанский государственный университет, Россия, г. Махачкала

В статье раскрывается сущность культуры организации, социальный механизм формирования и управления ее развитием. Обосновывается разработка внутриорганизационного социального проекта развития организационной культуры инновационного типа в современных социальных службах.

Ключевые слова: организационная культура, социальное управление, планирование, социальный проект.

В условиях роста социальной неопределенности создается объективная необходимость отказа от классических форм организационной культуры, излишней централизации управленческой власти, переход к целевому формированию ее инновационных параметров, демократизация управленческих отношений, перестройка системы формального социального контроля за процессами в структурных единицах организации, введение системы неформального социального самоконтроля, внедрение механизма инновационного саморазвития и профессионального накопления интеллектуально-образовательного потенциала членов организации.

Понятие «культура организации», чаще всего трактуется как коллективные базовые ценности, нормы, принципы и представления, определяющие статус, а также стиль поведения работников организации [1].

Основными элементами системы поддержания культуры организаций являются: декларируемые менеджментом лозунги, включающие миссию, цели, правила и принципы организации; ролевое моделирование, выражающееся в ежедневном поведении менеджеров, их отношении и общении с подчиненными; внешние символы, включающие систему поощрения, статусные символы, критерии, лежащие в основе кадровых решений; истории, легенды, мифы и обряды, связанные с возникновением организации, ее основателями или выдающимися членами; задачи, функции, показатели, являющиеся предметом постоянного внимания менеджмента; поведение высшего руководства в кризисных ситуациях; кадровая политика организации [2].

Социальный механизм управления развитием организационной культуры выступает как комплексная государственная и внутриорганизационная система социального управления, включающая в себя организационно-правовые, социально-политические, социально-экономические и социокультурные технологии управленческого воздействия на культуру социальных организаций. Непосредственное развитие культуры организаций осуществляется в результате функционирования социального механизма развития организационной культуры, который определяет развитие инновационных процессов культурного обновления общества и включает в себя следующие важнейшие компоненты: культурно-образовательную подсистему внешней социальной среды (данная подсистема имеет следующие важнейшие компоненты – научную и образовательную системы общества; внешние центры управленческого консалтинга; государственные инновационные компании, государственные регулирующие структуры культурного развития); внутреннюю инновационно-образовательную подсистему целевого развития организационной культуры; конкретных работников организации, группы трудового коллектива, способных к творчеству, управленческой инновации, передаче положительного опыта трудового поведения.

Стратегическое государственное социальное планирование развития организационной культуры в России должно развиваться в приоритетном порядке, по следующим причинам: высокая неопределенность внешней социальной среды функционирования организаций; образовательная система об-

щества неэффективна; низок уровень технологического обновления ресурсов организации.

Особое значение в современных условиях приобретают также разработка, совершенствование и обеспечение принятия свода правил организационного поведения крупных организаций в целом и их отдельных подразделений.

Комплекс социальных технологий, направленных на развитие организационной культуры, представляет собой систему технологий социального вмешательства. Системный метод технологий социального вмешательства – это метод системного применения комплекса управленческих решений, которые направлены на социальные изменения в культурах социальной общественной системы вообще и в организациях, являющихся ее первичными звеньями, в частности. Системная технология социального вмешательства включает в себя разработку и разрешение системы задач, определяющих достижение цели, связанной с культурным развитием работников организаций. Она направлена на решение возникших противоречий, внедрение и реализацию комплекса изменений через систему взаимосвязанных управленческих решений [3].

Всякое системное стратегическое управление развитием организационной культуры в современных условиях должно включать в себя реализацию следующих важнейших технологических этапов. Первый этап – оценка организационной культуры. Второй этап – определение сфер планируемых изменений. Третий этап – определение направлений изменения организационной культуры, разработка и внедрение социального проекта развития организационной культуры. Четвертый этап – разработка и внедрение социального проекта развития культуры управления организацией.

Важнейшей задачей проекта развития организационной культуры организации является создание условий, стимулирующих интеллектуально-образовательное развитие работников, а также разработка и реализация методики привлечения новых работников, имеющих не только высокий уровень интеллектуального развития, но и высокую мотивацию в саморазвитии.

Разработка внутриорганизационного социального проекта развития организационной культуры инновационного типа основывается на внедрении системы инновационной мотивации труда: усиление финансового стимулирования результатов всякого труда, в особенности интеллектуально-творческих инициатив, ведущих к внедренческой деятельности; развитие инновационного и образовательного мотивирования через внедрение постоянно действующих курсов повышения квалификации; совершенствование мотиваций через саму работу; развитие мотивационного менеджмента участия в управлении через создание механизма обсуждения управленческих решений с администрацией организации, а также через налаживание работы кружков качества.

Между тем, пока еще на практике разработка и реализация проектов развития организационной культуры в России осуществляется как разовый чрезвычайный акт, а не системная технология социального вмешательства, определяющая разработку взаимосвязанных управленческих программ.

Список литературы

1. Аверин А.Н. Управление персоналом, кадровая и социальная политика в организации: Учебное пособие. М., 2004.
2. Акперов И.Г., Масликова Ж.В. Особенности формирования организационной культуры в современной России / Теория коммуникации и прикладная коммуникация / Вестник Российской коммуникативной ассоциации / Под общ. ред. И.П. Розиной. Ростов н/Д., 2002. Вып. 1.
3. Баландина Т.М. Социальные технологии управления организационной культурой. Саратов, 2005.

СРЕДСТВА МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ КАК ЭЛЕМЕНТ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Тимченко А.С.

студентка 2 курса НИУ «БелГУ», Россия, г. Белгород

Научный руководитель: Шаповал Ж.А., к.с.н., доцент

В статье рассматривается роль масс-медиа в становлении и развитии гражданского общества в современной России. Исследование средств массовой информации с точки зрения построения гражданского общества в существующих политико-правовых реалиях современной России является актуальным.

Ключевые слова: СМИ, масс-медиа, гражданское общество, демократическое государство, информация.

В демократических государствах у их граждан существует потребность в доступе к информации, что обуславливает важную роль средств массовой информации в жизни общества не только как объекта информационной политики, но и как ее субъекта. Вместе с тем гражданское общество – открытое общество в плане обеспечения доступа к широкой и разносторонней информации. На сегодняшний день в публичной сфере средства массовой информации являются важной частью гражданского общества, осуществляя диалог граждан, общества и государства, а также рассматриваются как инструмент гласности, открытости, публичной сферы, гражданского общества [2].

Средства массовой информации являются одним из важнейших элементов социальной структуры гражданского общества. Базовой функцией их является обеспечение населения актуальной и достоверной информацией о наиболее важных для граждан событиях. Реализуя просветительскую, образовательную и воспитательную функции, СМИ также несут функцию социализации личности. В демократическом государстве масс-медиа должны участвовать в аккумуляции выражений общественного мнения о проблемах в политической, экономической, правовой и других сферах жизни общества, реализуя функцию критики и контроля над властью и на поиск вместе с нею приемлемых решений актуальных проблем. И наконец, СМИ в гражданском обществе являются связующим звеном в диалоге между социальными группами, посредством широкого обсуждения вопросов обществен-

ного значения. Таким образом, средства массовой информации способны объединять, консолидировать общество, стимулировать гражданскую и социальную активность населения.

Но, тем не менее, в сфере функционирования журналистики как института гражданского общества положение дел сегодня достаточно сложное. Масс-медиа слабо проявляют себя как серьезный институт дискуссий, в недостаточной степени участвуют в фокусировании и выражении общественного мнения, в частности, о путях дальнейшего развития страны, как демократического государства, о проблемах в политической, экономической, правовой и других сферах жизни общества. И тем более, недостаточно полно реализует функцию критики и контроля над действиями властей.

Средства массовой информации являются общественной службой, обеспечивающей связи между всеми подсистемами социума, среди которых гражданское общество и государство, а также внутри них – между общностями, институтами и гражданами [1]. Тем самым они требуют подхода к себе как к институту гражданского общества.

Независимость СМИ – это некая правовая фикция. СМИ в любом случае зависят от собственника, учредителя, который назначает главного редактора, от доступности источников информации, давления правоохранительных органов или криминала и т.д. Кроме того, государственные СМИ тоже зачастую отражают разные позиции, и издания Федерального Собрания Российской Федерации яркий пример этому. Необходимо подчеркнуть, что выступая институтом гражданского общества, СМИ должны быть наиболее эффективны как средство контроля над властью. Следовательно, для того чтобы обеспечивать население актуальной и достоверной информацией и участвовать в обсуждении проблем и выработке решений, СМИ должны свободно и своевременно получать материал для дискуссий. Но информационная открытость власти, «прозрачность» властных структур в современной России вызывает очень много вопросов [3].

Сегодня, когда мы просматриваем всю структуру гражданского общества, мы видим, что именно независимые средства массовой информации являются приоритетом общества, а их взаимосвязь между собой и другими звеньями гражданского общества нуждается в стабильной поддержке. Так как, например, без поддержки структур гражданского общества СМИ рискуют оказаться перед лицом таких серьезных опасностей, как нападки со стороны государства и со стороны заинтересованных групп [4].

Свобода слова и печати и демократизация средств массовой информации, как социального института, нуждаются в определенных гарантиях, главными из которых являются развитое гражданское общество, эффективность рыночных преобразований и становление демократических органов власти. Только став инструментом широкого обсуждения общественно значимых вопросов, инструментом диалога между социальными группами, средства массовой информации способны объединять, консолидировать общество, стимулировать гражданскую и социальную активность аудитории, проявлять себя как элемент структуры гражданского общества. Однако ком-

фортного законодательного, политического и экономического климата для существования независимых от власти качественных СМИ в нашей стране пока не наблюдается. На сегодняшний день функции СМИ недостаточно развиты, в основном потому, что они в значительной степени контролируются государством. По этой причине они не могут в полной мере обеспечивать население актуальной и достоверной информацией о наиболее важных событиях. В этом смысле средства массовой информации смогут стать эффективным институтом гражданского общества только тогда, когда органы власти уйдут из информационного бизнеса.

Список литературы

1. Верховская А. И. Средства массовой информации как институт гражданского общества // Журналистика в 2009 году: трансформация систем СМИ в современном мире: сборник материалов Международной научно-практической конференции. М.: Ф-т журналистики МГУ, 2010.
2. Корконосенко С. Г. Журналистская информация как фактор и объект социального контроля // Информационное общество. СПб., 2009.
3. Кузин И. В. Метаморфозы российского медиасообщества // Журналист в мире профессии: материалы науч.- практ. семинара «Журналистика и мир – 2010» 20 мая 2010 года / ред.-сост. М. Н. Ким. СПб., 2010.
4. Умланд А. «Негражданское общество» в России // Цена ненависти: национализм в России и противодействие расистским преступлениям. М., 2005.

Научное издание

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ
НАУКИ И ТЕХНОЛОГИЙ

Сборник научных трудов
по материалам IX Международной научно-практической
конференции

г. Белгород, 31 декабря 2015 г.

В восьми частях
Часть II

Подписано в печать 31.12.2015. Гарнитура Times New Roman
Формат 60×84/16. Усл. п. л. 8,60. Тираж 100 экз. Заказ 257
ООО «ЭПИЦЕНТР»
308010, г. Белгород, ул. Б.Хмельницкого, 135, офис 1
ИП Ткачева Е.П., 308000, г. Белгород, Народный бульвар, 70а